Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego pn.

„Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”

RAPORT KOŃCOWY

Question Mark
Biuro Badań Społecznych

Łódź, maj 2025

Autorzy:

dr Izabela Franckiewicz-Olczak

dr Aleksandra Podkońska

Eksperci z dziedziny chorób kręgosłupa oraz otyłości:

dr n. o zdr. Zbigniew Orzeł, prof. Akademii WSEI

dr hab. Michał Brzeziński

Spis treści

1. Streszczenie 6
Abstract 10
2. Wprowadzenie 15
3. Charakterystyka Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego 16
4. Metodologia badawcza 22
4.1. Podejście metodologiczne 22
4.2. Triangulacja metod i źródeł danych 27
4.3. Techniki badawcze i ich zastosowanie 28
4.4. Ujęcie terytorialne w analizie wyników badania 33
4.5.Ograniczenia badania 35
5. Wyniki badania 37
5.1. Liczbowy zasięg i przebieg RPZ: od zgłoszenia do zakończenia udziału 37
5.2. Skuteczność programu 48
5.2.1. Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ – moduł dotyczący otyłości 49
5.2.2. Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ – moduł dotyczący chorób kręgosłupa 60
5.2.3. Stopień osiągnięcia celu głównego RPZ 73
5.2. Efektywność kosztowa 77
5.3. Dostępność świadczeń 79
5.3.1 Dostępność terytorialna 79
5.3.2 Zgłaszalność do Programu 80
5.3.3 Dostępność edukacyjnych form wsparcia 87
5.3.4 Dostępność terapeutycznych form wsparcia 89
5.3.5 Dostępność i jakość realizacji świadczeń z perspektywy uczestników RPZ 93
5.4. Użyteczność programu z perspektywy uczestników 97
5.5. Trwałość efektów RPZ 100
5.5.1 Trwałość efektów RPZ w module dotyczącym otyłości z perspektywy sprawozdawczej 104
5.5.2 Trwałość efektów RPZ w module dotyczącym chorób kręgosłupa z perspektywy sprawozdawczej 105
5.5.3 Trwałość efektów w opinii uczestników i realizatorów RPZ 107
5.5.4. Uwarunkowania systemowe wzmacniania trwałości efektów zdrowotnych 118
5.6. Organizacja i zarządzanie programem 119
5.6.1. Struktura organizacyjna i model wdrażania programu 119
5.6.2. Proces programowania i przygotowania do wdrożenia 121
5.6.3. Nabory projektów i selekcja wniosków 122

5.6.4. Wyzwania realizacyjne i działania zaradcze 123
5.6.5. Koordynacja i współpraca instytucjonalna 124
5.6.6. Monitoring i sprawozdawczość 125
5.6.7. Wnioski z oceny modelu wdrożeniowego 126
6. Wnioski i rekomendacje 128
6.1. Odpowiedzi na pytania problemowe 128
6.1.1. Ocena osiągnięcia poziomu/stopnia celu głównego RPZ 128
6.1.2. Ocena osiągnięcia poszczególnych celów szczegółowych RPZ 128
6.1.3. Ocena zgłaszalności do programu 131
6.1.4. Ocena osiągnięcia oczekiwanych efektów określonych w RPZ 138
6.1.5. Ocena efektywności programu, zgodnie z miernikami efektywności w ramach realizacji RPZ, oraz stopnia osiągniętych wartości mierników i wskaźników 139
6.1.6. Problemy zidentyfikowane przez interesariuszy RPZ oraz sposoby ich rozwiązania 145
6.1.7. Ocena jakości świadczeń w ramach realizacji RPZ na podstawie ankiety satysfakcji uczestnika programu oraz na podstawie ankiet satysfakcji z warsztatów 151
6.1.8. Ocena realizacji RPZ w opiniach uczestników/osób objętych wsparciem 154
6.1.9. Ocena trwałości RPZ 155
Conclusions and recommendations 156
6.1 Answers to the problem questions 156
6.1.1 Assessment of the achievement of the level/degree of the main objective of the RHP 156
6.1.3 Program enrollment assessment 159
6.1.4 Assessment of the achievement of the expected outcomes identified in the RHP 166
6.1.5 Evaluation of the effectiveness of the program, according to the performance measures within the framework of the implementation of the RHP, and the degree of achievement of the values of the measures and indicators. 167
6.1.6 Problems identified by RHP stakeholders and ways to solve them 171
6.1.7 Assessment of the quality of services in the implementation of the RHP based on the program participant satisfaction survey and on the workshop satisfaction surveys 177
6.1.8 Evaluation of the implementation of the RHP in the opinions of participants/people covered by support 180
6.1.9 Evaluation of the sustainability of the RHP 181
6.2. Analiza SWOT 182
6.3. Rekomendacje 185
Recommendations 191
7. Załączniki 197
7.1. Wyniki analizy w ujęciu terytorialnym 197
Region Warszawski Stołeczny 198

Subregion płocki 229
Subregion ostrołęcki 251
Subregion radomski 273
Subregion siedlecki 291
Subregion ciechanowski 309
Subregion żyrardowski 316
Projekty ponadregionalne 324
7.2. Lista projektów objętych badaniem 335
7.3. Narzędzia badawcze 339

1. Streszczenie

Przedmiot i cele badania oraz założenia metodologiczne

Regionalny Program Zdrowotny „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego" realizowany był w latach 2018–2023 w ramach RPO WM 2014–2020 (działanie 9.2.2). Skierowany był do dzieci z klas I–VI szkół podstawowych oraz ich opiekunów, a jego celem była poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie otyłości oraz schorzeń kręgosłupa. Program miał charakter profilaktyczno-terapeutyczny i obejmował dwa moduły: otyłości oraz chorób kręgosłupa. Łącznie zrealizowano 93 projekty, wdrażane przez 44 beneficjentów na terenie całego województwa.

Celem ewaluacji była kompleksowa ocena realizacji RPZ w odniesieniu do skuteczności, efektywności, trwałości oraz użyteczności interwencji. Badanie miało odpowiedzieć na pytanie o stopień realizacji celów programu, efekty wdrażanych działań oraz doświadczenia uczestników i realizatorów, stanowiąc jednocześnie podstawę rekomendacji dla przyszłych programów zdrowotnych.

Zastosowano podejście mieszane (mixed methods), łącząc analizę danych ilościowych (m.in. CATI, CAWI, sprawozdania projektowe, SL2014) z danymi jakościowymi (IDI, TDI, FGI, panel ekspertów). Badaniem objęto uczestników RPZ, realizatorów oraz instytucje wdrażające. Weryfikowano i uzupełniano braki w dokumentacji – m.in. poprzez dane z systemu SL2014 – a dobór prób zapewnił reprezentatywność wyników w ujęciu subregionalnym (zgodnie z NUTS-3).

Ograniczenia badania i zastrzeżenia eksperckie

Ewaluacja RPZ, mimo szerokiego zakresu metod i źródeł danych, napotkała istotne ograniczenia. Głównym problemem była niespójność i ograniczona dostępność danych sprawozdawczych zgodnych ze strukturą i miernikami zawartymi w dokumencie RPZ. W części projektów brakowało wymaganych raportów, a stosowane lokalnie narzędzia pomiarowe (np. do oceny wiedzy czy stanu zdrowia) nie były standaryzowane, co utrudniało porównywalność i interpretację wyników w skali całego programu.

Pomimo zidentyfikowanych ograniczeń w dostępności i jakości części danych sprawozdawczych, ewaluacja została przeprowadzona w sposób pozwalający na rzetelną i pogłębioną ocenę programu. Zastosowano szereg rozwiązań metodologicznych, mających na celu minimalizację wpływu niespójności danych oraz zwiększenie trafności i wiarygodności wniosków, w tym: triangulację metod, źródeł i perspektyw, dokonano weryfikacji i uzupełniania brakujących danych sprawozdawczych, w tym poprzez wykorzystanie dostępnych danych z systemu SL2014, zapewniono reprezentatywność danych ilościowych poprzez dobór prób losowo-kwotowych oraz wysoką jakość operatów badawczych.

Dzięki przyjętym rozwiązaniom możliwe było przeprowadzenie oceny programu w odniesieniu do jego założeń i efektów wdrożeniowych, a uzyskane wyniki pozwalają na sformułowanie istotnych wniosków dotyczących funkcjonowania RPZ oraz przygotowanie rekomendacji dla przyszłych działań o podobnym charakterze.

Zasięg i przebieg realizacji RPZ

W latach 2018–2023 w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego zrealizowano 93 projekty, prowadzone przez 44 beneficjentów na terenie całego województwa mazowieckiego. Program obejmował dwa moduły tematyczne – dotyczące otyłości oraz chorób kręgosłupa – a jego działania miały charakter profilaktyczny, diagnostyczny i edukacyjny.

Łącznie do programu aplikowało co najmniej **16 753 osób**, z czego **4 954 osoby** do modułu otyłości (dane dostępne dla 53% projektów), **11 799 osób** do modułu kręgosłupa (73%).

Spośród aplikujących, **14 060 osób** przeszło pozytywnie weryfikację formalną i zostało zakwalifikowanych do dalszej oceny medycznej, co wskazuje na wysoką zgodność rekrutacji z przyjętymi kryteriami programu. Jednocześnie **2 540 osób** nie spełniło wymogów zdrowotnych, co potwierdza, że stosowane filtry kwalifikacyjne były rzeczywiście wykorzystywane w praktyce.

Łączna liczba uczestników programu wyniosła 19 665 osób, co pokazuje, że program cieszył się bardzo dużym zainteresowaniem i zdolnością absorpcji wśród odbiorców. Liczba ta przekracza liczbę osób aplikujących – co może wskazywać na dodatkowe ścieżki rekrutacji lub różnice w sposobie ewidencjonowania (np. przesunięcia między etapami realizacji). W podziale na moduły: **5 976 uczestników** brało udział w module otyłości (91% projektów), **12 835 uczestników** w module kręgosłupa (96%).

Z programu zrezygnowało **722 uczestników** (ok. 3,7%), natomiast **ukończyło łącznie 9 794 osoby**, co stanowi około połowy wszystkich uczestników. Różnice między modułami są tu znaczące: **38% projektów** raportowało dane nt. ukończenia w module otyłości (2 523 osoby), **60% projektów** w module kręgosłupa (7 271 osób).

Podane wartości odnoszą się do projektów, dla których dostępne były dane sprawozdawcze z realizacji RPZ (w tym sprawozdania roczne lub końcowe) lub dane z systemu SL2014. Należy zaznaczyć, że **pełne sprawozdania końcowe były dostępne tylko w części projektów (22 z 93)**, a w wielu przypadkach dane pochodziły jedynie ze sprawozdań z pojedynczych lat. W konsekwencji, **dane są niekompletne w ujęciu systemowym**.

Mimo ograniczeń w dostępności pełnych danych, wyniki pozwalają sformułować kilka kluczowych wniosków: RPZ osiągnął znaczną skalę oddziaływania i został wdrożony w sposób umożliwiający dotarcie do szerokiej populacji dzieci z grupy ryzyka, mechanizmy kwalifikacji zapewniały zgodność rekrutacji z założeniami programu.

Ocena skuteczności i stopnia realizacji celów RPZ

Ocena skuteczności programu oparta została na analizie mierników efektów diagnostycznych, zdrowotnych i edukacyjnych, uzupełnionej wynikami badań ankietowych i materiału jakościowego. Interpretacja wyników uwzględnia ograniczenia sprawozdawcze, brak standaryzacji pomiarów oraz wpływ kontekstu realizacyjnego.

Efekty diagnostyczne:
Program odegrał istotną rolę przesiewową – w ramach realizowanych działań wykryto łącznie 8 764 przypadki wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub chorób kręgosłupa (miernik 7), w tym: 1 971 przypadków otyłości (56% projektów), 6 793 przypadki wad postawy lub innych zaburzeń w module kręgosłupa (73%).

Efekty zdrowotne:
Poprawę stanu zdrowia uczestników stwierdzono łącznie u 6 932 osób (miernik 14, 70% projektów), w tym: 1 449 dzieci w module otyłości, u których odnotowano ≥3% spadku masy ciała (miernik 14.1), 5 858 dzieci w module kręgosłupa (miernik 14.2).Średni poziom skuteczności zdrowotnej w module otyłości wyniósł 55,2% (mediana: 63,4%), zaś w module kręgosłupa – średnio 80,3% (mediana: 100%). Dane te świadczą o zauważalnych efektach, lecz – zwłaszcza w module kręgosłupa – ich interpretacja obarczona jest dużą niepewnością ze względu na różne sposoby definiowania poprawy oraz niejednolitą dokumentację.

Efekty edukacyjne:
Interwencje edukacyjne objęły łącznie **11 313 rodziców/opiekunów** (miernik 16) i **ponad 10 tys. dzieci**, z czego wzrost wiedzy odnotowano u: **10 568 dzieci** (miernik 15), w tym 3 222 w module otyłości (50% projektów), 7 346 w module kręgosłupa (73%) oraz **6 675 opiekunów** (miernik 17), w tym: 1 378 w module otyłości (41%), 5 297 w module kręgosłupa (78%). Dane wskazują na szeroki zasięg komponentu edukacyjnego, choć jego ocena napotyka poważne ograniczenia metodologiczne (brak standaryzowanych narzędzi pomiaru wiedzy, niejednolite kwestionariusze i dominacja danych deklaratywnych).

Zebrane dane wskazują, że **cele szczegółowe RPZ zostały zrealizowane w istotnym stopniu**, choć zróżnicowanie wyników między modułami oraz niespójność dokumentacji ograniczają możliwość pełnej walidacji efektów.

- Cel dotyczący zwiększenia wykrywalności został osiągnięty, zwłaszcza w module kręgosłupa, choć nie był on realizowany jako populacyjny program diagnostyczny.
- Cel zdrowotny osiągnięto w większym stopniu w module kręgosłupa (według raportowanych danych), natomiast w module otyłości relacje uczestników i rodziców wskazują na silniejszy wpływ na rzeczywiste zmiany stylu życia.
- Cel edukacyjny był realizowany na szeroką skalę, ale jego efekty pozostają trudne do jednoznacznego oszacowania.

Cel główny można uznać za częściowo osiągnięty, przy czym największą wartość programu stanowiło połączenie funkcji przesiewowej, wspierającej i edukacyjnej, które – według opinii uczestników i realizatorów – realnie przyczyniły się do poprawy zdrowia i dobrostanu dzieci.

Efektywność kosztowa i dostępność świadczeń

W programie, na podstawie rozeznania kosztów rynkowych świadczeń, przyjęto ustandaryzowane stawki jednostkowe: 5 568 zł na uczestnika w module otyłości, 6 114 zł na uczestnika w module chorób kręgosłupa. Z perspektywy planowania, przyjęte stawki były postrzegane jako realistyczne i akceptowalne – potwierdza to wysoka liczba aplikacji w kolejnych naborach.W toku realizacji projekty wykazały elastyczność kosztową, umożliwiając dostosowanie działań do zmieniających się warunków – m.in. pandemii COVID-19. Z badania CAWI wynika, że większość realizatorów pozytywnie oceniła stosunek nakładów do efektów – uznając go za korzystny.

Jeśli chodzi o dostępność świadczeń, program został zrealizowany w sposób pozwalający na dotarcie do dzieci z różnych subregionów Mazowsza, w tym z gmin wiejskich i peryferyjnych. Większość interwencji prowadzono w środowisku szkolnym, co sprzyjało wysokiej frekwencji i ograniczeniu barier udziału. Rodzice i realizatorzy wskazywali na dobrą dostępność świadczeń oraz organizację działań w godzinach dogodnych dla dzieci i rodziców.

Podsumowując, RPZ został zaplanowany i wdrożony w sposób zapewniający wysoką dostępność świadczeń oraz efektywność kosztową w granicach wyznaczonych przez warunki makroekonomiczne i instytucjonalne. Przyjęte stawki jednostkowe były dobrze osadzone w realiach rynkowych, a mechanizmy kontrolne MJWPU zapewniły zgodność budżetowania z założeniami programowymi.

Użyteczność programu

Użyteczność RPZ – rozumiana jako zgodność działań z potrzebami uczestników oraz ich subiektywna ocena wartości otrzymanego wsparcia – została oceniona przez odbiorców programu bardzo wysoko. Dane pochodzące z badań ilościowych i jakościowych wskazują na duże zadowolenie zarówno dzieci, jak i ich rodziców z uczestnictwa w programie, niezależnie od modułu, w którym brali udział.

W badaniu CATI ponad 90% rodziców oceniło udział dziecka w RPZ jako przydatny lub bardzo przydatny. Szczególnie wysoko oceniano dostępność i formę zajęć – realizacja działań w szkołach oraz organizacja zajęć w czasie dogodnym dla dzieci i rodziców zwiększała frekwencję i zaangażowanie uczestników.

W badaniu CAWI przeprowadzonym wśród realizatorów projektów ponad 90% respondentów uznało, że RPZ trafnie odpowiadał na potrzeby dzieci i ich rodzin, a jego struktura była adekwatna do warunków szkolnych i lokalnych. Podkreślano też, że program cieszył się pozytywnym odbiorem w społecznościach lokalnych, co przełożyło się na wysokie zainteresowanie rekrutacją.

W materiałach jakościowych (IDI, TDI, FGI) użyteczność programu przejawiała się również w długofalowej perspektywie uczestników – wielu rodziców deklarowało kontynuację działań rozpoczętych w ramach RPZ, takich jak codzienna aktywność fizyczna, zmiana diety czy większa uważność na postawę dziecka. Wskazuje to, że program mógł pełnić funkcję inicjującą trwałą zmianę stylu życia.

Podsumowując, z perspektywy uczestników i realizatorów RPZ był programem potrzebnym, akceptowanym i wysoko ocenianym pod względem przydatności. Użyteczność interwencji – jako społeczna i praktyczna wartość oferowanego wsparcia – może być uznana za jeden z najlepiej ocenianych wymiarów programu, mimo ograniczeń w pomiarze jego długofalowych skutków.

Trwałość efektów

Ocena trwałości efektów interwencji realizowanych w ramach RPZ napotkała istotne ograniczenia metodologiczne. W dokumentacji projektowej i sprawozdaniach końcowych **brakowało systematycznych danych na temat stanu zdrowia uczestników po zakończeniu programu**, a dane dostępne w systemie SL2014 nie zawierały informacji umożliwiających weryfikację długofalowych rezultatów.

W toku badania ewaluacyjnego uzyskano wyłącznie **deklaratywne informacje**, odnoszące się do subiektywnie odczuwanej trwałości efektów – zarówno zdrowotnych, jak i edukacyjnych. Oznacza to, że **brak jest obiektywnych, mierzalnych danych** potwierdzających faktyczne utrzymanie efektów po zakończeniu interwencji.

W badaniu CATI większość rodziców deklarowała, że zmiany w stylu życia dzieci utrzymały się po zakończeniu udziału w programie – dotyczyło to m.in. regularnej aktywności fizycznej, dbałości o postawę ciała, lepszych nawyków żywieniowych. Również w wywiadach jakościowych respondenci opisywali RPZ jako impuls do zmiany, która została w dużej mierze utrwalona – choć często zastrzegali, że **utrzymanie efektów zależy od wsparcia środowiskowego i zaangażowania rodzin**.

Z kolei realizatorzy projektów (badanie CAWI) wskazywali, że choć część uczestników kontynuowała aktywność po zakończeniu działań projektowych, to **brak było zinstytucjonalizowanych mechanizmów kontynuacji wsparcia**, co mogło wpływać na ograniczenie długofalowych korzyści.

Zebrane dane nie pozwalają na ocenę trwałości efektów w sensie epidemiologicznym ani na określenie rzeczywistego wpływu RPZ na długofalowe wskaźniki zdrowia populacyjnego. Dostępne informacje sugerują, że **część efektów RPZ miała charakter trwały lub inicjowała trwałe zmiany stylu życia**, jednak wnioski te opierają się wyłącznie na subiektywnych relacjach uczestników i realizatorów. Brak twardych danych po zakończeniu programu ogranicza możliwość jednoznacznej oceny skutków długofalowych, co należy uwzględnić przy interpretacji efektów i projektowaniu przyszłych interwencji.

Wnioski i rekomendacje końcowe

1. Niewystarczający poziom sprawozdawczości i trudności w pozyskaniu danych końcowych

Pomimo obowiązków raportowania wynikających z RPZ, w wielu projektach brakowało spójnych, kompletnych danych – szczególnie w zakresie sprawozdań końcowych oraz informacji umożliwiających ocenę trwałości efektów po zakończeniu interwencji. Ograniczona dyscyplina sprawozdawcza beneficjentów oraz brak mechanizmów egzekwowania obowiązków raportowych negatywnie wpłynęły na możliwość pełnej oceny skuteczności i trwałości RPZ.

Rekomendacja: wprowadzenie do umów o dofinansowanie projektów zapisów precyzujących obowiązki sprawozdawcze oraz wskazujących konsekwencje ich niedopełnienia – zarówno na etapie realizacji (np. zawieszenie wypłat transz, korekty finansowe), jak i w okresie następczym (np. konieczność udziału w badaniach trwałości efektów).

2. Brak standaryzacji raportowania wskaźników i nieporównywalność danych

Dane raportowane przez realizatorów w odniesieniu do kluczowych mierników (m.in. miernik 8, 9 i 11) cechowała znaczna niejednorodność – zarówno pod względem jednostek miary, jak i sposobu interpretacji definicji. Część projektów raportowała liczbę godzin zajęć, inne – liczbę sesji, w niektórych przypadkach brakowało informacji o przyjętej metodzie. W przypadku miernika 9 niejednoznaczna kategoria „inne badania" dodatkowo utrudniała ocenę zakresu diagnostyki.

Rekomendacja: zapewnienie standaryzacji w zakresie sprawozdawczości poprzez opracowanie instrukcji raportowania, zawierającej wzory, przykłady wypełnień i najczęściej popełniane błędy.

3. Brak obowiązkowego komponentu wsparcia psychologicznego

W toku badania eksperci zwracali uwagę na potrzebę uwzględnienia wsparcia psychologicznego jako stałego elementu interwencji zdrowotnych skierowanych do dzieci i młodzieży. Część projektów wprowadzała takie działania dobrowolnie, jednak RPZ nie przewidywał ich jako obowiązkowych. Tymczasem skuteczna zmiana stylu życia – zwłaszcza w kontekście otyłości – wymaga nie tylko edukacji i terapii, ale również wsparcia w zakresie motywacji, emocji i relacji społecznych.

Rekomendacja: wprowadzenie obowiązkowego komponentu psychologicznego do programów zdrowotnych – niezależnie od źródła finansowania i tematyki interwencji.

Abstract

Subject and objectives of the study and methodological assumptions

The Regional Health Program "Regional health program on spine diseases and obesity among children of the Mazovian region" was implemented in 2018-2023 within the framework of the WM ROP 2014-2020 (measure 9.2.2). It was aimed at children in grades I-VI of elementary schools and their caregivers, and its goal was to improve children's health in terms of obesity and spinal disorders. The program was preventive and therapeutic in nature and included two modules: obesity and spinal diseases. A total of 93 projects were carried out, implemented by 44 beneficiaries throughout the province.

The purpose of the evaluation was to comprehensively assess the implementation of the PAP with regard to the effectiveness, efficiency, sustainability and usefulness of the intervention. The study was intended to answer questions about the degree to which the program's goals were achieved, the effects of implemented activities, and the experiences of participants and implementers, while providing a basis for recommendations for future health programs.

A mixed methods approach was used, combining analysis of quantitative data (including CATI, CAWI, project reports, SL2014) with qualitative data (IDI, TDI, FGI, expert panel). The survey covered RHP

participants, implementers and implementing institutions. Deficiencies in documentation were verified and filled in - including through data from the SL2014 system - and sampling ensured that the results were representative on a sub-regional basis (according to NUTS-3).

Limitations of the study and expert reservations

The evaluation of the RHP, despite the wide range of methods and data sources, encountered significant limitations. The main problem was the inconsistency and limited availability of reporting data consistent with the structure and metrics contained in the RHP document. Some projects lacked the required reports, and the measurement tools used locally (e.g., to assess knowledge or health status) were not standardized, making it difficult to compare and interpret results across the program.

Despite the identified limitations in the availability and quality of some of the reporting data, the evaluation was conducted in a way that allowed for a reliable and in-depth assessment of the program. A number of methodological solutions were applied to minimize the impact of data inconsistencies and increase the relevance and reliability of conclusions, including: triangulation of methods, sources and perspectives, verification and supplementation of missing reporting data, including through the use of available data from the SL2014 system, ensuring the representativeness of quantitative data through the selection of random-quota samples and high quality of research frames.

Thanks to the adopted solutions, it was possible to carry out an evaluation of the program in relation to its assumptions and implementation effects, and the obtained results allow to formulate important conclusions on the functioning of the RHP and to prepare recommendations for future activities of a similar nature.

Outreach and course of implementation of the RHP

In 2018-2023, 93 projects were implemented under the Regional Health Program, carried out by 44 beneficiaries throughout the Mazovian region. The program included two thematic modules - on obesity and spinal diseases - and its activities were preventive, diagnostic and educational.

A total of at least 16,753 people applied to the program, including 4,954 people for the obesity module (data available for 53% of the projects), 11,799 people for the spine module (73%).

Of the applicants, 14,060 people passed formal verification and were qualified for further medical evaluation, indicating high compliance of the recruitment with the adopted program criteria. At the same time, 2,540 people did not meet the medical requirements, which confirms that the qualification filters used were indeed used in practice.

The total number of participants in the program was 19,665, which shows that the program enjoyed very high interest and absorption capacity among the recipients. This number exceeds the number of applicants - which may indicate additional recruitment pathways or differences in recording (e.g., shifts between stages of implementation). By module: 5,976 participants took part in the obesity module (91% of projects), 12,835 participants in the spine module (96%).

A total of 722 participants dropped out of the program (about 3.7%), while a total of 9,794 completed, about half of all participants. Differences between modules are significant here: 38% of projects reported completion data in the obesity module (2,523 people), 60% of projects in the spine module (7,271 people).

The reported values refer to projects for which completion reporting data (including annual or final reports) or data from the SL2014 system were available. It should be noted that full final reports were

available for only a portion of the projects (22 out of 93), and in many cases the data came only from single-year reports. Consequently, the data are incomplete on a systemic basis.

Despite the limitations in the availability of complete data, the results allow several key conclusions to be drawn: The RHP achieved a significant scale of impact and was implemented in a way that allowed it to reach a broad population of children at risk, the eligibility mechanisms ensured that recruitment was consistent with the program's objectives.

Evaluation of the effectiveness and extent to which the goals of the RHP were achieved

The evaluation of the program's effectiveness was based on an analysis of diagnostic, health and educational outcome measures, supplemented by the results of surveys and qualitative material. Interpretation of the results takes into account reporting limitations, lack of standardization of measurements and the impact of the implementation context.

Diagnostic effects:

The program played an important screening role - as part of the implemented activities, a total of 8,764 cases of previously undiagnosed obesity or spinal diseases were detected (measure 7), including: 1,971 cases of obesity (56% of projects), 6,793 cases of postural defects or other disorders in the spinal module (73%).

Health outcomes:

Improvements in participants' health were found in a total of 6,932 people (measure 14, 70% of projects), including: 1,449 children in the obesity module who experienced ≥3% weight loss (measure 14.1), 5,858 children in the spine module (measure 14.2).The average health effect level in the obesity module was 55.2% (median: 63.4%), while in the spine module the average was 80.3% (median: 100%). These data are indicative of noticeable effects, but - especially in the spine module - their interpretation is subject to great uncertainty due to different ways of defining improvement and inconsistent documentation.

Educational effects:

Educational interventions reached a total of 11,313 parents/guardians (measure 16) and more than 10,000 children, of which knowledge gains were noted in: 10,568 children (measure 15), including 3,222 in the obesity module (50% of projects), 7,346 in the spine module (73%), and 6,675 caregivers (measure 17), including: 1,378 in the obesity module (41%), 5,297 in the spine module (78%). The data indicate the broad reach of the educational component, although its evaluation faces serious methodological limitations (lack of standardized tools for measuring knowledge, inconsistent questionnaires and the dominance of declarative data).

The data collected indicate that the specific goals of the RHP have been achieved to a significant degree, although the variation of results between modules and the inconsistency of documentation limit the possibility of fully validating the results.

- The goal of increasing detection rates was achieved, especially in the spine module, although it was not implemented as a population-based diagnostic program.

- The health goal was achieved to a greater extent in the spine module (according to reported data), while in the obesity module, participant and parent accounts indicate a stronger impact on actual lifestyle changes.

- The educational goal was implemented on a large scale, but its effects remain difficult to assess clearly.

The main goal can be considered partially achieved, with the greatest value of the program being the combination of screening, support and educational functions, which, according to participants and implementers, made a real contribution to improving children's health and well-being.

Cost-effectiveness and availability of benefits

On the basis of discernment of market costs of benefits, the program adopted standardized unit rates: PLN 5,568 per participant in the obesity module, and PLN 6,114 per participant in the spinal disease module. From a planning perspective, the adopted rates were perceived as realistic and acceptable - confirmed by the high number of applications in subsequent enrollments. During implementation, the projects demonstrated cost flexibility, allowing activities to adapt to changing conditions - including the COVID-19 pandemic. The CAWI survey shows that most implementers positively assessed the input-output ratio - considering it favorable.

In terms of accessibility to services, the program was implemented in a way that allowed it to reach children from different subregions of Mazovia, including rural and peripheral communities. Most of the interventions were conducted in school settings, which promoted high attendance and reduced barriers to participation. Parents and implementers pointed to the good availability of services and the organization of activities at times convenient for children and parents.

In summary, the RHP was planned and implemented in a way that ensured high availability of benefits and cost-effectiveness within the limits set by macroeconomic and institutional conditions. The adopted unit rates were well grounded in market realities, and the MJWPU's control mechanisms ensured that budgeting was consistent with program objectives.

Usefulness of the program

The usefulness of the RHP - understood as the compatibility of activities with participants' needs and their subjective assessment of the value of the support they received - was rated very highly by program recipients. Data from quantitative and qualitative surveys indicate that both children and their parents were highly satisfied with participation in the program, regardless of the module in which they participated.

In the CATI survey, more than 90% of parents rated their child's participation in RHP as useful or very useful. The accessibility and form of activities were particularly highly rated - the implementation of activities in schools and the organization of activities at times convenient for children and parents increased attendance and involvement of participants.

In a CAWI survey of project implementers, more than 90% of respondents felt that the RHP accurately addressed the needs of children and their families, and that its structure was appropriate to school and local conditions. They also emphasized that the program had a positive reception in local communities, which translated into high interest in recruitment.

In the qualitative materials (IDI, TDI, FGI), the usefulness of the program was also manifested in the long-term perspective of the participants - many parents declared that they would continue the activities started in the framework of the RHP, such as daily physical activity, changing their diet or being more attentive to their child's attitude. This indicates that the program may have had the function of initiating lasting lifestyle change.

In conclusion, from the perspective of participants and implementers, the RHP was a needed, accepted and highly rated program in terms of usefulness. The usefulness of the intervention - as the social and practical value of the support offered - can be considered one of the best-rated dimensions of the program, despite limitations in measuring its long-term effects.

Sustainability of effects

The evaluation of the sustainability of the effects of the interventions implemented under the RHP encountered significant methodological limitations. Project documentation and final reports lacked systematic data on the health status of participants after the end of the program, and the data available in the SL2014 system did not contain information allowing verification of long-term results.

In the course of the evaluation study, only declarative information was obtained, referring to the subjectively perceived sustainability of the effects - both health and educational. This means that there is a lack of objective, measurable data confirming the actual maintenance of effects after the end of the intervention.

In the CATI survey, the majority of parents declared that changes in their children's lifestyles were maintained after participation in the program - this included regular physical activity, attention to posture, and better eating habits. Also in qualitative interviews, respondents described the RHP as an impetus for change that was largely sustained - although they often caveated that sustaining the effects depended on community support and family involvement.

On the other hand, project implementers (CAWI survey) indicated that while some participants continued to be active after project activities ended, there was a lack of institutionalized mechanisms for continuing support, which may have had the effect of limiting long-term benefits.

The data collected do not allow us to assess the sustainability of the effects in an epidemiological sense, nor to determine the actual impact of the RHP on long-term population health indicators. Available information suggests that some of the effects of RHP were permanent or initiated lasting lifestyle changes, but these conclusions are based solely on the subjective accounts of participants and implementers. The lack of hard post-program data limits the ability to clearly assess long-term effects, which should be taken into account when interpreting effects and designing future interventions.

Conclusions and Final Recommendations

1. Inadequate reporting and difficulties in obtaining final data

Despite reporting obligations under the RHP, many projects lacked consistent, complete data - particularly in terms of final reports and information to assess the sustainability of effects after the intervention ends. The limited reporting discipline of beneficiaries and the lack of mechanisms to enforce reporting obligations negatively affected the ability to fully assess the effectiveness and sustainability of the PCOs.

Recommendation: introduce provisions in project funding agreements specifying reporting obligations and indicating the consequences of failing to meet them - both at the implementation stage (e.g., suspension of tranche payments, financial corrections) and in the follow-up period (e.g., the need to participate in sustainability studies of effects).

2 Lack of standardization of indicator reporting and incomparability of data

The data reported by implementers for key metrics (e.g., metrics 8, 9 and 11) was characterized by considerable heterogeneity - both in terms of units of measurement and the way definitions were interpreted. Some projects reported the number of hours of classes, others reported the number of sessions, and in some cases information on the method adopted was missing. In the case of measure 9, the ambiguous category “other research” made it even more difficult to assess the scope of diagnostics.

Recommendation: ensure standardization in reporting through the development of a reporting manual with templates, examples of filling in and common errors.

3 Lack of a mandatory psychological support component

In the course of the study, experts pointed out the need to include psychological support as a permanent component of health interventions aimed at children and adolescents. Some projects introduced such activities voluntarily, but the RHP did not stipulate them as mandatory. Meanwhile, effective lifestyle change - especially in the context of obesity - requires not only education and therapy, but also support for motivation, emotions and social relations.

2. Wprowadzenie

Cel badania

Celem badania ewaluacyjnego było dokonanie kompleksowej oceny realizacji *Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego* (dalej: RPZ). Ocena objęła cztery kluczowe kryteria ewaluacyjne: **skuteczność**, **efektywność**, **użyteczność** oraz **trwałość** interwencji realizowanych w ramach programu. Głównym zadaniem badania było określenie, w jakim stopniu osiągnięto cele programu – zarówno główny, jak i szczegółowe – oraz jakie rezultaty przyniosły wdrożone działania z punktu widzenia beneficjentów i realizatorów.

Wyniki badania mają także służyć jako podstawa do formułowania rekomendacji wspierających efektywniejsze projektowanie i wdrażanie regionalnych programów zdrowotnych w przyszłości.

Kontekst realizacji RPZ

Regionalny program zdrowotny został wdrożony w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020 (dalej: RPO WM), w ramach Osi Priorytetowej IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem, działanie 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, poddziałanie 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych.

RPZ odpowiadał na dwa istotne wyzwania zdrowotne w populacji dzieci: **rosnące rozpowszechnienie otyłości** oraz **problemy związane z wadami postawy i schorzeniami kręgosłupa**. Program był zgodny z zaleceniami krajowych i unijnych dokumentów strategicznych, w tym *Wytycznymi w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem środków EFS w obszarze zdrowia*. Ewaluacja RPZ została przeprowadzona w końcowej fazie jego realizacji, zgodnie z zapisami wskazanych wytycznych.

Zakres terytorialny i czasowy

Program był realizowany **na obszarze całego województwa mazowieckiego (w każdym subregionie, w tym w 35 z 42 powiatów)**, a jego grupą docelową były dzieci uczęszczające do klas I–VI szkół podstawowych. Uczestnicy byli kwalifikowani do programu na podstawie kryteriów formalnych i medycznych, a interwencją objęci zostali także ich rodzice/opiekunowie oraz otoczenie (przede wszystkim personel medyczny, personel placówek oświatowych).

Realizacja RPZ przypadała na **lata 2018–2023**, w trakcie których odbyły się **trzy nabory projektów**. Łącznie zrealizowano **93 projekty** prowadzone przez **44 beneficjentów**. Ewaluacja, z której wnioski są przedmiotem niniejszego raportu, została zrealizowana w pierwszym półroczu 2025 roku.

3. Charakterystyka Regionalnego Programu Zdrowotnego w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego

Opis programu

RPZ był odpowiedzią na nasilające się problemy zdrowotne w populacji dzieci szkolnych, w szczególności narastającą otyłość i wady postawy. Program zaprojektowano jako działanie profilaktyczno-terapeutyczne o charakterze zintegrowanym, obejmujące zarówno działania diagnostyczne i terapeutyczne, jak i edukację zdrowotną.

Z punktu widzenia ewaluacji RPZ szczególnie istotne jest, że program miał jasno określoną **logikę interwencji**, opartą na spójnych celach, rezultatach i miernikach. Jego **głównym celem** była poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach 2018–2023. Cel ten był rozpisany na szereg celów szczegółowych, tj.:

1. Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego w latach 2018-2020.

2. Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego w latach 2018-2020

3. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem w ramach modułu dotyczącego otyłości w latach 2018-2020.

4. Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem w ramach modułu dotyczącego chorób kręgosłupa w latach 2018-2020.

5. Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej z województwa mazowieckiego w latach 2018-2020

6. Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w grupie docelowej z województwa mazowieckiego w latach 2018-2020.

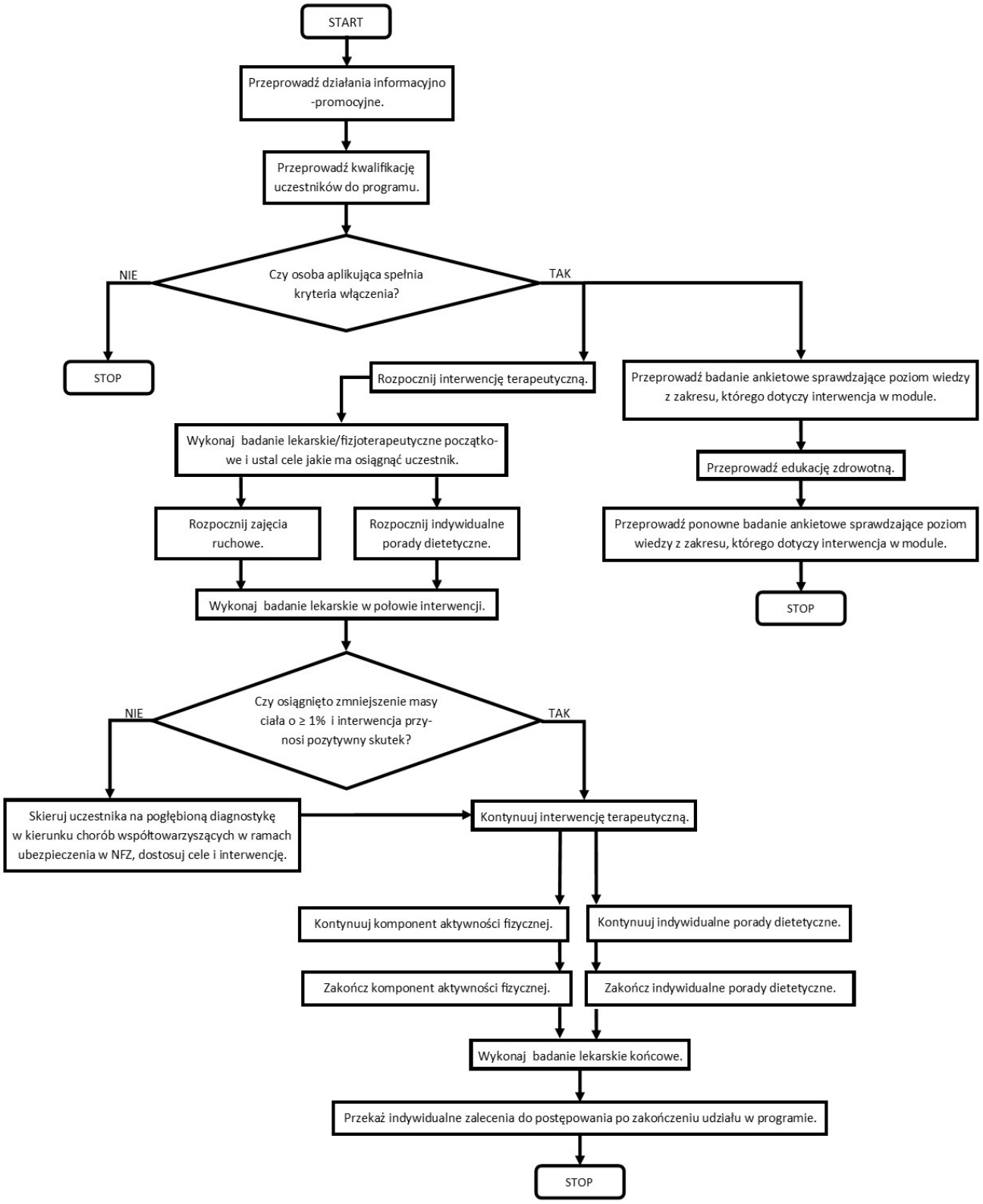
Dla każdego z celów szczegółowych określono zestaw **mierników efektywności**, pozwalających monitorować poziom realizacji programu w odniesieniu do planowanych rezultatów.

Moduły programu

Program podzielono na dwa **moduły merytoryczne**, które funkcjonowały równolegle, ale miały zróżnicowaną specyfikę i zestaw działań:

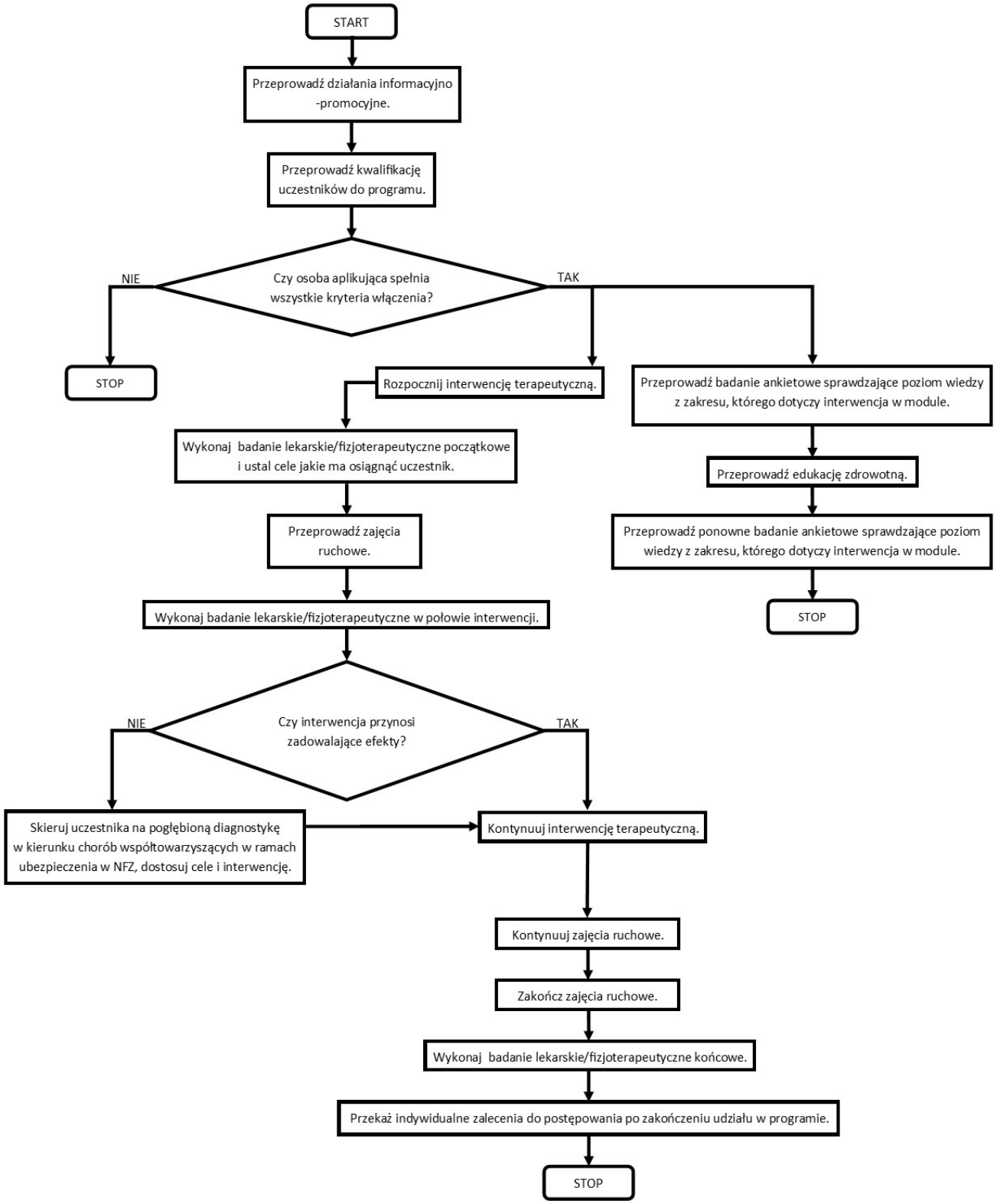
1. **Moduł dotyczący otyłości** obejmował badania antropometryczne, konsultacje lekarskie i dietetyczne, działania edukacyjne dla dzieci i rodziców, a także cykl zajęć ruchowych indywidualnych i grupowych. Celem było zredukowanie masy ciała i wykształcenie zdrowych nawyków żywieniowych.
2. **Moduł dotyczący chorób kręgosłupa** zawierał badania postawy ciała, konsultacje fizjoterapeutyczne, indywidualny plan terapii, zajęcia ruchowe oraz edukację zdrowotną dotyczącą profilaktyki wad postawy i ergonomii.

Moduły te realizowane były zgodnie z określonymi ścieżkami wsparcia, uwzględniającymi diagnozę, interwencję, monitorowanie efektów oraz działania edukacyjne (ryc. 1 i ryc. 2).Ryc. 1 Schemat działań organizacyjnych programu w module dotyczącym otyłości



(źródło: RPZ, str. 32)

Ryc. 2 Schemat działań organizacyjnych programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa



źródło: RPZ, str. 33

Adresaci RPZ

Obligatoryjną dla realizatorów RPZ grupę docelową stanowili:

- uczniowie klas I–VI szkół podstawowych z terenu województwa mazowieckiego,
- ich rodzice lub opiekunowie prawni.

Fakultatywnie, wsparciem można było objąć także inne grupy, merytorycznie powiązane z tematyką RPZ, tj. realizować:

- działania informacyjno-szkoleniowe dla personelu medycznego z podmiotów świadczących podstawową opiekę zdrowotną, pielęgniarek/higienistek szkolnych, w zakresie merytorycznym związanym z udzielanym wsparciem,
- działania informacyjno-edukacyjne dla osób z otoczenia pacjenta, w szczególności: personel szkolny (w tym nauczyciele), pracownicy OPS, PCPR.

Rekrutacja do programu odbywała się poprzez szkoły i inne instytucje lokalne. Zakwalifikowani uczestnicy musieli spełnić określone kryteria formalne i medyczne. W ramach programu szczególny nacisk położono na zaangażowanie opiekunów dzieci, traktując ich jako kluczowych partnerów w utrwalaniu prozdrowotnych nawyków.

Źródła finansowania

RPZ był współfinansowany ze środków **Europejskiego Funduszu Społecznego** w ramach RPO WM 2014–2020. Środki europejskie były uzupełnione przez wkład krajowy oraz wymagany wkład własny beneficjentów. Program miał charakter zdecentralizowany – poszczególni beneficjenci realizowali działania lokalnie, przy zachowaniu jednolitych założeń merytorycznych i standardów jakości.

Kontekst prawny i instytucjonalny oraz komplementarność RPZ

RPZ został opracowany i wdrożony zgodnie z przepisami krajowego i unijnego prawa oraz w powiązaniu z dokumentami strategicznymi szczebla krajowego i regionalnego.

Podstawy prawne realizacji programu obejmują w szczególności:

- Ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która reguluje zasady tworzenia i finansowania programów zdrowotnych.
- Ustawę z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym, wskazującą zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki.
- Ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, istotną z punktu widzenia obowiązku respektowania praw uczestników programu.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2017 r. w sprawie wzoru programu polityki zdrowotnej oraz raportu końcowego, które wskazuje strukturę programów RPZ oraz wymagania co do sprawozdawczości.

Na poziomie unijnym kluczowe znaczenie mają:

- Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1303/2013 (tzw. „rozporządzenie ogólne”), określające zasady wspólnych ram programowych dla funduszy strukturalnych,
- Wytyczne w zakresie realizacji przedsięwzięć z udziałem EFS w obszarze zdrowia, które precyzują zasady wdrażania programów zdrowotnych finansowanych z EFS.

Komplementarność z dokumentami strategicznymi

RPZ pozostaje w ścisłej korelacji z:

- RPO WM 2014–2020 – jako źródła finansowania i ram dla interwencji regionalnych z zakresu zdrowia,
- Krajowymi Ramami Strategicznymi dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020 – dokumentem nakreślającym kierunki interwencji w ochronie zdrowia ze środków EFS i EFRR,
- Strategią na rzecz Odpowiedzialnego Rozwoju do 2020 (z perspektywą do 2030) – wpisując się w cel: poprawa jakości życia obywateli m.in. przez profilaktykę i edukację zdrowotną,
- Krajową Strategią Rozwoju Regionalnego 2010–2020 – jako dokumentem ramowym wspierającym spójność terytorialną i dostępność usług publicznych.

RPZ jest spójny również z **dokumentami strategicznymi na poziomie regionalnym**. **Wojewódzki Plan Transformacji dla Mazowsza na lata 2022–2026** wskazuje kierunki reorganizacji świadczeń zdrowotnych w regionie, z uwzględnieniem potrzeb zdrowotnych mieszkańców, optymalizacji sieci świadczeniodawców wsparcia profilaktyki i wczesnej interwencji zdrowotnej. RPZ wpisuje się w założenia WPT, ponieważ koncentruje się na profilaktyce i interwencji w obszarze chorób cywilizacyjnych u dzieci (otyłość, wady postawy), które WPT jednoznacznie identyfikuje jako kluczowe wyzwania zdrowotne regionu (m.in. poprzez analizę potrzeb zdrowotnych i trendy epidemiologiczne wśród dzieci i młodzieży). RPZ uzupełnia działania restrukturyzacyjne WPT poprzez swoje oddziaływanie na poziomie populacyjnym i w obszarze przedklinicznej profilaktyki zdrowotnej – czyli w zakresie edukacji zdrowotnej i wczesnego wykrywania czynników ryzyka (np. otyłości czy wad postawy), zanim konieczne stanie się leczenie specjalistyczne czy hospitalizacja (co jest głównym celem reorganizacji świadczeń w WPT). RPZ wspiera realizację celu, jakim jest poprawa dostępności i skuteczności działań z zakresu zdrowia publicznego, m.in. poprzez wykorzystanie narzędzi edukacyjnych, terapeutycznych i diagnostycznych u dzieci szkolnych.

Z kolei **Strategia Rozwoju Województwa Mazowieckiego 2030+ Innowacyjne Mazowsze** wskazuje w diagnozie, że „choroby cywilizacyjne stanowią najczęstszą przyczynę przedwczesnych zgonów w województwie. (…) Niezbędne jest zatem zwiększenie dostępności do programów profilaktycznych, wzmacnianie postaw prozdrowotnych oraz poprawa dostępności do usług”[1]. RPZ koncentruje się na dzieciach i młodszych nastolatkach w obszarach dotyczących chorób cywilizacyjnych, reagując tym samym na potrzebę zwiększenia dostępności do programów profilaktycznych. Zawiera komponenty edukacyjne, angażuje dzieci, rodziców i szkoły, kształtując świadomość zdrowotną od najmłodszych lat – co jest fundamentem prewencji chorób cywilizacyjnych w dorosłości.

Jednocześnie w Strategii zdiagnozowany jest problem przestrzennego zróżnicowania dostępności do usług zdrowotnych między regionem Warszawskim stołecznym a Mazowieckim regionalnym: „*mieszkańcy regionu Mazowieckiego regionalnego korzystają z usług zdrowotnych (głównie specjalistycznych) świadczonych przez podmioty zlokalizowane w regionie Warszawskim stołecznym. Specjalistyczne usługi zdrowotne skoncentrowane są w dużych miastach województwa, co powoduje utrudniony dostęp do nich mieszkańców obszarów wiejskich*”[2]. RPZ stworzył ramy dla redukcji nierówności terytorialnych w dostępie do usług zdrowotnych – realizowany był na poziomie regionalnym i zapewniał równość szans dzieciom z różnych części województwa (również z mniejszych gmin i powiatów). **RPZ został opracowany w oparciu o wyrażone potrzeby zdrowotne, nie kierując się istniejącą infrastrukturą medyczną. Stanowi prawidłowy model planowania i realizacji świadczeń**

[1] Strategia Rozwoju Województwa Mazowieckiego 2030+ Innowacyjne Mazowsze, str. 27
[2] ibidem

opieki zdrowotnej, który może stanowić wzór dla planowania zakupu świadczeń opieki zdrowotnej, również o charakterze leczniczym.

Podsumowując, analiza kontekstu prawnego i strategicznego RPZ potwierdza, że jego projektowanie i realizacja były zakorzenione w systemie regulacyjnym i instytucjonalnym zarówno na poziomie krajowym, jak i unijnym. RPZ nie funkcjonował jako izolowana interwencja, lecz jako instrument wdrażania celów polityk publicznych w obszarze zdrowia, spójności społecznej i zrównoważonego rozwoju regionalnego.

Zgodność programu z obowiązującymi dokumentami strategicznymi i ramami prawnymi stanowi istotne kryterium oceny jego trafności i zasadności – zwłaszcza w kontekście analizy, na ile zaprojektowane działania odpowiadają na zidentyfikowane wyzwania zdrowotne oraz wspierają realizację celów polityk sektorowych i terytorialnych.

Ocena RPZ uwzględnia tę złożoną i wielowarstwową ramę odniesienia, dzięki czemu możliwe jest nie tylko zrozumienie, czy i w jakim zakresie program był adekwatny wobec obowiązujących priorytetów rozwojowych, ale także sformułowanie wniosków użytecznych z perspektywy przyszłego projektowania regionalnych programów zdrowotnych – zwłaszcza w kontekście skutecznego powiązania diagnozy problemu zdrowotnego z narzędziami polityk publicznych oraz logiką interwencji systemowej.

4. Metodologia badawcza

4.1. Podejście metodologiczne

Ewaluacja RPZ została zaprojektowana jako badanie kompleksowe, oparte na podejściu pragmatycznym, uwzględniającym specyfikę programu i różnorodność interesariuszy. Przyjęto model badania mieszanych metod (mixed methods), który umożliwia triangulację danych i integrację wyników ilościowych i jakościowych. Dzięki temu możliwe było nie tylko określenie poziomu realizacji wskaźników, lecz także zrozumienie mechanizmów realizacji RPZ i ocena jego wpływu z perspektywy beneficjentów i realizatorów.

Analizy w ramach ewaluacji pozwoliły na osiągnięcie szczegółowych celów badania (stanowiących zarazem główne obszary badawcze):

1. Ocena osiągnięcia poziomu/stopnia celu głównego RPZ
2. Ocena osiągnięcia poszczególnych celów szczegółowych RPZ
3. Ocena zgłaszalności do programu
4. Ocena osiągnięcia oczekiwanych efektów określonych w RPZ
5. Ocena efektywności programu, zgodnie z miernikami efektywności w ramach realizacji RPZ, oraz stopnia osiągniętych wartości mierników i wskaźników
6. Problemy zidentyfikowane przez interesariuszy RPZ oraz sposoby ich rozwiązania
7. Ocena jakości świadczeń w ramach realizacji RPZ na podstawie ankiety satysfakcji uczestnika programu oraz na podstawie ankiet satysfakcji z warsztatów
8. Ocena realizacji RPZ w opiniach uczestników/osób objętych wsparciem
9. Ocena trwałości RPZ

Konceptualizacja przyjętych kryteriów ewaluacyjnych (skuteczność, efektywność, użyteczność, trwałość) nastąpiła poprzez sformułowanie szczegółowych pytań problemowych, które stanowiły podstawę projektowania narzędzi badawczych i doboru metod analizy danych. Poniżej przedstawiono pełen zestaw pytań problemowych, na które udzielono odpowiedzi w toku realizacji badania, wraz z przypisaniem do obszaru badawczego (tabela 1).

Tabela 1 Obszary badawcze i odpowiadające im pytania problemowe w ramach ewaluacji RPZ

Lp.		Obszar badawczy	Pytania problemowe
1.		Ocena osiągnięcia poziomu/stopnia celu głównego RPZ	1. Czy został osiągnięty cel główny RPZ tj.: Poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach 2018-2023.
2.		Ocena osiągnięcia poszczególnych celów szczegółowych RPZ	1. Czy zostały osiągnięte cele szczegółowe RPZ 2. Czy i w jakim zakresie stopień osiągnięcia poszczególnych celów Programu wynika z kontekstu realizacji Programu; tj. czy ewentualne odstępstwa od zakładanego stopnia osiągnięcia celów znajdują swoje uzasadnienie w czynnikach zewnętrznych oraz jak stopień ich osiągnięcia jest oceniany przez przedstawicieli realizatora Programu? 3. Jak osiągnięty poziom mierników przekłada się na poziom realizacji celu głównego Programu: poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób

			kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach 2018-2023?
3.		Ocena zgłaszalności do programu	1. W jakim stopniu działania informacyjne (akcja informacyjna) o programie przyczyniły się do wzrostu zgłaszalności do udziału w nim, biorąc pod uwagę sugerowane sposoby rozpowszechniania informacji o Programie? 2. Jaka była zgłaszalność w poszczególnych etapach realizacji Programu (tj. jakie były zmiany w liczbie i strukturze osób zgłaszających się w kolejnych etapach)? 3. Jakie były bariery/trudności wpływające negatywnie (tj. ujemnie) na zgłaszalność do Programu na jego poszczególnych etapach, które zostały zidentyfikowane z perspektywy beneficjentów oraz z perspektywy rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w programie? 4. Jakie były czynniki wpływające pozytywnie (tj. dodatnio) na zgłaszalność do Programu na jego poszczególnych etapach, które zostały zidentyfikowane z perspektywy beneficjentów oraz z perspektywy rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie? 5. Czy i jakie inne czynniki miały wpływ na zgłaszalność do Programu, poza działaniami podejmowanymi w ramach promocji Programu? 6. Jakie były najlepsze sposoby rozpowszechniania informacji o Programie w opinii rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie oraz personelu medycznego? 7. Skąd mieszkańcy województwa mazowieckiego chcieliby czerpać informacje na temat Programu? Jakie inne drogi rozpowszechniania informacji o Programie można wykorzystać w kolejnych edycjach?
4.		Ocena osiągnięcia oczekiwanych efektów określonych w RPZ	1. Czy zostały osiągnięte oczekiwane efekty określone w RPZ? 2. Jaki był stosunek kosztów zaplanowanych do kosztów rzeczywistych w kontekście zaplanowanych i rzeczywistych rezultatów wsparcia oferowanego w ramach realizacji Programu? Czy w efekcie wsparcie to można uznać za efektywne? Na ile stopień osiągniętych efektów w zakresie wdrażania Programu jest adekwatny do poniesionych na nie nakładów?
5.		Ocena efektywności programu, zgodnie z miernikami efektywności w ramach realizacji RPZ, oraz stopnia osiągniętych	1. Jakie zostały osiągnięte wartości mierników efektywności w ramach realizacji RPZ?

		wartości mierników i wskaźników	
6.		Problemy zidentyfikowane przez interesariuszy RPZ oraz sposoby ich rozwiązania	1. Czy wystąpiły czynniki utrudniające osiągnięcie założonych celów? Jakie to były czynniki? 2. Czy wystąpiły czynniki utrudniające osiągnięcie założonych efektów? Jakie to były czynniki? 3. Czy wystąpiły czynniki utrudniające osiągnięcie założonych mierników? Jakie to były czynniki? 4. Czy Instytucja Zarządzająca RPO WM 2014-2020 zidentyfikowała jakieś problemy podczas zarządzania i monitorowania RPZ? Jakie to były problemy, czy i jakie podjęto działania modyfikujące? 5. Czy Instytucja Pośrednicząca zidentyfikowała jakieś problemy podczas wdrażania i monitorowania RPZ? Jakie to były problemy, czy i jakie podjęto działania modyfikujące? 6. Czy beneficjenci zidentyfikowali jakieś problemy podczas realizowania RPZ? Jakie to były problemy, czy i jakie podjęto działania modyfikujące? 7. Czy działania dotyczące rekrutacji do udziału w badaniach zostały prawidłowo zaplanowane (były trafne w stosunku do grupy docelowej, skuteczne)? 8. Jakie można wskazać rozwiązania niwelujące zidentyfikowane problemy we wdrażaniu RPZ? 9. Jakie doświadczenia z dotychczasowego wdrażania RPZ można wykorzystać po 2023 roku? 10. Jakie problemy związane z wdrażaniem Programu wśród mieszkańców województwa mazowieckiego z populacji docelowej były zgłaszane przez rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie oraz jaka była specyfika poszczególnych zidentyfikowanych problemów, tj. czego dotyczyły problemy, jakie miały źródło oraz jakie czynniki mogły mieć wpływ na pojawienie się ich w trakcie realizacji Programu? 11. Jakie były efekty działań, które zostały podjęte w celu zniwelowania zidentyfikowanych problemów, tj. czy działania naprawcze były skuteczne, a jeśli nie, to dlaczego? 12. Jakie działania podjęto w celu zniwelowania wpływu czynników utrudniających osiągnięcie założonych celów? 13. Jakie działania podjęto w celu zniwelowania wpływu czynników utrudniających osiągnięcie założonych efektów?

			14. Jakie działania podjęto w celu zniwelowania wpływu czynników utrudniających osiągniecie założonych mierników? 15. Czy w przypadku trudności w rekrutacji, modyfikowano działania i jakie były tego efekty? 16. Jakie inne formy wsparcia mogłyby zostać zastosowane, żeby umożliwić beneficjentom skuteczne realizowanie działań związanych z wdrażaniem Programu? 17. W jaki sposób można zmodyfikować udzielone beneficjentom formy wsparcia, aby efektywniej wspomagały ich one w skutecznym realizowaniu działań związanych z wdrażaniem Programu?
7.		Ocena jakości świadczeń w ramach realizacji RPZ na podstawie ankiety satysfakcji uczestnika programu oraz na podstawie ankiet satysfakcji z warsztatów	1. Jak uczestnicy/osoby, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ oceniają: – stosunek beneficjenta/realizatora do uczestnika (życzliwość, zaangażowanie, troska o badanego), – komunikatywność beneficjenta/realizatora (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji), – zapewnianie przez beneficjenta/realizatora intymności uczestników podczas udzielania świadczeń, – punktualność beneficjenta/realizatora, – sprawność obsługi zapewnionej przez beneficjenta/realizatora. 2. Czy uczestnicy/osoby, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ zgłaszali inne uwagi podczas wypełniania ankiety satysfakcji uczestnika programu? 3. Czy uczestnicy/osoby, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ pozytywnie oceniają udział w programie? 4. Czy uczestnicy/osoby, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ dokonaliby jakiś zamian w realizacji RPZ? Jeśli tak, to jakich? 5. Czy w opinii uczestników/osób, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ powinien być kontynuowany w następnych latach? 6. Jak uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ oceniają poziom wiedzy przekazanej w trakcie uczestnictwa w nim? 7. Jak uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ oceniają formę przekazania wiedzy w trakcie uczestnictwa w nim? 8. Czy uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ uważają,

			że wiedza przekazana w trakcie realizacji RPZ jest przydatna w codziennym życiu? 9. Czy uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ, wykorzystują wiedzę przekazaną w trakcie realizacji RPZ? Jeśli tak, to w jaki sposób? 10. Czy uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ podzielili się z innymi osobami informacjami zdobytymi w ramach uczestnictwa w RPZ? 11. Jak uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ oceniają interwencje terapeutyczne, w tym: zajęcia ruchowe, indywidualne porady dietetyczne, badania lekarskie/ fizjoterapeutyczne? 12. Czy program spełnił oczekiwania uczestników? 13. Skąd uczestnicy dowiedzieli się o możliwości aplikowania do program? 14. Jakie elementy świadczeń udzielanych w ramach Programu miały najwyższą jakość w opinii rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie oraz beneficjentów i dlaczego? 15. Jakie elementy świadczeń udzielanych w ramach Programu miały najniższą jakość w opinii rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie oraz dlaczego? 16. W jaki sposób można zmodyfikować świadczenia udzielane w Programie, aby ich jakość była oceniana lepiej?
8.		Ocena realizacji RPZ w opiniach uczestników/osób objętych wsparciem	1. Czy w opiniach uczestników RPZ/osób, które brały udział w projekcie realizowanym, w ramach RPZ przyczynił się on do pozytywnej zmiany w jakości życia osób, które otrzymały wsparcie lub osób z ich otoczenia? 2. Jak uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ uzasadniają swoje opinie w ww. zakresie?
9.		Ocena trwałości RPZ	1. Jakie czynniki decydowały o trwałości efektów Programu? 2. Czy zostały osiągnięte inne, niezakładane w Programie efekty? 3. Na ile trwała jest zmiana nastawienia uczestników w efekcie uczestnictwa w Programie (w tym: wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych)? 4. Które efekty programu charakteryzowały się największą, a które najmniejszą trwałością (największą zmianą w czasie po zakończeniu Programu) i dlaczego?

			5. Czy i które ze zmian zachodzących w „sytuacji” personelu medycznego są trwałe tj. utrzymują się po zakończenia ich uczestnictwa w Programie oraz jakie dalsze zmiany i dlaczego zachodzą w ww. aspektach? 6. Czy i które ze zmian zachodzących w „sytuacji” uczestników Programu (pacjentów) są trwałe tj. utrzymują się po zakończenia ich uczestnictwa w Programie oraz jakie dalsze zmiany i dlaczego zachodzą w ww. aspektach?

Źródło: opracowanie własne

W celu zapewnienia równowagi terytorialnej oraz umożliwienia identyfikacji potencjalnych różnic przestrzennych w realizacji RPZ, analizy w ramach badania zostały przeprowadzone z uwzględnieniem podziału województwa mazowieckiego na **pięć podregionów statystycznych** (zgodnie z klasyfikacją NUTS-3): ciechanowsko-płocki, ostrołęcko-siedlecki, radomski, warszawski wschodni oraz warszawski zachodni. Wariant podziału umożliwia porównanie danych jakościowych i ilościowych w układzie przestrzennym, co stanowiło dodatkowy wymiar interpretacyjny w ocenie skuteczności, użyteczności i dostępności RPZ.

4.2. Triangulacja metod i źródeł danych

Triangulacja zastosowana w badaniu polegała na łączeniu technik ilościowych i jakościowych, co umożliwiło jednoczesne uchwycenie:

- skali zjawisk (np. odsetek uczestników z poprawą stanu zdrowia),
- oraz ich znaczenia i kontekstu (np. subiektywna ocena jakości świadczeń czy barier w zgłaszalności).

Techniki ilościowe (CATI, CAWI, analiza sprawozdawczości z realizacji RPZ) pozwoliły na uzyskanie wyników reprezentatywnych statystycznie, zwłaszcza w zakresie mierników skuteczności, efektywności i trwałości.

Techniki jakościowe (IDI, TDI, FGI, panel ekspertów) umożliwiły pogłębienie interpretacji danych liczbowych, zrozumienie mechanizmów działania programu, identyfikację barier i dobrych praktyk oraz interpretację kontekstu organizacyjno-instytucjonalnego.

Łączenie obu typów danych (ilościowych i jakościowych) umożliwiło nie tylko pogłębione rozumienie przebiegu realizacji RPZ, ale także identyfikację uwarunkowań i mechanizmów wpływających na poziom osiągnięcia zakładanych rezultatów. Dzięki zastosowanej triangulacji możliwe było rozróżnienie pomiędzy efektami deklarowanymi a mierzalnymi, a także zidentyfikowanie zależności między warunkami realizacyjnymi a skutecznością poszczególnych komponentów programu – co stanowiło istotną podstawę interpretacyjną dla wniosków i rekomendacji.

Triangulacja źródeł danych

Opierała się na różnorodności respondentów i dokumentów źródłowych:

- uczestnicy programu (dzieci/opiekunowie),
- beneficjenci i realizatorzy projektów,
- personel medyczny i edukacyjny,
- przedstawiciele instytucji zarządzających (IZ, IP),
- eksperci zewnętrzni,

- dokumentacja projektowa i medyczna (desk research).

Dzięki jej zastosowaniu możliwe było spojrzenie na realizację RPZ z różnych poziomów: operacyjnego (realizatorzy), instytucjonalnego (IZ/IP), systemowego (eksperci) i osobistego (uczestnicy i ich rodziny). Pozwoliło to także na identyfikację punktów zgodności i rozbieżności między ocenami poszczególnych grup.

Triangulacja perspektyw

Dotyczyła zestawienia i porównania:

- deklaracji uczestników (np. poziom satysfakcji, ocena przydatności wsparcia),
- obiektywnych efektów programu (np. wskaźniki medyczne, liczba zakończonych interwencji, dane administracyjne),
- oraz perspektyw realizatorów i decydentów (np. analiza organizacyjna, koszty, dostępność usług).

To zestawienie różnych ujęć umożliwiło np. konfrontację efektywności rozumianej jako relacja koszt–rezultat (z perspektywy beneficjentów i IZ) z efektywnością odczuwaną przez uczestników (czy było warto, czy coś się zmieniło). Pozwoliło także zauważyć sytuacje, w których formalnie zrealizowane wskaźniki nie przekładały się na trwałe zmiany w zdrowiu lub zachowaniach beneficjentów.

Zastosowana triangulacja znacząco zwiększyła jakość ewaluacji, pozwalając nie tylko zmierzyć, ale także zrozumieć rezultaty RPZ w różnych wymiarach. To podejście umożliwiło również formułowanie rekomendacji osadzonych w rzeczywistości realizacyjnej programu i dopasowanych do potrzeb różnych grup interesariuszy.

4.3. Techniki badawcze i ich zastosowanie

W celu zapewnienia odpowiedzi na wszystkie pytania problemowe oraz uchwycenia wieloaspektowego charakteru realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego, zastosowano zestaw komplementarnych technik badawczych. Ich dobór był podyktowany specyfiką poszczególnych grup interesariuszy, charakterem informacji wymaganych w ewaluacji oraz założeniami triangulacji metod i źródeł danych. Poniżej przedstawiono syntetyczny opis zastosowanych technik badawczych wraz z określeniem badanych populacji oraz przyjętych zasad doboru próby. Wykorzystane w badaniu narzędzia stanowią załącznik nr 7.3 do raportu.

Analiza danych zastanych (desk research)

Analiza danych zastanych była jedną z kluczowych technik zastosowanych w ewaluacji RPZ. Została przeprowadzona jako działanie o charakterze jakościowym i ilościowym, służące zarówno charakterystyce kontekstu realizacji programu, jak i ocenie jego przebiegu oraz rezultatów:

- wymiar jakościowy obejmował przegląd dokumentów strategicznych, programowych i prawnych, umożliwiający ocenę uwarunkowań wdrażania RPZ, spójności interwencji z dokumentami krajowymi i regionalnymi oraz zgodności z przepisami i wytycznymi dot. polityki zdrowotnej i funduszy unijnych,
- wymiar ilościowy koncentrował się na analizie danych monitoringowych, wyników ankiet satysfakcji uczestników, sprawozdań z realizacji projektów oraz danych statystycznych nt. zdrowia dzieci z obszaru województwa mazowieckiego.

W analizie uwzględniono m.in.:

- dokumenty programowe (RPZ, RPO WM 2014–2020, Szczegółowy Opis Osi Priorytetowych, Wojewódzki Plan Transformacji),
- regulacje prawne i wytyczne krajowe i unijne (m.in. Rozporządzenie PE i Rady nr 1303/2013, ustawy w obszarze polityki zdrowotnej i systemu zdrowia, wytyczne krajowe dotyczące realizacji projektów współfinansowanych z EFS),
- dokumentację projektową (wnioski o płatność projektów realizowanych w ramach RPZ, dokumentacja konkursowa),
- dane statystyczne (GUS, NFZ, MZ, Instytut Żywności i Żywienia),
- dokumenty oceny jakości świadczeń (ankiety satysfakcji uczestników RPZ),
- sprawozdania z realizacji RPZ.

Analiza desk research dostarczyła danych niezbędnych do oceny spójności RPZ z dokumentami strategicznymi i prawnymi. Dane te były pomocne w interpretacji kontekstu wdrażania programu (ramy instytucjonalne, wymogi formalne, zakres odpowiedzialności beneficjentów). Umożliwiły ocenę efektów RPZ na poziomie populacyjnym i stanowiły punkt odniesienia do wyników badań terenowych (triangulacja danych).

Desk research pełnił także funkcję kontrolną i weryfikacyjną – pozwalał zestawić dane deklaratywne uzyskane w wywiadach i ankietach z faktami wynikającymi z dokumentacji i wskaźników sprawozdawczych.

Wywiad wspomagany komputerowo (CAWI – Computer-Assisted Web Interview)

Technika CAWI została wykorzystana w badaniu w celu zebrania danych od beneficjentów projektów realizowanych w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego. Głównym celem było pozyskanie opinii na temat skuteczności, organizacji i efektów wdrażanych działań, jak również identyfikacja problemów oraz rekomendowanych kierunków usprawnień.

Zaletą zastosowania techniki CAWI była możliwość dotarcia do szerokiego grona respondentów przy zachowaniu ustrukturyzowanej formy zbierania danych, co umożliwiło uzyskanie porównywalnych wyników ilościowych.

Kwestionariusz CAWI pozwolił na zebranie danych w następujących kluczowych obszarach badawczych:

- zgłaszalność do programu – skuteczność działań informacyjnych, bariery rekrutacyjne, czynniki sprzyjające zgłaszalności oraz najskuteczniejsze kanały informowania o ofercie projektowej,
- osiągnięcie efektów RPZ – ocena, na ile realizowane projekty przyczyniły się do realizacji celów programu,
- problemy wdrożeniowe – identyfikacja trudności związanych z osiąganiem celów, efektów i mierników oraz skatalogowanie działań korygujących,
- trwałość efektów – identyfikacja dodatkowych, nieplanowanych korzyści.

Populację objętą badaniem stanowili **beneficjenci projektów RPZ** – podmioty, które realizowały projekty w ramach naborów nr RPMA.09.02.02-IP.01-14-060/17, RPMA.09.02.02-IP.01-14-074/18 oraz RPMA.09.02.02-IP.01-14-088/19. Łącznie zidentyfikowano 44 podmioty, które realizowały 93 projekty (część beneficjentów realizowała więcej, niż 1 projekt). Wykaz projektów objętych badaniem stanowi załącznik 2 do raportu. **Odpowiedzi pozyskano od 30 podmiotów, dotyczyły one łącznie 57 projektów.**

Dobór do badania miał charakter pełny i celowy – zaproszenia zostały skierowane do wszystkich beneficjentów, których projekty zostały wyłonione do realizacji w ww. naborach. Do wypełnienia ankiety

wskazywano osoby posiadające najbardziej kompleksową wiedzę nt. realizowanych projektów (najczęściej koordynatorów projektów).

Zastosowanie techniki CAWI pozwoliło na pozyskanie danych niezbędnych do oceny efektywności i użyteczności interwencji z poziomu realizatorów oraz sformułowania praktycznych rekomendacji dla przyszłych działań systemowych i projektowych.

Wywiady telefoniczne wspomagane komputerowo (CATI - Computer-Assisted Telephone Interviewing)

Technika CATI została zastosowana w badaniu w celu zebrania opinii uczestników projektów realizowanych w ramach RPZ – dzieci objętych wsparciem, które w badaniu reprezentowane były przez rodziców/prawnych opiekunów. Głównym celem było uzyskanie reprezentatywnego materiału badawczego pozwalającego na ocenę funkcjonowania programu z perspektywy jego bezpośrednich beneficjentów.

Wywiady CATI dostarczyły danych w następujących obszarach:

- zgłaszalność do programu, w tym skuteczność działań informacyjnych, napotykane bariery i rekomendowane kanały komunikacji,
- osiągnięcie oczekiwanych efektów RPZ, w szczególności w zakresie zdrowia i edukacji zdrowotnej,
- identyfikacja barier uczestnictwa i organizacyjnych problemów świadczeń,
- ocena jakości usług zdrowotnych i edukacyjnych, relacji z personelem, poziomu obsługi oraz użyteczności programu,
- trwałość efektów RPZ, w tym zmiany nawyków zdrowotnych i ich utrzymanie po zakończeniu udziału.

Populację stanowili uczestnicy projektów objętych badaniem, jej liczebność wynosiła 20 699 osób. Próba została ustalona i zrealizowana na poziomie 377 osób, co zapewnia poziom ufności 95% i maksymalny błąd oszacowania 5% (dla frakcji 0,5). Zastosowano dobór losowo-kwotowy, z warstwowaniem wg podregionów (warszawski stołeczny, płocki, ciechanowski, siedlecki, radomski, ostrołęcki, żyrardowski). Operaty zostały utworzone osobno dla każdego subregionu.

CATI pozwoliło pozyskać zweryfikowane, ilościowe dane od rzeczywistych uczestników RPZ, niezbędne do oceny użyteczności, jakości i trwałości działań. Dzięki dużej skali i ustandaryzowaniu narzędzia, technika umożliwiła identyfikację obszarów wymagających dalszej interwencji, co czyni ją kluczowym komponentem w ocenie efektów społecznych i zdrowotnych RPZ.

Pogłębione wywiady telefoniczne (TDI - Telephone In-depth Interviewing)

Technika TDI została zastosowana w celu pogłębienia analizy doświadczeń uczestników RPZ oraz identyfikacji mechanizmów, które warunkowały jego skuteczność, użyteczność i trwałość efektów. Wywiady TDI stanowiły uzupełnienie badania CATI, dostarczając jakościowego kontekstu do interpretacji wyników ilościowych.

Pogłębione wywiady telefoniczne pozwoliły na:

- szczegółową analizę indywidualnych doświadczeń uczestników programu,
- zidentyfikowanie barier uczestnictwa i dostępności świadczeń,
- ocenę długofalowych efektów interwencji zdrowotnej (utrzymanie lub utrata pozytywnych zmian),
- uchwycenie zróżnicowanych opinii na temat jakości i skuteczności programu.

TDI pozwoliło również na eksplorację czynników wpływających na zróżnicowane rezultaty RPZ z perspektywy uczestników, co jest kluczowe dla planowania przyszłych interwencji.

Wywiady przeprowadzono wśród 20 uczestników RPZ (w większości przypadków – wśród ich opiekunów prawnych), wyłonionych spośród osób badanych wcześniej techniką CATI, które wyraziły zgodę na udział w dalszym etapie badania.

Dobór miał charakter **celowy, nielosowy i intencjonalny**, a kryteriami selekcji były m.in.:

- poziom zaangażowania w działania RPZ (pełne vs. ograniczone uczestnictwo),
- rodzaj efektów (zmiana vs. brak zmiany),
- postawa wobec programu (zadowolenie vs. krytyka),
- moduł programu (otyłość vs. choroby kręgosłupa),
- doświadczenia związane z dostępnością programu,
- trwałość rezultatów po zakończeniu uczestnictwa.

Celem doboru było zapewnienie **maksymalnego zróżnicowania perspektyw**, co umożliwiło identyfikację czynników warunkujących skuteczność i ograniczenia RPZ w różnych kontekstach społecznych i lokalnych.

Zastosowanie techniki TDI odegrało istotną rolę w:

- zrozumieniu mechanizmów sukcesu i niepowodzeń RPZ,
- identyfikacji czynników wpływających na trwałość efektów zdrowotnych,
- ocenie realnego dostępu do programu z punktu widzenia jego użytkowników,
- weryfikacji użyteczności i jakości poszczególnych komponentów RPZ.

Dzięki tej technice możliwe było pozyskanie danych, które wprost odnoszą się do praktyki wdrażania polityk zdrowotnych i mogą wspierać projektowanie skuteczniejszych interwencji w kolejnych edycjach RPZ.

Indywidualne wywiady pogłębione (IDI – Individual In-depth Interview)

Technikę IDI zastosowano w celu pozyskania pogłębionych opinii przedstawicieli instytucji odpowiedzialnych za programowanie, zarządzanie, wdrażanie i monitorowanie RPZ. Wywiady te dostarczyły wiedzy eksperckiej i instytucjonalnej na temat uwarunkowań realizacji programu, identyfikowanych wyzwań oraz skuteczności zastosowanych mechanizmów wsparcia i nadzoru.

IDI pozwoliły uchwycić kluczowe zagadnienia z poziomu systemowego, w tym:

- ocenę realizacji celów RPZ, w tym czynników wpływających na odstępstwa od założeń,
- analizę dynamiki zgłaszalności i rekrutacji, wraz z barierami i dodatkowymi czynnikami wpływającymi na uczestnictwo,
- ocenę efektywności kosztowej, poprzez porównanie nakładów z uzyskanymi efektami,
- identyfikację problemów instytucjonalnych związanych z zarządzaniem, monitorowaniem i wdrażaniem,
- ocenę działań rekrutacyjnych i naprawczych podejmowanych przez podmioty zaangażowane w realizację RPZ.

Dzięki zastosowaniu tej techniki możliwe było wskazanie luk systemowych i barier operacyjnych oraz sformułowanie zaleceń mających na celu usprawnienie przyszłych procesów wdrożeniowych.

Dobór próby miał charakter **celowy** – do badania zaproszono 5 przedstawicieli instytucji pełniących funkcje zarządcze i pośredniczące w ramach RPO WM 2014–2020:

- Instytucja Zarządzająca – Zarząd Województwa Mazowieckiego (przedstawiciel Departamentu Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich UMWM, odpowiedzialnego za programowanie i zarządzanie RPO oraz przedstawiciel Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej, odpowiedzialnego za opracowanie, aktualizację i ewaluację RPZ);
- **Instytucja Pośrednicząca – Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych (przedstawiciele Wydziałów:** Koordynacji EFS, Oceny Merytorycznej Wniosków EFS, Wdrażania Projektów EFS, odpowiedzialnych za ocenę, wybór, monitorowanie i rozliczanie projektów.

Celem było pozyskanie głosu przedstawicieli jednostek operacyjnych zaangażowanych w realizację poszczególnych etapów cyklu życia projektów RPZ. Umożliwiło to pozyskanie **perspektywy zarządczo-systemowej**, ukazującej:

- skuteczność mechanizmów planowania i monitorowania RPZ,
- trafność przyjętych rozwiązań w obszarze rekrutacji i selekcji projektów,
- skalę i charakter wyzwań związanych z nadzorem nad realizacją interwencji zdrowotnej,
- potencjał adaptacyjny instytucji w obliczu problemów wdrożeniowych.

Zebrane dane stanowią istotny wkład w budowanie wiedzy instytucjonalnej o wdrażaniu programów zdrowotnych i mogą służyć jako podstawa do doskonalenia narzędzi zarządzania i monitorowania w przyszłych edycjach RPZ.

Panel ekspertów

Panel ekspertów stanowił podsumowanie procesu badawczego i był ukierunkowany na pogłębioną, wielostronną analizę wyników ewaluacji RPZ. Jego celem była krytyczna refleksja nad skutecznością i efektywnością programu oraz wspólne wypracowanie praktycznych rekomendacji dotyczących przyszłych interwencji zdrowotnych.

W odróżnieniu od innych zastosowanych technik badawczych, panel nie koncentrował się na zbieraniu danych empirycznych, lecz na eksperckiej interpretacji zidentyfikowanych zjawisk i trendów oraz na transferze wiedzy praktycznej do rekomendacji dla instytucji wdrażających i projektujących polityki zdrowotne.

Dyskusja panelowa miała na celu:

- syntetyczną ocenę wyników badań ilościowych i jakościowych,
- identyfikację luk systemowych oraz dobrych praktyk,
- wypracowanie zaleceń usprawniających wdrażanie przyszłych edycji RPZ i programów pokrewnych.

Panel zgromadził **10 osób**: **ekspertów dziedzinowych** (m.in. w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości u dzieci), **realizatorów projektów RPZ** (personel terapeutyczny, edukatorzy zdrowotni), **przedstawicieli sektora edukacji** – kuratorium, **organizacji pacjenckich** (reprezentujących perspektywę rodzin i dzieci uczestniczących w programie). Dobór miał charakter **celowy**, zapewniający zróżnicowanie doświadczeń i kompetencji uczestników.

Eksperci odnieśli się do kwestii skuteczności i trwałości efektów programu, zaangażowania uczestników i placówek edukacyjnych, barier w realizacji oraz potrzeby wzmocnienia współpracy międzysektorowej. Panel dostarczył rekomendacji w zakresie:

- optymalizacji realizacji programów profilaktycznych i zdrowotnych dla dzieci,
- skuteczniejszego angażowania rodzin i szkół w działania zdrowotne,

- integracji działań międzysektorowych (zdrowie – edukacja – polityka społeczna),
- identyfikacji sprawdzonych rozwiązań, możliwych do wdrożenia w kolejnych edycjach RPZ.

Dodatkowo, wypracowane rekomendacje stanowiły podstawę do dalszej analizy i weryfikacji w ramach wywiadu grupowego z przedstawicielami IZ i IP, co zwiększyło ich walor aplikacyjny w kontekście przyszłego kształtowania interwencji systemowych.

Zogniskowany wywiad grupowy (FGI - Focus Group Interview)

Wywiad grupowy stanowił podsumowanie procesu zbierania i analizy danych. Jednym z kluczowych aspektów FGI było doprecyzowanie oraz dopracowanie rekomendacji wynikających z wcześniejszych analiz badawczych. Wywiad został przeprowadzony z pracownikami Instytucji Zarządzającej RPO WM 2014-2020 oraz Instytucji Pośredniczącej RPO WM 2014-2020 dla Osi Priorytetowej IX "Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem" RPO WM 2014-2020, tj. pracownikami:

- Departamentu Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego,
- Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM,
- Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych.

Wywiad umożliwił uwzględnienie praktycznych doświadczeń osób zaangażowanych w zarządzanie i wdrażanie RPZ oraz dostosowanie rekomendacji do realiów funkcjonowania instytucji. Podczas wywiadu zweryfikowano wykonalność poszczególnych rekomendacji, ich zakres oraz organizacyjne i proceduralne możliwości zwiększania skuteczności programów zdrowotnych.

Zastosowanie zróżnicowanych technik badawczych – od analizy danych zastanych, przez standaryzowane badania ankietowe, aż po pogłębione wywiady jakościowe – umożliwiło uchwycenie pełnego spektrum informacji niezbędnych do kompleksowej oceny RPZ. Metody ilościowe (CAWI, CATI) dostarczyły danych o charakterze przekrojowym i porównywalnym, pozwalających na analizę trendów i ocenę efektów programu wśród dużych grup respondentów. Z kolei techniki jakościowe (TDI, IDI, panel ekspertów, FGI) pozwoliły pogłębić rozumienie mechanizmów wdrażania programu, identyfikować bariery i wyzwania oraz sformułować rekomendacje systemowe. Ich wzajemne uzupełnianie się w ramach triangulacji danych, źródeł i perspektyw zapewniło rzetelność, spójność i wysoki poziom analitycznej trafności prowadzonych analiz.

4.4. Ujęcie terytorialne w analizie wyników badania

Zgodnie z założeniami metodologicznymi, wyniki oceny realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego przedstawiono z uwzględnieniem podziału terytorialnego województwa mazowieckiego, tj. rozróżnienia na dwa główne obszary: **Warszawski Stołeczny** oraz **Mazowsze Regionalne**. Dla obszaru Mazowsza Regionalnego dokonano dodatkowego podziału na poziomie subregionów statystycznych NTS 3, obejmujących: **subregion płocki, ciechanowski, ostrołęcki, siedlecki, radomski i żyrardowski**.

W analizie zastosowano podejście łączące dane zastane i wywołane, z zachowaniem zasad rzetelności i proporcjonalności interpretacyjnej. Podejście to opiera się na założeniu, że pełna terytorializacja możliwa jest przede wszystkim w odniesieniu do danych ilościowych, dla których dostępne są jednoznaczne informacje dotyczące lokalizacji projektów oraz przypisania uczestników do określonych obszarów. Ujęcie terytorialne objęło w szczególności:

1. **dane ze sprawozdań z realizacji RPZ, dot. mierników efektywności programu** – na poziomie projektu przypisano dane wskaźnikowe do odpowiednich subregionów, przy czym dla projektów realizowanych w kilku subregionach utworzono odrębną kategorię analizy, tj. projekty

ponadregionalne. Z uwagi na nierównomierne rozmieszczenie projektów oraz różną skalę ich realizacji, interpretacja wyników ma charakter opisowy, a nie porównawczy. Liczba projektów, które można przypisać do danego subregionu, jest następująca:

- Warszawski Stołeczny – 39 projektów,
- subregion płocki – 18 projektów,
- subregion ostrołęcki – 8 projektów,
- subregion radomski – 7 projektów,
- subregion siedlecki – 3 projekty,
- subregion ciechanowski – 1 projekt,
- subregion żyrardowski – 0 projektów (żaden z projektów objętych analizą nie był realizowany wyłącznie na terenie tego subregionu),
- projekty ponadregionalne – 17 projektów;

2. **wyniki ankiety CATI z rodzicami/opiekunami uczestników programu** – badaniem objęto 377 osób dobranych w sposób losowo-kwotowy, co zapewniło reprezentatywny udział w badaniu rodzicom/opiekunom dzieci ze wszystkich subregionów, w próbie znalazło się:
   - Warszawski Stołeczny – 163 respondentów,
   - subregion płocki – 80 respondentów,
   - subregion ostrołęcki – 34 respondentów,
   - subregion radomski – 40 respondentów,
   - subregion siedlecki – 37 respondentów,
   - subregion ciechanowski – 6 respondentów,
   - subregion żyrardowski – 17 respondentów;

3. **wyniki ankiety CAWI z beneficjentami** – na poziomie projektu przypisano wyniki ankiety do odpowiednich subregionów. Interpretacje wyników odnoszą się do charakterystyki i doświadczeń beneficjentów w podziale subregionalnym, jednak bez formułowania wniosków o charakterze generalizującym. Liczba projektów objętych badaniem w formie ankiety CAWI, jest następująca w poszczególnych subregionach:
   - Warszawski Stołeczny – 29 projektów,
   - subregion płocki – 16 projektów,
   - subregion ostrołęcki – 6 projektów,
   - subregion radomski – 4 projekty,
   - subregion siedlecki – 1 projekt,
   - subregion ciechanowski – 1 projekt,
   - subregion żyrardowski – 0 projektów (w badaniu w ramach ankiety CAWI nie wziął udział żaden beneficjent deklarujący realizację projektu na terenie tego subregionu).

W interpretacji **wyników jakościowych** przyjęto podejście **ogólnoregionalne**, bez rozdzielania analiz na poszczególne subregiony Mazowsza. Decyzja ta wynika z charakterystyki zgromadzonego materiału oraz założeń metodologicznych badania. Opinie uczestników, zwłaszcza rodziców i opiekunów dzieci biorących udział w programie, w dużej mierze powtarzają się i dotyczą uniwersalnych doświadczeń związanych z udziałem w interwencji – niezależnie od lokalizacji geograficznej. Zróżnicowanie wypowiedzi, jeśli występuje, ma przede wszystkim charakter indywidualny lub wynika z czynników środowiskowych (np. różnice między miejscowościami wiejskimi a miejskimi), a nie z przynależności do konkretnego subregionu statystycznego.

Z uwagi na eksploracyjny charakter badania jakościowego oraz celowy dobór próby, rozdzielanie wypowiedzi według subregionów mogłoby prowadzić do nadinterpretacji i fałszywego wnioskowania o terytorialnych różnicach w percepcji programu. Dlatego też, w trosce o rzetelność i adekwatność analizy, zdecydowano się na prezentację wniosków w ujęciu całościowym, odnoszącym się do całego obszaru objętego interwencją.

Przyjęta struktura analizy pozwala na uwzględnienie kontekstu terytorialnego realizacji Programu bez ryzyka nadinterpretacji danych w zakresie, w którym ich struktura i charakter nie pozwalają na pełne uogólnienia. Ujęcie subregionalne wzmacnia jednocześnie walor aplikacyjny raportu, umożliwiając identyfikację lokalnych potencjałów i barier w realizacji podobnych interwencji w przyszłości.

Dane obrazujące realizację programu w poszczególnych subregionach stanowią załącznik nr 7.1 do raportu.

4.5.Ograniczenia badania

Jednym z istotnych wyzwań, które wpłynęły na zakres i sposób analizy danych zastanych, była ograniczona dostępność sprawozdań z realizacji RPZ w układzie odpowiadającym strukturze programu. Zgodnie z założeniami, realizatorzy projektów powinni prowadzić sprawozdawczość nie tylko w odniesieniu do wymagań wynikających z umów o dofinansowanie i wytycznych programowych RPO WM, lecz także w oparciu o strukturę i mierniki zawarte w dokumencie RPZ. W praktyce jednak ten drugi wymiar raportowania nie był konsekwentnie realizowany, co wynikało z faktu, że mimo że obowiązek sprawozdawczości zgodnej z RPZ został formalnie wpisany do umów o dofinansowanie, to jego niedopełnieniu nie towarzyszyły żadne konsekwencje.

W niniejszym raporcie, dla 28 projektów, w których nie pozyskano sprawozdań zgodnych ze wzorem wskazanym w RPZ, w analizie poziomu osiągnięcia wybranych wskaźników efektywności wykorzystano dane zgromadzone w ramach systemu monitorowania postępu rzeczowego projektów współfinansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), zgodnie z zasadami określonymi w *Wytycznych w zakresie monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014–2020*[3] oraz załączniku nr 2 do Wytycznych, tj. *Wspólnej Liście Wskaźników Kluczowych 2014–2020 – EFS*. Dane te pochodzą z centralnego systemu teleinformatycznego SL2014 i obejmują m.in. informacje raportowane w ramach metryki uczestników oraz postępu rzeczowego (mierzonego wskaźnikami produktu i rezultatu). Ze względu na odmienną logikę konstrukcji wskaźników stosowanych w RPZ i wskaźników systemowych RPO WM, dane te nie są w pełni kompatybilne – tj. nie pokrywają się w zakresie definicji, tytułów oraz momentu pomiaru. Zostały jednak uwzględnione w analizie z zachowaniem transparentności źródeł i z sygnalizacją potencjalnych ograniczeń w zakresie ich porównywalności.

W celu zapewnienia rzetelności analizy przyjęto podejście oparte na triangulacji źródeł – w tym m.in. porównania danych z projektów, dla których dostępne były oba typy sprawozdań. Na tej podstawie ustalono, że wskaźnik „liczba osób zagrożonych ubóstwem lub wykluczeniem społecznym objętych usługami zdrowotnymi w programie” w zdecydowanej większości odpowiada liczbie dzieci objętych wsparciem w ramach RPZ.

Oprócz tego, z danych z systemu SL2014 udało się pozyskać częściowe informacje m.in. na temat liczby uczestników działań edukacyjnych oraz wzrostu poziomu wiedzy u dzieci i opiekunów. Mimo to dostępność danych na poziomie poszczególnych mierników efektywności RPZ była zróżnicowana.

[3] Wersja obowiązująca od 18.08.2020 r.

Aby zachować wartość analityczną raportu mimo częściowej niekompletności danych, w analizie przyjęto następujące podejścia:

- prezentowanie wyników z zaznaczeniem stopnia kompletności danych,
- podawanie liczby projektów uwzględnionych w analizie dla każdego miernika,
- wykorzystanie triangulacji danych zastanych z wynikami badań ilościowych i jakościowych,
- formułowanie wniosków z uwzględnieniem zakresu dostępnych danych,
- wizualizacja wyników z oznaczeniem poziomu dostępności danych,
- wskazanie rekomendacji dotyczących systemowego ujednolicenia i kompletności raportowania w przyszłych interwencjach.

Zidentyfikowane ograniczenia nie wpływają na możliwość sformułowania wniosków i rekomendacji, lecz stanowią ważny punkt odniesienia dla refleksji nad narzędziami monitorowania efektywności programów zdrowotnych realizowanych ze środków publicznych.

Podsumowując, przyjęta metodologia badawcza pozwoliła na kompleksową ocenę RPZ w sposób uwzględniający zarówno mierzalne efekty, jak i znaczenia przypisywane interwencji przez jej uczestników i realizatorów. Zastosowane podejście triangulacyjne – obejmujące różnorodne techniki, źródła danych oraz perspektywy – zapewniło spójność analityczną i umożliwiło wieloaspektową interpretację wyników. Dobór metod został podporządkowany logice adekwatności wobec celów badania oraz złożoności zjawisk analizowanych w ramach RPZ, co przełożyło się na użyteczność uzyskanych danych w kontekście formułowania trafnych i możliwych do wdrożenia rekomendacji.

5. Wyniki badania

W niniejszym rozdziale przedstawiono wyniki badania ewaluacyjnego RPZ, uzyskane na podstawie analiz ilościowych i jakościowych, zgodnie z podejściem metodologicznym opisanym w poprzedniej części raportu. Rezultaty zostały pogrupowane zgodnie z układem pytań problemowych oraz celami badania, co pozwala na spójną interpretację danych w odniesieniu do poszczególnych obszarów ewaluacji. Wyniki uwzględniają zarówno informacje pochodzące z danych zastanych i badań ankietowych, jak i pogłębione wnioski z wywiadów i analiz jakościowych. Taka konstrukcja umożliwia nie tylko ocenę stopnia osiągnięcia efektów i wskaźników programu, ale także zrozumienie mechanizmów i uwarunkowań jego realizacji – w tym barier, dobrych praktyk oraz trwałości zmian uzyskanych dzięki interwencji.

Wyniki badania zostały uporządkowane zgodnie z kluczowymi obszarami ewaluacyjnymi, co umożliwia kompleksową i logiczną prezentację rezultatów. Rozdział rozpoczyna się od analizy skuteczności programu, w której przedstawiono stopień realizacji zakładanych celów zdrowotnych oraz efekty osiągnięte przez uczestników. Następnie omówiono kwestie efektywności kosztowej, wskazując relację pomiędzy nakładami finansowymi a uzyskanymi rezultatami. Kolejna część dotyczy dostępności i jakości świadczeń, ze szczególnym uwzględnieniem barier uczestnictwa oraz subiektywnych ocen użytkowników dotyczących przebiegu interwencji.

W rozdziale uwzględniono również analizę użyteczności programu z perspektywy uczestników, odwołując się do ich zadowolenia, ocen przydatności oraz wpływu RPZ na codzienne funkcjonowanie. Następnie omówiono trwałość efektów programu, uwzględniając zarówno zmiany w zachowaniach zdrowotnych, jak i perspektywy kontynuacji pozytywnych rezultatów po zakończeniu udziału.

W części poświęconej organizacji i zarządzaniu programem zaprezentowano wnioski dotyczące wdrażania, nadzoru, współpracy instytucjonalnej i barier realizacyjnych. Przedstawione dane i interpretacje stanowią podstawę do sformułowania wniosków i rekomendacji zawartych w końcowych częściach raportu.

5.1. Liczbowy zasięg i przebieg RPZ: od zgłoszenia do zakończenia udziału

Proces interwencji obejmował główne etapy: nabór uczestników, kwalifikację do programu na podstawie przyjętych kryteriów, udział w działaniach terapeutycznych i edukacyjnych oraz ukończenie programu. Etapy te odpowiadają strukturze logicznej RPZ oraz układowi mierników, które służą ocenie realizacji programu na poziomie operacyjnym.

Analiza opiera się przede wszystkim na danych pochodzących ze sprawozdań z realizacji RPZ, uzupełnionych o dane na temat produktów i rezultatów projektów gromadzone w systemie SL2014, a także o dane ilościowe i jakościowe pozyskane od realizatorów oraz uczestników projektów.

W RPZ założono mierniki efektywności, odzwierciedlające kluczowe etapy procesu interwencji – od momentu aplikacji do programu (miernik 1), przez kwalifikację (mierniki 2 i 3) i udział (miernik 4 i 5), aż po jego zakończenie (miernik 6). Analiza osiągniętych wartości mierników pozwala ocenić, w jakim stopniu program dotarł do założonej grupy docelowej i umożliwił przeprowadzenie pełnego cyklu wsparcia, stanowiąc tym samym fundament oceny skuteczności całej interwencji.

Dla każdego miernika wskazano odsetek projektów, w których jego wartość była możliwa do ustalenia na podstawie danych pochodzących ze wskazanych źródeł (tabela 2).

Tabela 2 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące kluczowych etapów interwencji, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N= 93, w tym n=34 dla modułu dotyczącego otyłości, n=67 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:	**16 753**	**70**
1.1. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości	4 954	53
1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa	11 799	73
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne)[4] i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne)[5], w tym:	**14 060**	**70**
2.1. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości	3 475	53
2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa	10 505	73
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne)	**2 540**	**70**
4. Liczba uczestników programu w tym:	**19 665**	**100**
4.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości	5 976	91
4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	12 835	96
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	**722**	**71**
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program w tym:	**9 794**	**55**
6.1. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości	2 523	38
6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa	7 271	60

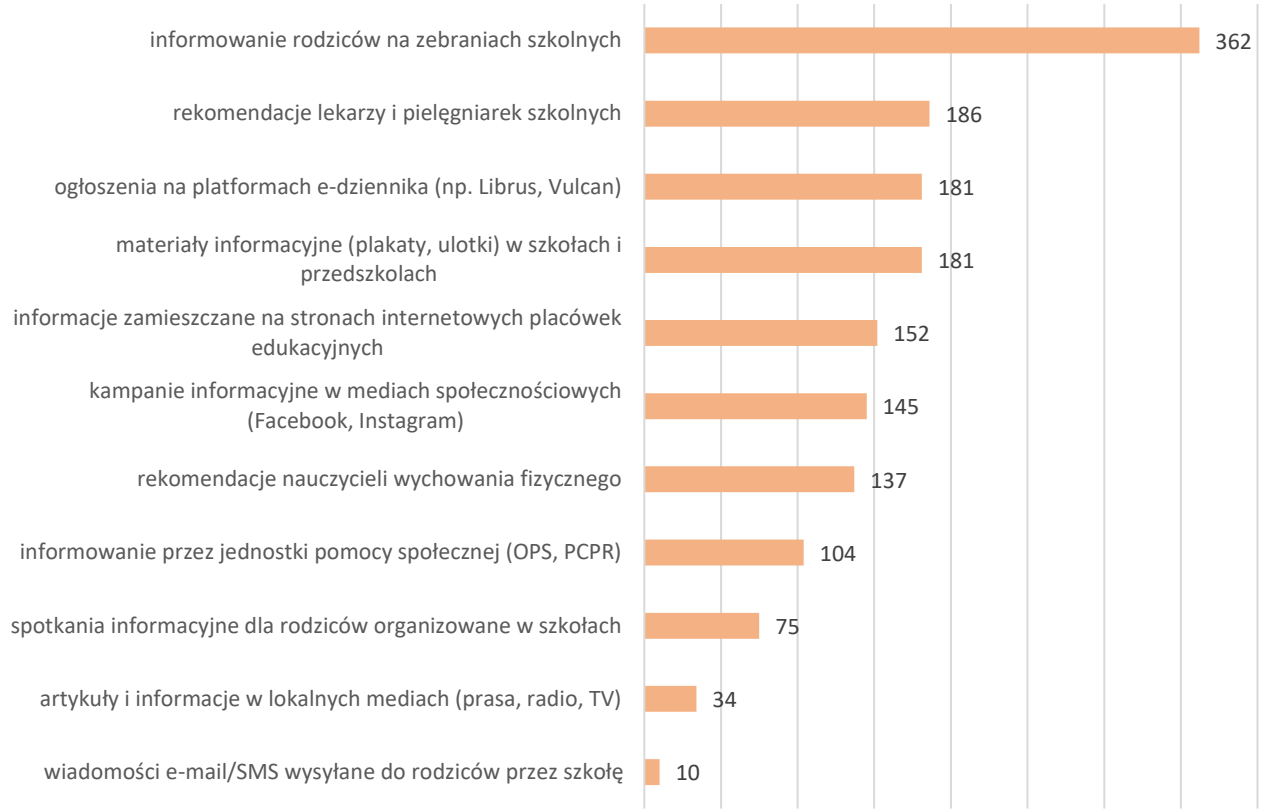
źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

[4] **Kryteria formalne włączenia do programu zgodnie z RPZ:**
1. Przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu wypełnionego druku świadomej zgody na udział w programie. 2. Przedłożenie beneficjentowi przez rodzica/opiekuna uczestnika programu podpisanego oświadczenia, że dziecko wymienione w świadomej zgodzie na udział w programie nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program. 3. Uczestnik programu w momencie kwalifikacji musi być uczniem klas I-VI szkoły podstawowej. 4. Uczestnik programu w momencie kwalifikacji uczęszcza do placówki oświatowej znajdującej się na terenie województwa mazowieckiego.
[5] **Kryteria medyczne włączenia do programu zgodnie z RPZ:**
5. Potwierdzona u uczestnika otyłość w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego otyłości lub potwierdzona u uczestnika choroba kręgosłupa w przypadku aplikowania do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa. Weryfikacja tych kryterium nastąpi na podstawie: 1) weryfikacji przedstawionej dokumentacji medycznej potwierdzającej otyłość lub chorób kręgosłupa uczestnika lub/i 2) badania podczas kwalifikacji uczestników. 6. U uczestnika programu w momencie aplikowania nie występują medyczne przeciwskazania do pobierania świadczeń udzielanych w ramach programu.

Zgłoszenia do programu (miernik 1) odnotowano łącznie w liczbie **16 753 dzieci**, przy czym udział modułów był nierównomierny: na moduł dotyczący otyłości przypadało 4 954 zgłoszeń, a na moduł dotyczący chorób kręgosłupa – 11 799. Dane te dostępne były dla 70% projektów ogółem, z wyraźnie wyższą kompletnością w module kręgosłupa (73%) niż w module otyłości (53%). Sugeruje to pewną dysproporcję w zakresie sprawozdawczości między modułami, ale wynika również z różnic w liczbie realizowanych projektów w obu modułach (moduł dotyczący chorób kręgosłupa był realizowany w ramach 67 projektów, moduł otyłości – 34 projektów).

Wyniki badania ankietowego CATI z rodzicami/opiekunami (N=377) potwierdzają kluczową rolę placówek edukacyjnych w skutecznym dotarciu z informacją o programie. Niemal wszyscy respondenci (362 osoby, tj. 96%) wskazali,, że dowiedzieli się o naborze na zebraniu szkolnym, a niemal połowa wymieniła dodatkowo platformy e-dziennika oraz materiały informacyjne w szkołach (po 181 wskazań, tj. 48%). Znaczącą rolę odegrały też rekomendacje pielęgniarek szkolnych (186 wskazań, tj. 49%), nauczycieli WF-u (173 wskazań, tj. 36%) oraz kampanie w mediach społecznościowych (145 wskazań, tj. 38%). Dane te dowodzą, że **zastosowano wielokanałową strategię informacyjną**, która skutecznie mobilizowała różne środowiska – edukacyjne, medyczne i lokalne – do aktywnego włączania rodziców w proces rekrutacji. Ilustruje to wykres 1.

Wykres 1 Źródła informacji o programie według deklaracji rodziców/opiekunów (CATI, N=377)



źródło: opracowanie własne

Wnioski z badania CATI pozwalają dodatkowo osadzić analizę danych zgłoszeniowych w szerszym kontekście skuteczności działań informacyjno-promocyjnych. Respondenci zostali zapytani nie tylko o to, skąd faktycznie dowiedzieli się o Programie, ale również, **jakie kanały informacji uznaliby za najbardziej trafne i efektywne**.

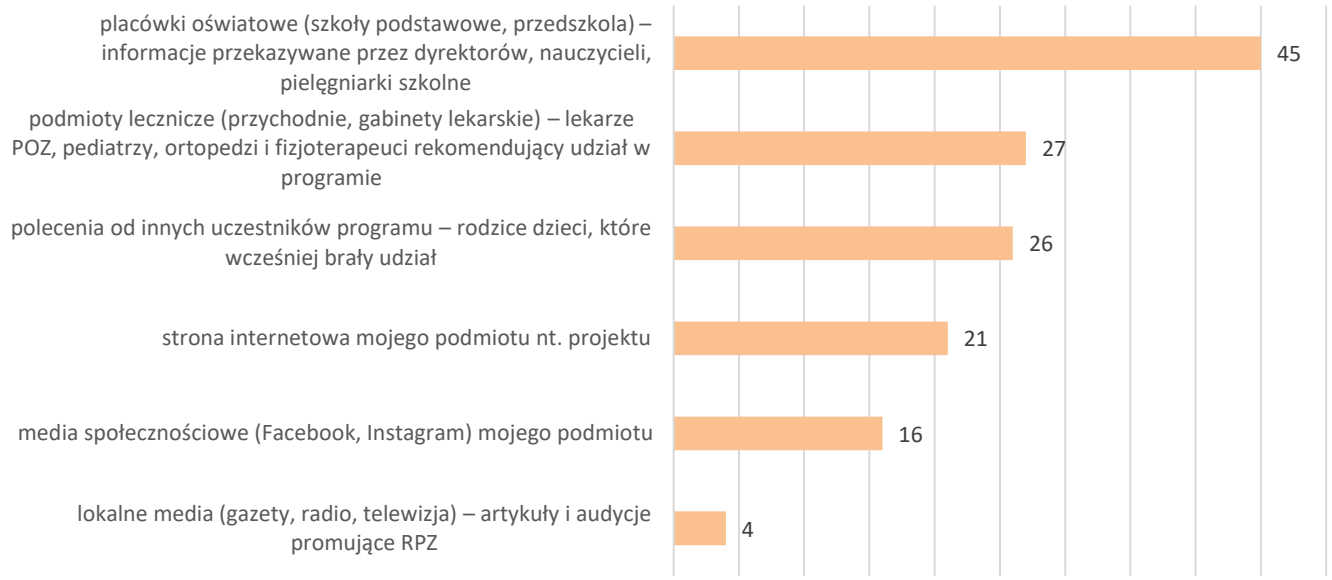
Zestawienie odpowiedzi na oba pytania wskazuje na **wysoki poziom zgodności pomiędzy rzeczywistymi a preferowanymi źródłami informacji**. Informowanie rodziców na zebraniach szkolnych, komunikacja za pośrednictwem e-dzienników oraz rekomendacje ze strony personelu edukacyjnego i medycznego to zarówno najczęściej wskazywane źródła wiedzy o programie, jak i te uznawane za najbardziej adekwatne. Taki układ odpowiedzi świadczy o trafnym zaplanowaniu i wdrożeniu działań promocyjnych, które zostały dobrze dostosowane do nawyków komunikacyjnych i oczekiwań grupy docelowej.

Warto zauważyć, że kanały o bardziej masowym zasięgu – takie jak media lokalne czy kampanie w mediach społecznościowych – zostały wskazane rzadziej, zarówno jako faktyczne, jak i preferowane źródła informacji. Może to świadczyć o ograniczonym wpływie tych kanałów na proces rekrutacji oraz o silnym zakorzenieniu form komunikacji opartych na bezpośrednim kontakcie szkoły z rodzicami.

Trafność doboru narzędzi rekrutacyjnych potwierdzają również wypowiedzi uczestników wywiadów telefonicznych (TDI), w których podkreślano prostotę przekazu, przejrzystość zasad oraz fakt, że informacja o programie dotarła do nich w sposób zrozumiały, bezpośredni i odpowiednio wcześnie. Wypowiedzi badanych jednoznacznie wskazują, że zgłoszenie dziecka do programu nie wiązało się z barierami proceduralnymi, a sam proces był odbierany jako prosty, zrozumiały i dobrze zorganizowany. Dominowało przekonanie o celowości udziału, a komunikacja – zwłaszcza za pośrednictwem wychowawców i pedagogów – była oceniana jako skuteczna i empatyczna. Brak zgłaszanych trudności z dokumentacją oraz pozytywne doświadczenia z pierwszego kontaktu z programem sugerują, że rekrutacja była **nie tylko efektywna ilościowo**, ale również **przyjazna użytkownikom** – co mogło przełożyć się na wysoki poziom rzeczywistego udziału dzieci w kolejnych etapach interwencji.

Perspektywa realizatorów projektów, zebrana w badaniu CAWI (N=57 projektów), potwierdza wnioski płynące z doświadczeń rodziców. Najczęściej wskazywanym źródłem skutecznego dotarcia do uczestników były placówki oświatowe (szkoły i przedszkola), w tym dyrektorzy, nauczyciele oraz pielęgniarki szkolne (45 wskazań). Istotną rolę odegrały również rekomendacje personelu medycznego (27) oraz pozytywne opinie innych rodziców (26), co podkreśla znaczenie efektu „kuli śnieżnej” i wpływu doświadczeń z poprzednich edycji. Wykorzystywano także własne kanały informacyjne realizatorów – strony internetowe (21), media społecznościowe (16) – choć ich skuteczność oceniana była jako umiarkowana. Szczegółowe wyniki prezentuje wykres 2.

Wykres 2 Skuteczność źródeł informacji o programie według realizatorów projektów (CAWI, N=57 projektów)

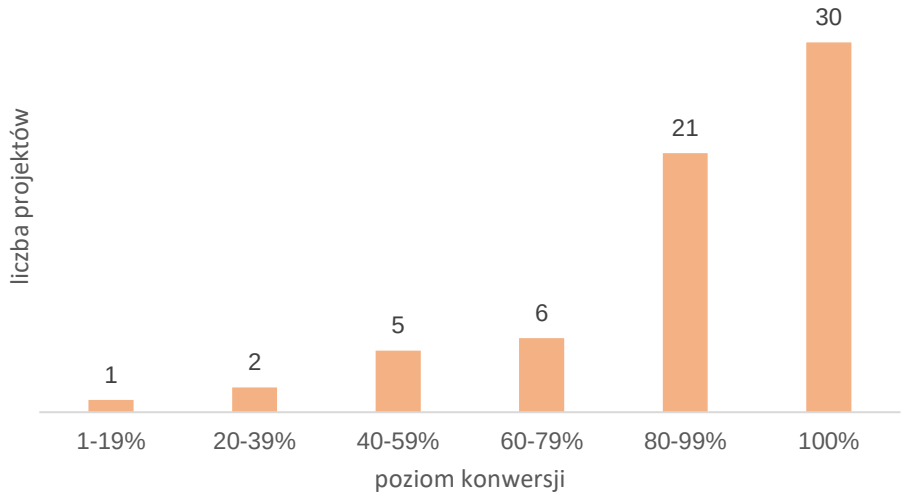


Zestawienie tych trzech perspektyw – danych administracyjnych, relacji opiekunów i doświadczeń realizatorów – wskazuje na **dużą spójność oceny skuteczności działań informacyjnych i rekrutacyjnych**, co wzmacnia trafność wniosków. Potwierdzono, że rekrutacja została przeprowadzona w sposób efektywny, dostępny i dostosowany do rzeczywistych warunków życia rodzin z dziećmi – co jest jednym z kluczowych warunków skutecznej realizacji programu zdrowotnego.

Z łącznej liczby aplikujących **84% dzieci (tj. 14 060)** **przeszło pozytywnie weryfikację kryteriów formalnych i przystąpiło do oceny medycznej (miernik 2)**. Wartość ta potwierdza relatywnie wysoką skuteczność naboru, przy czym także tutaj widoczna jest różnica między modułami: **w module otyłości było to 3 475 dzieci** (przy danych dostępnych dla 53% projektów), a **w module chorób kręgosłupa – 10 505** (przy danych dostępnych dla 73% projektów).

Dla 65 projektów, w których dostępne były dane dla obu wskaźników, określono **poziom konwersji**. Konwersja odnosi się do relacji pomiędzy liczbą osób aplikujących do programu (miernik 1) a liczbą osób, które spełniły kryteria formalne i przystąpiły do kwalifikacji medycznej (miernik 2). Wskaźnik ten odzwierciedla skuteczność procesu rekrutacyjno-selekcyjnego – czyli w jakim stopniu działania informacyjne i kryteria naboru przełożyły się na realne zakwalifikowanie do udziału w programie. Uzyskane wyniki prezentuje wykres 3.

Wykres 3 Poziom konwersji zgłoszeń do RPZ na zakwalifikowanych uczestników (n=65 projektów)



źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ

Wyniki pokazują, że w większości projektów **poziom konwersji zgłoszeń na zakwalifikowanych uczestników był bardzo wysoki**, co świadczy o sprawnym funkcjonowaniu procesu rekrutacyjnego i wysokiej zgodności zgłoszeń z kryteriami programu. Średni poziom konwersji wyniósł 88%, a mediana 96%, co oznacza, że w połowie projektów co najmniej 96% osób aplikujących przeszło pozytywnie kwalifikację formalną i zostało skierowanych do dalszej oceny medycznej.

W aż 30 projektach (niemal połowie objętych analizą) odnotowano pełną konwersję (100%), co może świadczyć o bardzo precyzyjnym doborze grupy docelowej oraz skutecznej komunikacji zasad kwalifikacji.

Jednocześnie występują pojedyncze przypadki wyraźnie niższych wartości (najniższy poziom konwersji: 16%), które mogą wskazywać na trudności w dostosowaniu działań rekrutacyjnych do wymogów programu lub na nieprecyzyjne rozpoznanie wstępnych kwalifikacji u kandydatów. Dane te pokazują, że choć większość projektów osiągnęła wysoką skuteczność w rekrutacji, w części przypadków proces ten mógł wymagać doprecyzowania lub dodatkowego wsparcia informacyjnego.

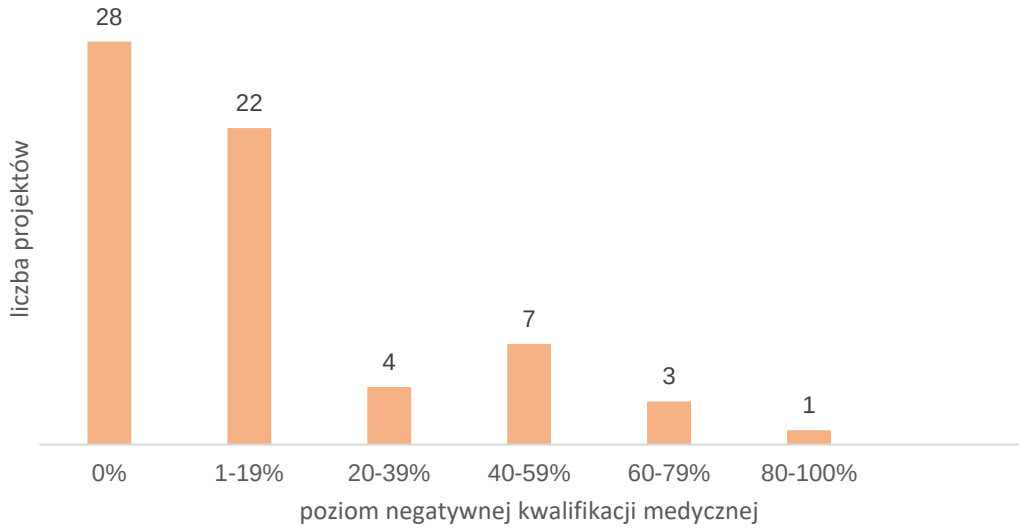
Dane jakościowe uzyskane w wywiadach z opiekunami dzieci uczestniczących w programie uzupełniają ten obraz. Respondenci nie wskazywali na jakiekolwiek trudności związane z procedurą kwalifikacyjną. Kryteria formalne – jak wynika z relacji – były jasno przedstawione, a ich spełnienie nie stanowiło dla rodzin przeszkody. Z kolei elementy związane z oceną zdrowia dziecka (kwalifikacją medyczną) najczęściej przyjmowały postać prostego badania wstępnego, które nie było postrzegane jako bariera. Choć niekiedy wspominano o wykryciu nieprawidłowości zdrowotnych, relacje nie sugerują istnienia zjawiska powszechnego wykluczania z udziału ze względu na niespełnienie kryteriów medycznych.

Z perspektywy opiekunów kwalifikacja przebiegała sprawnie i była rozumiana jako etap organizacyjny, nie selekcyjny. Oznacza to, że dla znacznej części uczestników i ich rodzin udział w programie był traktowany jako niemal pewny już od momentu zgłoszenia – co znajduje swoje odzwierciedlenie we wskaźnikach wysokiej konwersji.

Odnotowano **2 540 przypadków niespełnienia kryteriów medycznych (miernik 3)**, co wskazuje na pewien poziom trafności wstępnej selekcji. Dla 65 projektów, w których dostępne były dane zarówno dla

miernika 2, jak i miernika 3, określono **poziom negatywnej kwalifikacji medycznej**. Wskaźnik ten odnosi się do relacji pomiędzy liczbą osób zakwalifikowanych do oceny medycznej (miernik 2) a liczbą tych, które ostatecznie nie spełniły kryteriów zdrowotnych określonych w RPZ (miernik 3). Pokazuje on, jaki odsetek uczestników został wykluczony z dalszego udziału na etapie oceny medycznej, mimo spełnienia warunków formalnych. Uzyskane wyniki prezentuje wykres 4.

Wykres 4 Poziom negatywnej kwalifikacji medycznej (n=65 projektów)



źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ

Interpretacja tego wskaźnika pozwala ocenić trafność wstępnej selekcji rekrutacyjnej: niższy poziom odrzuceń medycznych może świadczyć o lepszym dopasowaniu działań informacyjnych i naboru do celów interwencji, natomiast wyższy – o rozbieżnościach między oczekiwaniami a rzeczywistym stanem zdrowia uczestników. Średni poziom wskaźnika negatywnej kwalifikacji medycznej wyniósł **14,5%**, a mediana **6%**, co oznacza, że w co drugim analizowanym projekcie mniej niż 6% osób zakwalifikowanych formalnie zostało wykluczonych z udziału w programie ze względu na niespełnienie kryteriów zdrowotnych.

W aż 28 projektach (ponad 40% z objętych analizą) nie odnotowano żadnego przypadku niespełnienia kryteriów zdrowotnych na etapie kwalifikacji medycznej, co może świadczyć **o trafnym ukierunkowaniu rekrutacji** – zarówno pod względem komunikacji warunków uczestnictwa, jak i dotarcia do odpowiednio dobranej grupy docelowej. Z drugiej strony, w kilku projektach wskaźnik przekraczał **50%**, a w jednym przypadku sięgnął aż **87%**, co może wskazywać na nieprecyzyjne dopasowanie działań rekrutacyjnych do założeń programu lub trudności w zrozumieniu kryteriów medycznych przez osoby aplikujące. Tego rodzaju rozbieżności sugerują potrzebę bardziej precyzyjnej synchronizacji między etapem informacyjnym a kwalifikacją zdrowotną.

Wypowiedzi opiekunów dzieci nie wskazują, aby etap kwalifikacji medycznej był postrzegany jako trudny, selektywny lub wykluczający. W relacjach badanych etap ten zazwyczaj nie był szeroko komentowany, co samo w sobie może potwierdzać jego operacyjną przejrzystość i niewielką problematyczność. Tam, gdzie pojawiały się odniesienia do weryfikacji zdrowotnej, dotyczyły one przede wszystkim uzyskania potwierdzenia potrzeby udziału dziecka w zajęciach lub zdiagnozowania wcześniej nierozpoznanych problemów zdrowotnych.

Brak odniesień do sytuacji wykluczenia dziecka z programu na etapie kwalifikacji medycznej w relacjach opiekunów może świadczyć o tym, że **przypadki niespełnienia kryteriów zdrowotnych były**

jednostkowe. Jednocześnie daje to podstawy do wniosku, że rekrutacja była prowadzona w sposób wspierający udział dzieci, a nie ograniczający go. W praktyce oznaczało to, że szkoły, wychowawcy i rodzice kierowali do programu dzieci realnie potrzebujące wsparcia – np. z nadwagą, trudnościami w zakresie postawy, czy obniżoną aktywnością fizyczną.

Wyniki wskazują, że nie stosowano nadmiernie restrykcyjnych interpretacji kryteriów zdrowotnych ani formalnych, a **proces zgłoszeń i kwalifikacji przebiegał bez zbędnych barier administracyjnych**. Zamiast koncentrować się wyłącznie na przypadkach najbardziej zaawansowanych problemów zdrowotnych, program umożliwiał udział szerokiej grupie dzieci, które mogły skorzystać z interwencji – nawet jeśli ich stan zdrowia nie był skrajnie poważny. Takie podejście, ukierunkowane na profilaktykę o praktyczne dopasowanie pomocy do potrzeb, mogło przyczynić się do niskiego poziomu negatywnej kwalifikacji medycznej oraz wysokiego odsetka dzieci rozpoczynających udział w programie.

Kluczowym etapem interwencji był faktyczny **udział w programie (miernik 4)**. **Liczba uczestników programu wyniosła łącznie 19 665** (dane ze 100% projektów), z czego 5 976 uczestniczyło w module otyłości (dane z 91% projektów), a 12 835 w module chorób kręgosłupa (dane z 96% projektów)[6]. Warto podkreślić, że dane dotyczące faktycznego uczestnictwa w programie (miernik 4) okazały się znacznie bardziej kompletne niż dane o liczbie osób aplikujących (miernik 1) – dostępne były odpowiednio dla 91% i 96% projektów, podczas gdy dane o zgłoszeniach pochodziły jedynie z 70% projektów (53% dla modułu otyłości i 73% dla kręgosłupa). Różnica ta wynika przede wszystkim z odmiennych źródeł danych: podczas gdy informacje o zgłoszeniach dostępne były wyłącznie w sprawozdaniach RPZ, dane o liczbie uczestników można było uzupełnić na podstawie raportowania wskaźników produktu i rezultatu w systemie SL2014. Tym samym większa liczba osób objętych programem niż osób, które do niego aplikowały, to przede wszystkim **rezultat różnej dostępności danych, a nie rzeczywistej dysproporcji** między zgłoszeniami a uczestnictwem.

Wyniki analizy jakościowej potwierdzają, że udział dzieci w działaniach programowych miał charakter rzeczywisty, a nie deklaratywny. Opiekunowie opisują zaangażowanie dzieci w zajęcia – zarówno ruchowe (np. gimnastyka korekcyjna, basen), jak i edukacyjne – jako regularne i dobrze zorganizowane. Udział w programie był często odbierany jako konkretna i dostępna forma wsparcia dla dzieci z problemami zdrowotnymi, co przekładało się na pozytywną motywację do uczestnictwa. Brak relacji świadczących o trudnościach z rozpoczęciem zajęć sugeruje, że proces przejścia od kwalifikacji do udziału przebiegał płynnie.

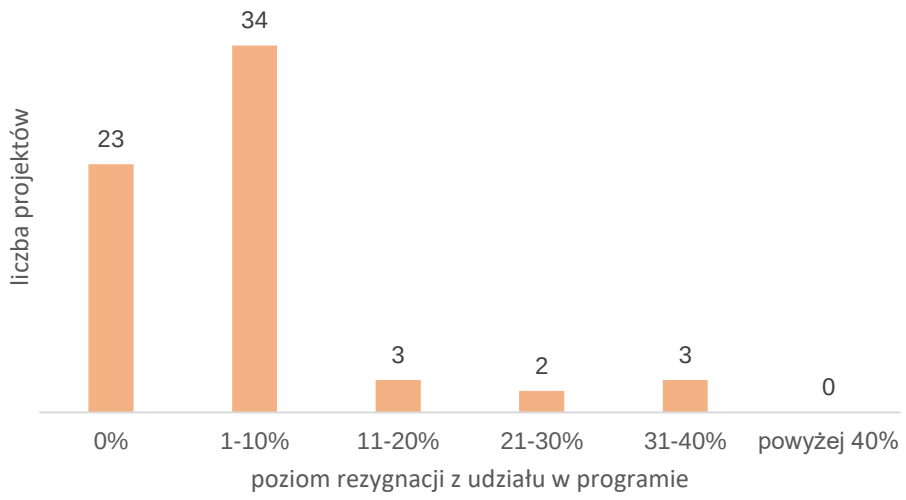
Wypowiedzi wskazują też na wysoką akceptację programu przez opiekunów, którzy często doceniali jego kompleksowość i to, że nie wymagał od nich nadmiernego zaangażowania organizacyjnego. W niektórych przypadkach pojawiała się wręcz wdzięczność za stworzenie okazji do udziału w wartościowej i bezpłatnej interwencji, dostępnej lokalnie i zorganizowanej w sposób przyjazny dzieciom i rodzinom.

Dane dotyczące **rezygnacji z udziału w programie (miernik 5)** były dostępne dla 65 projektów i wskazują, że **722 osoby zrezygnowały z dalszego uczestnictwa**. Wartość ta, choć stosunkowo niewielka, wymaga ostrożnej interpretacji, ze względu na niepełną sprawozdawczość[7] oraz brak kompletnych informacji o powodach rezygnacji. W tych nielicznych sprawozdaniach z realizacji RPZ, w których realizatorzy w ogóle zwierali informacje o przyczynach rezygnacji, ich opisy były uproszczone

[6] Dane o ogólnej liczbie uczestników są dostępne dla wszystkich projektów, natomiast w przypadku 3 z 8 projektów, w których realizowano oba moduły, nie są dostępne dane o liczbie uczestników w podziale na moduły, stąd dostępność danych dla miernika 4.1. i 4.2. nie jest pełna.
[7] Dla części projektów dostępne dane dotyczą pojedynczych lat realizacji, co oznacza, że rezygnacji z udziału w programie mogło być więcej, z uwzględnieniem lat, dla których sprawozdania z realizacji RPZ nie są dostępne.

(np. „kolidowanie z innymi zajęciami", „choroba") i nie zawierały szerszego uzasadnienia. Dla 65 projektów, w których dostępne były dane zarówno dla miernika 4 (liczba uczestników programu), jak i miernika 5 (liczba rezygnacji), obliczono **wskaźnik rezygnacji z udziału w programie**. Wskaźnik ten odnosi się do relacji pomiędzy liczbą osób, które rozpoczęły udział w programie, a liczbą tych, które zrezygnowały z dalszego uczestnictwa przed jego zakończeniem. Pokazuje on, jaki odsetek uczestników nie ukończył interwencji z własnej decyzji lub z przyczyn losowych, mimo formalnego i medycznego zakwalifikowania się do programu. Uzyskane wyniki prezentuje wykres 5.

Wykres 5 Poziom rezygnacji uczestników projektów z udziału w RPZ (n=65)



źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ

Średni poziom wskaźnika rezygnacji wyniósł 5,3%, a mediana 2%, co oznacza, że w co drugim projekcie udział w interwencji przerwało nie więcej niż 2% uczestników. **W 23 projektach (ponad 35% analizowanych przypadków) nie odnotowano żadnej rezygnacji**, co – przy zastrzeżeniu dotyczącym niekompletnych danych – sugeruje wysoką stabilność udziału i skuteczne utrzymanie zaangażowania beneficjentów przez cały czas trwania programu.

W pojedynczych przypadkach rezygnacje obejmowały jednak znacznie większy odsetek uczestników – maksymalna wartość wskaźnika wyniosła **39%**. Wysoki poziom rezygnacji może wskazywać na trudności organizacyjne, niepełne dopasowanie form interwencji do potrzeb uczestników lub występowanie barier, które utrudniły kontynuację udziału mimo pozytywnej kwalifikacji.

Zebrane dane jakościowe potwierdzają tę ogólną tendencję. Respondenci niemal jednogłośnie podkreślali, że dzieci uczęszczały na zajęcia regularnie i nie przerywały udziału. Opiekunowie nie wspominali o jakichkolwiek sytuacjach rezygnacji – ani w odniesieniu do swoich dzieci, ani do innych uczestników. W wielu wypowiedziach pojawiało się poczucie, że program został dobrze dopasowany do codziennego rytmu życia rodzin, a zajęcia były dostępne i atrakcyjne dla dzieci, co sprzyjało utrzymaniu uczestnictwa.

Choć pojedyncze osoby wspominały o trudnościach logistycznych, np. związanych z dojazdem czy zmęczeniem dziecka, nie były one postrzegane jako na tyle poważne, by skutkowały przerwaniem udziału. To sugeruje, że działania realizatorów – zarówno w zakresie organizacji zajęć, jak i komunikacji z rodzinami – skutecznie minimalizowały ryzyko rezygnacji.

Dane dotyczące **liczby uczestników, którzy ukończyli program zgodnie ze ścieżką interwencji zaplanowaną w RPZ (miernik 6)**, cechują się istotnym stopniem braków. **Ukończenie programu** potwierdzono w przypadku **9 794 uczestników** (dane z 51, tj. 55% projektów). Również tutaj widać różnicę między modułami – w module otyłości program ukończyło 2 523 dzieci (dane z 38% projektów), a w module chorób kręgosłupa – 7 271 (dane z 60% projektów).

Aby oszacować, jak skutecznie program utrzymywał uczestników w procesie aż do jego zakończenia, a tym samym – w jakim stopniu możliwe było pełne wdrożenie przewidzianych działań terapeutycznych, edukacyjnych i diagnostycznych, obliczono **wskaźnik ukończenia udziału w programie**. Wskaźnik ten odnosi się do relacji pomiędzy liczbą osób, które rozpoczęły udział w programie (miernik 4), a liczbą tych, które zrealizowały wszystkie jego etapy zgodnie ze ścieżką interwencji opisaną w RPZ (miernik 6). Odzwierciedla on zarówno organizacyjną efektywność realizatorów, jak i rzeczywiste możliwości oraz motywacje uczestników.

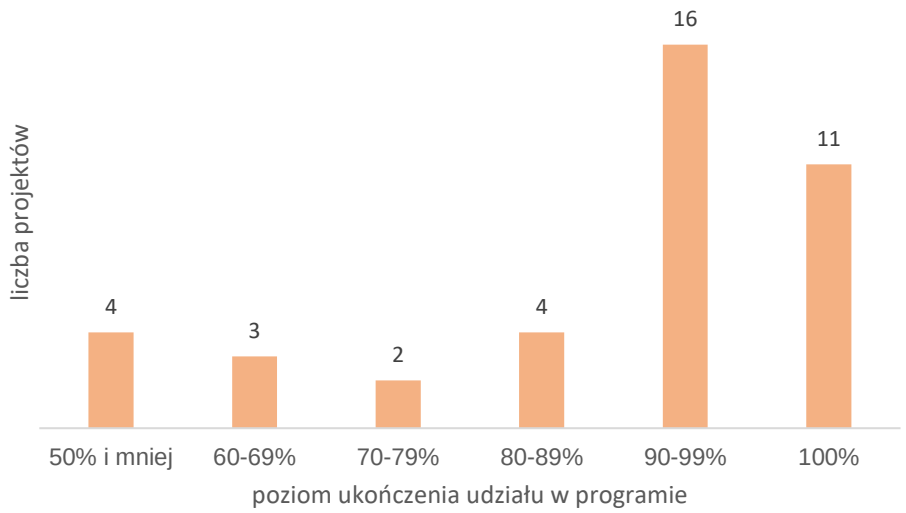
Przed analizą wartości wskaźnika ukończenia udziału w programie, należy wyjaśnić **dużą rozbieżność między liczbą osób, które zakwalifikowano do udziału w programie (miernik 4) a liczbą tych, które go ukończyły (miernik 6)**. Zgodnie z danymi ze sprawozdań z realizacji RPZ, rozbieżność ta wynosi 9 871 osób – co oznacza, że w świetle dostępnych danych program ukończyła zaledwie połowa osób, która została do niego zakwalifikowana. Powyższy wniosek należy jednak traktować z ostrożnością, ponieważ dane sprawozdawcze, na których się opiera, nie zawsze były kompletne i spójne – w przypadku części projektów brakowało jednolitych informacji na temat zakończenia ścieżki wsparcia przez poszczególnych uczestników, a także jednoznacznego stosowania definicji „ukończenia programu" przez realizatorów. Należy również uwzględnić, że w niektórych przypadkach dane te mogły być raportowane z opóźnieniem lub w oparciu o różne momenty pomiaru.

Można ponadto wskazać kilka czynników, które mogły negatywnie wpływać na szanse zakończenia udziału w programie. Należały do nich m.in.: brak motywacji uczestników lub ich rodzin, problemy z frekwencją (np. wynikające z trudności logistycznych, braku elastyczności terminów zajęć), niedostateczne dopasowanie programu do indywidualnych potrzeb dziecka (np. wiek, specyfika problemu zdrowotnego), a także sytuacje losowe (np. choroby, zmiana szkoły). Wszystkie te czynniki mogły przyczynić się do znacznego zmniejszenia liczby dzieci, które przeszły przez pełną ścieżkę wsparcia i zostały uwzględnione w mierniku 6.

W celu zwiększenia rzetelności analizy, **liczbę projektów, dla których obliczono wskaźnik ukończenia udziału w programie, ograniczono do 40**, kierując się kryterium kompletności danych odnoszących się poziomu osiągnięcia miernika 6. Za kompletne uznawano dane pochodzące ze sprawozdań z realizacji RPZ złożonych za cały okres trwania danego projektu – tj. obejmujących wszystkie lata jego realizacji. Tylko w takich przypadkach można przyjąć z dużym prawdopodobieństwem, że liczba wskazana w mierniku 6 obejmuje wszystkich uczestników, którzy przeszli pełną ścieżkę programu, a nie jedynie jego część (np. pierwszy rok realizacji lub etap rekrutacyjny). Ograniczenie próbki do 40 projektów pozwoliło zachować rzetelność i spójność porównawczą danych, choć jednocześnie oznacza, że prezentowane wnioski należy traktować jako reprezentatywne jedynie dla tej części projektów, w których zachowana została pełna sprawozdawczość RPZ.

Wartości, jakie przyjmuje wskaźnik ukończenia udziału w programie dla 40 objętych analizą projektów, prezentuje wykres 6.

Wykres 6 Poziom ukończenia udziału w programie przez uczestników projektów (n=40)



źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ

Uzyskane wartości wskaźnika ukończenia udziału w programie wskazują na **wysoki poziom utrzymania uczestnictwa do końca interwencji**. Średni poziom wskaźnika wyniósł 87,2%, a mediana 93,5%, co oznacza, że w połowie projektów co najmniej 93,5% uczestników, którzy rozpoczęli udział w programie, zrealizowało go w pełnym zakresie – zgodnie ze ścieżką interwencji opisaną w RPZ.

W 11 projektach wskaźnik wyniósł 100%, co oznacza pełną retencję – wszyscy uczestnicy, którzy zostali zakwalifikowani, przeszli przez wszystkie etapy programu. Takie wyniki świadczą o dużym zaangażowaniu zarówno uczestników, jak i realizatorów oraz o sprzyjających warunkach organizacyjnych i operacyjnych. W dolnym zakresie rozkładu odnotowano jednak wyraźne spadki – w kilku projektach wskaźnik wyniósł poniżej 60%, co może wskazywać na trudności w utrzymaniu ciągłości udziału, np. z powodu barier logistycznych, niskiej motywacji lub niedopasowania interwencji do potrzeb beneficjentów. Najniższa wartość wskaźnika wyniosła 43%.

Wnioski z analizy sugerują, że mimo ogólnie wysokiego poziomu ukończenia programu, w części przypadków warto przyjrzeć się czynnikom wpływającym na rezygnację lub niepełną realizację ścieżki wsparcia – zwłaszcza w kontekście potencjalnego różnicowania warunków realizacji w zależności od lokalizacji, dostępności kadry czy stopnia zaangażowania instytucji partnerskich.

Wnioski z wywiadów z opiekunami dzieci potwierdzają, że **program był przez uczestników doprowadzany do końca**. Respondenci odnosili się do zakończenia zajęć jako do naturalnego etapu, a nie efektu przerwania udziału. W relacjach nie pojawiały się informacje o rezygnacjach w końcowej fazie programu czy przedwczesnym zakończeniu interwencji. Nawet w sytuacjach, w których dzieci miały trudności z systematycznym uczęszczaniem, finał programu był opisywany jako domknięty i zapamiętany.

Wypowiedzi wskazują też, że dzieci miały poczucie uczestnictwa w czymś spójnym i całościowym – co mogło sprzyjać utrzymaniu motywacji aż do końca interwencji. To z kolei potwierdza, że program był nie tylko dobrze zaprojektowany organizacyjnie, ale również komunikowany w sposób, który sprzyjał domknięciu procesu udziału – zarówno w oczach dzieci, jak i ich rodziców.

Podsumowując, na podstawie dotychczasowej analizy, obejmującej ilościową i jakościową charakterystykę wartości mierników efektywności od 1 do 6, można stwierdzić, że RPZ skutecznie wypełnił swoje funkcje operacyjne – zapewnił szeroki, dobrze ukierunkowany i zrealizowany udział dzieci w interwencji – co stanowi fundament do dalszej oceny efektów zdrowotnych i edukacyjnych, które zostaną omówione w kolejnych częściach raportu.

Należy jednak zaznaczyć, że analizy prowadzone były na zbiorach danych o zróżnicowanym poziomie kompletności – w szczególności, ocena miernika 6 była możliwa jedynie w ograniczonej liczbie projektów, dla których dostępne były kompletne sprawozdania z realizacji RPZ. W związku z tym prezentowane wnioski należy interpretować z uwzględnieniem tego metodologicznego zastrzeżenia.

Po ustaleniu, że RPZ z powodzeniem zapewnił szeroki i operacyjnie sprawny udział uczestników, możliwe jest przejście do analizy, w jakim stopniu interwencja ta przełożyła się na realizację założonych celów zdrowotnych i edukacyjnych.

5.2. Skuteczność programu

Skuteczność Regionalnego Programu Zdrowotnego oceniana jest w odniesieniu do stopnia realizacji jego celu głównego oraz celów szczegółowych. Głównym celem interwencji była **poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości na terenie województwa mazowieckiego w latach 2018–2023**. Cel ten rozumiany był jako efekt kompleksowego wsparcia obejmującego działania medyczne, fizjoterapeutyczne i edukacyjne, ukierunkowane na wczesne wykrywanie schorzeń, interwencję terapeutyczną oraz wzmacnianie świadomości zdrowotnej wśród dzieci i ich opiekunów.

Cele szczegółowe RPZ odnosiły się do trzech głównych obszarów, w podziale ma moduł dotyczący otyłości oraz moduł dotyczący chorób kręgosłupa (tabela 3):

Tabela 3 Cel główny oraz cele szczegółowe RPZ w podziale na moduły

Cel główny RPZ: Poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach 2018-2023.	
Cele szczegółowe	
moduł dotyczący otyłości	**moduł dotyczący chorób kręgosłupa**
Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego w latach 2018-2023	Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego w latach 2018-2023.
Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem w ramach modułu dotyczącego otyłości w latach 2018-2023.	Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem w ramach modułu dotyczącego chorób kręgosłupa w latach 2018-2023.
Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej z województwa mazowieckiego w latach 2018-2023	Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w grupie docelowej z województwa mazowieckiego w latach 2018-2023

źródło: opracowanie własne na podstawie RPZ

Ocena skuteczności Regionalnego Programu Zdrowotnego koncentruje się na tym, w jakim stopniu udało się zrealizować zakładane cele główne i szczegółowe interwencji. Szczególną uwagę poświęcono efektom zdrowotnym uzyskanym wśród uczestników – w tym zmianom w zakresie masy ciała, postawy ciała, aktywności fizycznej oraz poziomu wiedzy dotyczącej zdrowego stylu życia.

Analiza uwzględnia również skuteczność w kontekście wczesnego wykrywania problemów zdrowotnych i adekwatności działań podejmowanych w odpowiedzi na zidentyfikowane potrzeby. Dane sprawozdawcze zostały zestawione z wynikami badań ankietowych i pogłębionych wywiadów, co umożliwiło spojrzenie na skuteczność zarówno w wymiarze ilościowym, jak i jakościowym – poprzez osobiste doświadczenia uczestników oraz oceny przedstawicieli instytucji realizujących program.

5.2.1. Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ – moduł dotyczący otyłości

W niniejszej części zaprezentowano analizę danych dotyczących realizacji celów szczegółowych RPZ w zakresie profilaktyki i leczenia otyłości wśród dzieci. Ocenie poddano przede wszystkim skuteczność programu w zakresie:

- wykrywania wcześniej niezdiagnozowanej otyłości,
- efektów komponentu edukacyjnego skierowanego do dzieci i ich opiekunów, oraz wzrostu wiedzy prozdrowotnej,
- uzyskania mierzalnych efektów zdrowotnych w postaci spadku masy ciała.

Analiza obejmuje **34 projekty realizowane w module dotyczącym otyłości**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 4) oraz wyniki badań jakościowych i ilościowych, które umożliwiają interpretację skuteczności programu nie tylko w ujęciu liczbowym, ale także w kontekście doświadczeń uczestników i realizatorów.

Tabela 4 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w zakresie dotyczącym otyłości, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=34 projektów dla modułu dotyczącego otyłości)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**8 764**	**71**
7.1. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości	1 971	56
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**26 632**	**70**
12.1. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:	5 944	41
12.1.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	2 987	41
12.1.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	2 957	41
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**6 932**	**70**
14.1. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości	1 449	50
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**10 568**	**62**
15.1. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	3 222	50
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**11 313**	**77**
16.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	3 071	50
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**6 675**	**58**
17.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	1 378	41

źródło: opracowanie własne

* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne, przy czym N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=34 dla modułu dotyczącego otyłości

Analiza mierników opiera się na danych pochodzących ze sprawozdań z realizacji RPZ oraz z systemu SL2014, jednak w porównaniu do mierników 1–6, dostępność i jednolitość tych danych okazały się ograniczone. Z tych względów wyniki analizy mierników w tej części należy traktować jako szacunkowe i ilustracyjne, pomocne w ocenie kierunków i zakresu działań, ale nie jako dokładne i w pełni porównywalne dane ilościowe.

Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego w latach 2018-2020

Wzrost wykrywalności otyłości wśród dzieci był jednym z kluczowych celów szczegółowych RPZ, odpowiadającym na pilną potrzebę zdrowia publicznego zidentyfikowaną w województwie mazowieckim. Jak wynika z diagnozy epidemiologicznej zawartej w RPZ, otyłość w wieku dziecięcym osiągnęła niepokojące rozmiary – w szczególności w regionie mazowieckim, gdzie odsetek dzieci z nadwagą i otyłością należał do najwyższych w kraju. Co istotne, otyłość w wieku rozwojowym wiąże się nie tylko z ryzykiem poważnych zaburzeń metabolicznych i układu ruchu, ale także z trwałym utrwaleniem złych wzorców zdrowotnych, skutkujących chorobami przewlekłymi w dorosłości.

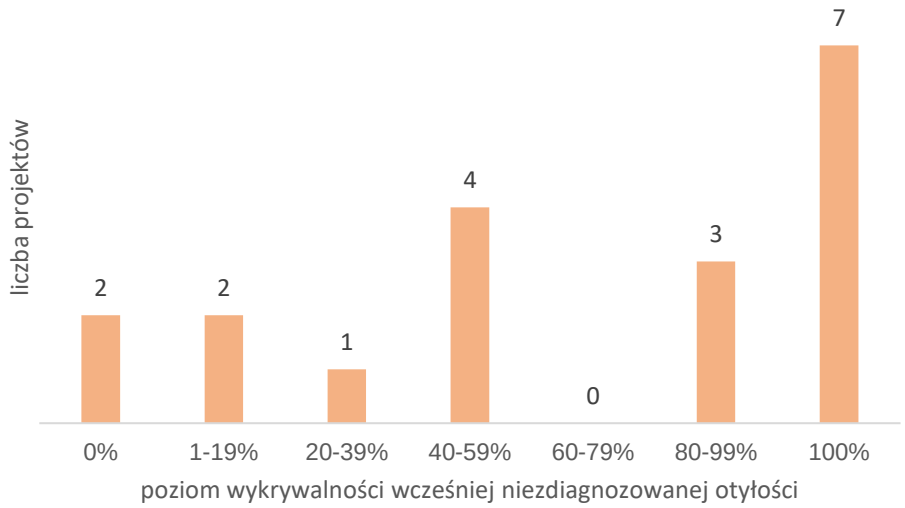
W tym kontekście RPZ nie koncentrował się wyłącznie na leczeniu już zdiagnozowanych przypadków otyłości, lecz **w także na ich wykrywaniu – w tym u dzieci, które wcześniej nie zostały objęte żadną interwencją diagnostyczną ani terapeutyczną**. Takie podejście wpisuje się w założenia profilaktyki pierwszorzędowej i stanowi odpowiedź na zidentyfikowaną lukę systemową w zakresie rutynowych badań przesiewowych. Wzrost liczby nowo zidentyfikowanych przypadków otyłości traktowany jest zatem jako wskaźnik efektywności programu – nie tylko z uwagi na jego operacyjną skuteczność w dotarciu do grupy ryzyka, ale przede wszystkim z powodu jego roli we wczesnym włączeniu dzieci do dalszego wsparcia terapeutycznego i edukacyjnego.

Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika 7.1 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości wykrytych w ramach RPZ. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w relacji do liczby uczestników, którzy spełnili kryteria włączenia, oraz w odniesieniu do danych populacyjnych i epidemiologicznych.

Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości (miernik 4.1.) wyniosła 5 976 (dane dla 31 z 34 projektów), natomiast liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości (miernik 7.1.) wyniosła 1 971 (dane dla 19 z 34 projektów). W analizie uwzględniono 19 z 34 projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości, dla których dostępne były jednocześnie dane dotyczące liczby uczestników (miernik 4.1.) oraz liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości wykrytej w toku programu (miernik 7.1.). Na tej podstawie obliczono **wskaźnik wykrywalności**, rozumiany jako odsetek dzieci, u których zdiagnozowano otyłość w ramach programu, spośród wszystkich uczestników biorących udział w module otyłości. Wskaźnik ten stanowi przybliżoną miarę zdolności RPZ do identyfikowania nieujawnionych wcześniej problemów zdrowotnych w obszarze otyłości i tym samym – jego skuteczności w realizacji funkcji przesiewowej i diagnostycznej.

Wartości, jakie przyjmuje wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości dla 19 objętych analizą projektów, prezentuje wykres 7.

Wykres 7 Poziom wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości wśród uczestników projektów (n=19 projektów)



Wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości przyjął dla analizowanych 19 projektów zróżnicowane wartości – od 0% do 100%. **Średnia wartość wskaźnika wyniosła 64,2%, a mediana 83,7%,** co oznacza, że w połowie projektów rozpoznanie niezdiagnozowanej wcześniej otyłości dotyczyło co najmniej 84% uczestników.

W 7 projektach wskaźnik wyniósł 100%, co oznacza, że wszyscy uczestnicy zostali zidentyfikowani jako przypadki wcześniej niezdiagnozowanej otyłości. Może to świadczyć o bardzo skutecznym ukierunkowaniu rekrutacji na dzieci z niezidentyfikowanym problemem zdrowotnym lub o niskim poziomie wcześniejszej diagnostyki w danym środowisku. Z kolei w dwóch projektach nie wykryto żadnego nowego przypadku – mimo udziału łącznie niemal 200 dzieci – co może sugerować udział głównie dzieci już objętych wcześniejszym rozpoznaniem lub też niedokładność w dokumentowaniu danych.

Zróżnicowanie wartości wskaźnika pomiędzy projektami może wynikać z wielu czynników, takich jak: lokalne uwarunkowania zdrowotne, skuteczność wstępnej selekcji uczestników, praktyki diagnostyczne realizatorów oraz jakość dokumentacji. Pomimo tych różnic, uzyskane wyniki wskazują, że RPZ w znaczącej części przypadków przyczynił się do identyfikacji wcześniej nierozpoznanych problemów z zakresu otyłości, co potwierdza realizację jednego z jego kluczowych celów szczegółowych.

Uzyskany średni wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości na poziomie 64,2% (przy medianie 83,7%) należy interpretować nie tylko jako wartość bezwzględną, ale również w kontekście danych epidemiologicznych wskazujących na skalę problemu w województwie mazowieckim.

Według danych przywołanych w RPZ, **częstość występowania otyłości** wśród dzieci w Polsce wynosi ok. 17–22%, przy czym w województwie mazowieckim odsetek ten jest jeszcze wyższy – **sięga aż 32%,** co czyni je regionem o największym rozpowszechnieniu otyłości w kraju[8]. Zakładając, że w grupie uczestników programu wskaźnik ten byłby porównywalny (lub wyższy, ze względu na profilaktyczne

[8] Za: Regionalny Program Zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego: Kerney Alicja i inni: „Otyłość u dzieci i młodzieży. Poradnik dla rodziców.”, Instytut Matki i Dziecka, ISBN: 978-83-88767-70-8;

ukierunkowanie interwencji), można przyjąć, że wśród 5 976 uczestników 34 projektów w module dotyczącym otyłości, problem ten statystycznie mógł dotyczyć około 1 900 dzieci. Tymczasem w samych 19 projektach, dla których dostępne były kompletne dane, zidentyfikowano aż 1 502 przypadki wcześniej nierozpoznanej otyłości, co odpowiada **77,5% wykryć** względem liczby uczestników w tych projektach.

Osiągnięte wyniki potwierdzają, że **RPZ skutecznie docierał do dzieci z grupy ryzyka, co świadczy o prawidłowym działaniu mechanizmów rekrutacyjnych oraz zgodności selekcji uczestników z założeniami programu**. Wysoki odsetek przypadków otyłości i wad postawy stwierdzonych w toku udziału w RPZ nie musi oznaczać, że program pełnił funkcję diagnostyczną w sensie populacyjnym, lecz raczej wskazuje na trafność przyjętych kryteriów kwalifikacji i skuteczność procesu naboru.

Tym samym **RPZ odegrał istotną rolę w kierowaniu wsparcia do dzieci**, które wymagały interwencji zdrowotnej, również w środowiskach o ograniczonym dostępie do profilaktyki i systematycznych badań. Program uzupełniał systemowe narzędzia rozwiązywania problemów zdrowotnych w ramach ograniczonej, celowo dobranej populacji.

W relacjach rodziców (wywiady TDI) znalazły się również przykłady sytuacji, w których dopiero uczestnictwo dziecka w programie pozwoliło na identyfikację wcześniej nierozpoznanych przypadków otyłości. W jednym z wywiadów rodzic wskazał, że w toku badań przeprowadzonych w ramach programu stwierdzono u dziecka insulinoodporność – co było dla rodziny zaskoczeniem i wiązało się z koniecznością zmiany diety oraz szerszej reorganizacji stylu życia.

Choć takie bezpośrednie odniesienia nie były powszechne we wszystkich rozmowach, to wspomniany przykład potwierdza, że program mógł pełnić realną funkcję diagnostyczną, identyfikując przypadki wymagające dalszych interwencji zdrowotnych. Co istotne, nie pojawiły się relacje wskazujące na wcześniejszą świadomość stanu zdrowia dziecka w tym zakresie, co może świadczyć o efektywności programu jako narzędzia wczesnego wykrywania schorzeń związanych z otyłością.

Wnioski te znajdują również potwierdzenie w **opiniach realizatorów projektów** w ramach RPZ. W badaniu CAWI w przypadku 17 spośród 57 projektów wskazano „lepszą diagnostykę i wykrywanie wad postawy oraz otyłości" jako jeden z głównych efektów realizacji programu. Oznacza to, że niemal w jednej trzeciej przypadków respondenci dostrzegli bezpośredni wpływ programu na poprawę identyfikacji niezdiagnozowanych wcześniej problemów zdrowotnych. Taka zgodność między danymi ilościowymi, opiniami rodziców oraz oceną realizatorów wzmacnia wiarygodność wniosku, iż RPZ rzeczywiście przyczynił się do zwiększenia wykrywalności otyłości – zarówno poprzez działania diagnostyczne, jak i poprzez skuteczne dotarcie do rodzin, które wcześniej mogły nie mieć świadomości istnienia problemu.

W świetle powyższego, można uznać, że **cel szczegółowy RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego, został osiągnięty w sposób dość wyraźny** – nie tylko dzięki samemu objęciu dużej liczby dzieci badaniami, ale przede wszystkim dzięki skuteczności tych działań w identyfikowaniu nowych przypadków klinicznych – z zastrzeżeniem, że program nie pełnił funkcji diagnostycznej w sensie populacyjnym, lecz raczej uzupełniał systemowe narzędzia diagnozowania i rozwiązywania problemów zdrowotnych w ramach ograniczonej, celowo dobranej populacji.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem

Jednym z celów szczegółowych RPZ była poprawa poziomu wiedzy uczestników i ich rodziców/opiekunów na temat zdrowego stylu życia, ze szczególnym uwzględnieniem profilaktyki otyłości. Cel ten odzwierciedlał założenie, że skuteczna interwencja zdrowotna wymaga nie tylko działań

terapeutycznych, ale również edukacyjnych, które umożliwią trwałą zmianę nawyków i postaw zdrowotnych u dzieci i ich rodzin.

Zgodnie z zapisami RPZ, przyjęcie tego celu wynikało z potrzeby przeciwdziałania otyłości nie tylko poprzez działania diagnostyczne i interwencyjne, ale przede wszystkim poprzez budowanie świadomości i kompetencji zdrowotnych już od najmłodszych lat. Program zakładał, że wzrost wiedzy uczestników – zarówno dzieci, jak i ich opiekunów – może prowadzić do bardziej świadomych wyborów żywieniowych, zwiększenia codziennej aktywności fizycznej oraz większego zaangażowania rodzin w profilaktykę i kontrolę masy ciała.

Tym samym cel ten miał charakter zarówno bezpośredni (zwiększenie wiedzy na temat otyłości), jak i pośredni – wspierający realizację celu głównego programu, jakim była poprawa stanu zdrowia dzieci w województwie mazowieckim. Edukacja zdrowotna miała również służyć utrwaleniu efektów interwencji oraz wzmocnieniu potencjału dzieci i ich rodzin do kontynuacji prozdrowotnych działań po zakończeniu udziału w RPZ.

W module dotyczącym otyłości działania edukacyjne kierowano bezpośrednio do dzieci uczestniczących w programie oraz – w formie uzupełniającej – do ich rodziców i opiekunów. Ich celem było nie tylko przekazanie wiedzy o czynnikach ryzyka i sposobach zapobiegania otyłości, ale także rozwijanie świadomości dotyczącej znaczenia codziennej aktywności fizycznej, zrównoważonego odżywiania i regularnej kontroli stanu zdrowia.

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych (miernik 12.1),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.1),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.1),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.1).

Należy zaznaczyć, że w wielu przypadkach dane dotyczyły jedynie części okresu realizacji projektu (np. tylko jednego roku), co sprawia, że np. w danym projekcie w momencie sprawozdawania nie przeprowadzono jeszcze pełnego cyklu edukacyjnego wraz z pomiarem zmian poziomu wiedzy. Nie ma też pełnej jasności co do sposobu, w jaki szacowano wartości mierników – w szczególności w przypadku miernika 12 (liczba wykonanych badań ankietowych), dane nie wskazują jednoznacznie, czy realizatorzy raportowali liczbę *rozdystrybuowanych* ankiet, *zebranych* odpowiedzi, czy też liczbę *przeprowadzonych pomiarów*.

Niemniej jednak wspólna analiza wymienionych mierników umożliwia w pewnym stopniu ocenę skuteczności komponentu edukacyjnego w zakresie faktycznej zmiany poziomu wiedzy dzieci i opiekunów uczestniczących w interwencji.

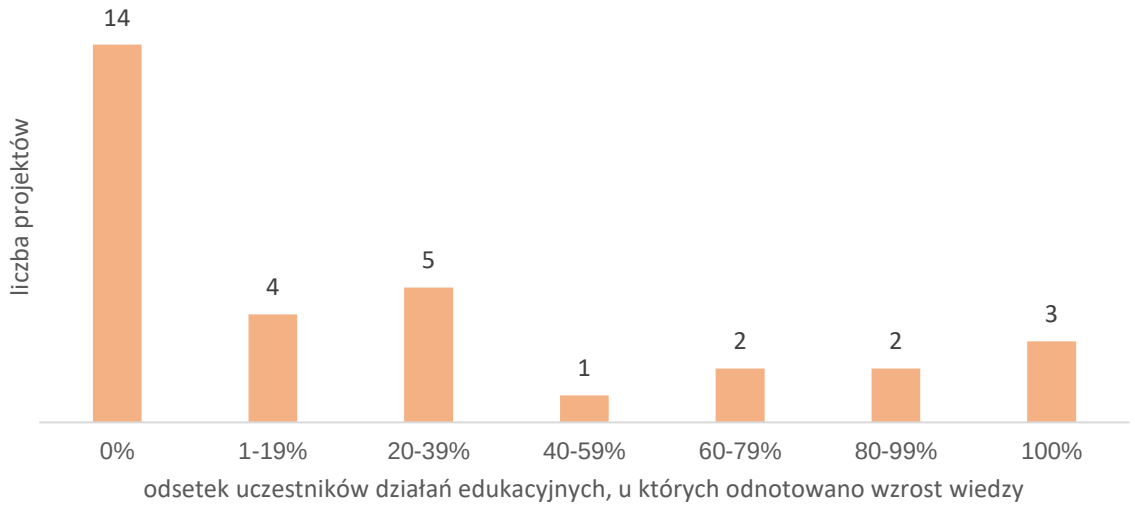
W module otyłości odnotowano realizację 9 639 badań ankietowych – 5 358 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.1.1) oraz 4 281 po ich zakończeniu (miernik 12.1.2).

Mierniki dotyczące efektów edukacyjnych w zakresie wzrostu poziomu wiedzy uczestników oraz ich opiekunów są kluczowe z punktu widzenia oceny skuteczności programu w zakresie budowania świadomości zdrowotnej. Niestety, dane zgromadzone na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ oraz monitorowania wskaźników w systemie SL2014 cechują się w przypadku efektów edukacyjnych

wysokim poziomem niespójności, co w znacznym stopniu ogranicza możliwość ich wiarygodnej interpretacji.

Na podstawie dostępnych danych dla 31 projektów, w których znana była liczba uczestników działań edukacyjnych oraz liczba osób, u których odnotowano wzrost wiedzy (mierniki od 15 do 17), określono dla każdego z projektów **wskaźnik skuteczności edukacyjnej**, rozumiany jako odsetek osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, u których odnotowano wzrost wiedzy. Dane o osiągniętych wartościach wskaźnika przedstawia wykres 8.

Wykres 8 Liczba projektów w podziale na poziom wzrostu wiedzy wśród uczestników działań edukacyjnych w module dotyczącym otyłości (n=31)



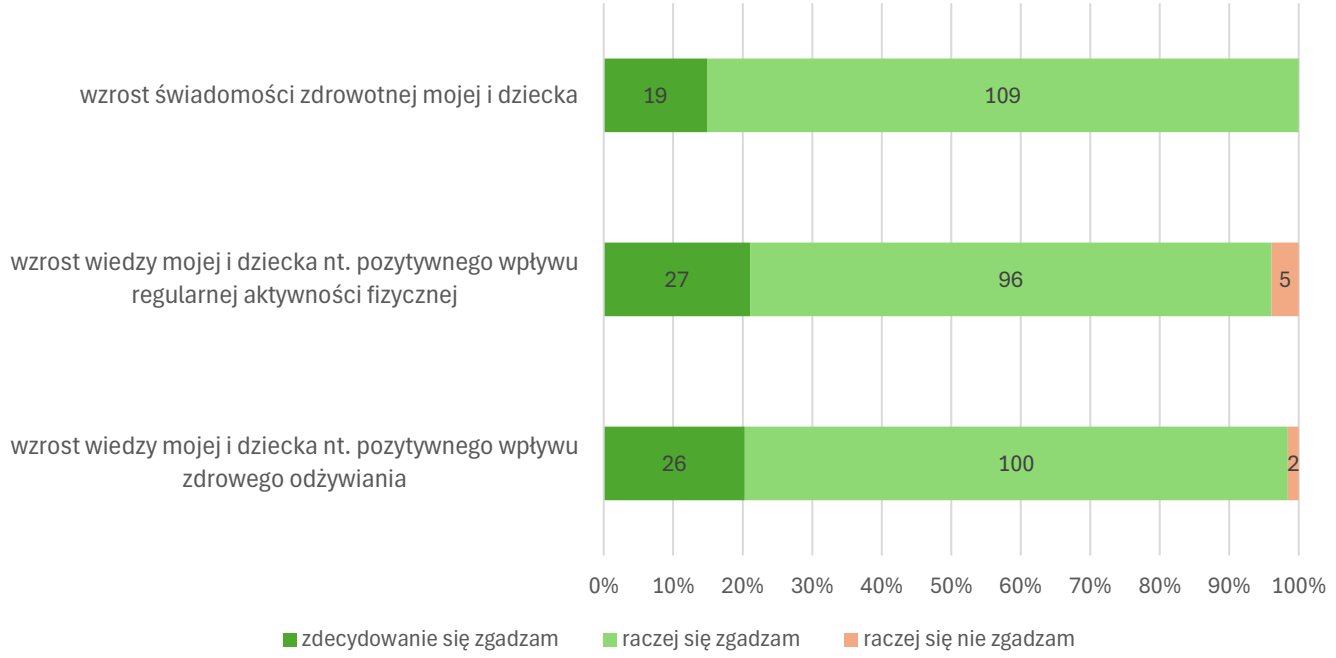
Na podstawie uzyskanych wyników można wskazać następujące wnioski ilościowe:

- **średnia wartość wskaźnika skuteczności edukacyjnej** wyniosła **28,2%**,
- **mediana tego wskaźnika** ukształtowała się na poziomie **7%**, co oznacza, że w połowie projektów wzrost wiedzy odnotowano u nie więcej niż 7% uczestników,
- w 14 z 31 projektów **nie odnotowano żadnego wzrostu wiedzy**, co może świadczyć o niewłaściwej metodologii pomiaru, braku danych lub rzeczywistej nieskuteczności działań edukacyjnych w tej grupie,
- z kolei **w 3 projektach** wzrost wiedzy odnotowano **u wszystkich uczestników** działań edukacyjnych.

Powyższe dane wymagają ostrożnej interpretacji z uwagi na wspomnianą wcześniej niespójność raportowania oraz trudność w ustaleniu jednolitych podstaw metodologicznych pomiaru wiedzy.

Pomimo opisanych ograniczeń, uzyskane wyniki znajdują częściowe potwierdzenie w deklaracjach rodziców dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości, zebranych w badaniu CATI (dane przedstawia wykres 9).

Wykres 9 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym otyłości (n=128 osób)



Zdecydowana większość z 128 respondentów zadeklarowała, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci:

- **126 osób (98%)** zgodziło się ze stwierdzeniem, że wzrosła ich wiedza na temat wpływu zdrowego odżywiania,
- **123 osoby (96%)** potwierdziły wzrost wiedzy w zakresie regularnej aktywności fizycznej,
- **128 osób (100%)** zadeklarowało wzrost ogólnej świadomości zdrowotnej.

Wyniki te stanowią silny sygnał, że mimo niespójności raportowych i metodologicznych, efekt edukacyjny programu był realnie dostrzegalny przez jego uczestników. Opinie rodziców pozwalają tym samym wzmocnić interpretację uzyskanych danych wskaźnikowych – wskazując, że działania edukacyjne w module dotyczącym otyłości mogły przynieść faktyczną, choć trudną do precyzyjnego pomiaru, poprawę poziomu wiedzy zdrowotnej w grupie docelowej.

Choć wyniki badania CATI wskazują na wyraźnie dostrzegalny przez rodziców efekt edukacyjny programu, to w materiałach jakościowych z wywiadów indywidualnych (TDI) komponent ten był wspominany był przez rodziców **stosunkowo rzadko i zazwyczaj w sposób ogólny.** Jednocześnie, na podstawie wyników badania CAWI wśród **realizatorów projektów** można stwierdzić, że w przypadku znacznej **większości projektów (42 z 57, czyli 75%) realizatorzy dostrzegają efekty programu w postaci zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**. Wnioski te korespondują z celami edukacyjnymi RPZ i wzmacniają interpretację uzyskanych danych ilościowych i jakościowych – pomimo niespójności w raportowaniu mierników, a także ograniczonych odniesień do działań edukacyjnych w relacjach rodziców.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych i jakościowych można stwierdzić, że cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym otyłości został **zrealizowany częściowo**.

Z jednej strony, dane sprawozdawcze dotyczące efektów edukacyjnych cechują się niską spójnością, dużym zróżnicowaniem wyników między projektami oraz niejednoznacznością metodologiczną, co utrudnia jednoznaczną ocenę ich wiarygodności. Z drugiej jednak strony, uzyskane dane z badania CATI oraz opinie realizatorów programu w badaniu CAWI dostarczają mocnych argumentów na rzecz realnego, choć zróżnicowanego efektu edukacyjnego – dostrzeganego zarówno przez uczestników, jak i kadrę projektową.

Elementy edukacyjne były zauważalne również w materiale jakościowym (TDI), choć relatywnie rzadko i raczej ogólnikowo. Może to świadczyć o ograniczonej rozpoznawalności komponentu edukacyjnego lub jego zbyt słabym wyodrębnieniu w strukturze interwencji.

W świetle powyższego, **realizację celu można uznać za częściowo osiągniętą**: mimo niepełnych i niespójnych danych sprawozdawczych, istnieją przesłanki świadczące o tym, że program przyczynił się do zwiększenia wiedzy i świadomości zdrowotnej u części uczestników i ich opiekunów. Jednak skala i trwałość tego efektu pozostają trudne do jednoznacznego potwierdzenia w świetle dostępnych wskaźników.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej z województwa mazowieckiego w latach 2018-2020

Kolejnym z celów szczegółowych RPZ z module dotyczącym otyłości było rzeczywiste ograniczenie skali występowania tego problemu zdrowotnego w grupie dzieci objętej interwencją. O ile wcześniejsze cele koncentrowały się głównie na identyfikacji przypadków (diagnostyka) oraz zwiększeniu świadomości (edukacja), tak analizowany cel odnosi się bezpośrednio do skutków zdrowotnych programu – rozumianych jako mierzalna poprawa stanu zdrowia uczestników, przede wszystkim w postaci redukcji masy ciała.

Wskaźnikiem, który odzwierciedla stopień osiągnięcia tego celu, jest **miernik 14.1 – liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3%**. Realizacja celu szczegółowego związanego z redukcją odsetka dzieci z otyłością w grupie objętej interwencją wymagała przyjęcia miernika, który pozwalałby uchwycić istotne zmiany zdrowotne w realistycznych warunkach wdrażania programu. RPZ nie był bowiem programem leczenia otyłości w sensie klinicznym – nie obejmował farmakoterapii ani intensywnego nadzoru specjalistycznego. Miał on charakter **profilaktyczno-wspierający**, osadzony w środowisku lokalnym, oparty na edukacji zdrowotnej, wsparciu dietetycznym i zwiększeniu aktywności fizycznej.

W tym kontekście przyjęcie progu **spadku masy ciała o co najmniej 3%** jako wskaźnika efektu zdrowotnego uznać można za **rozsądny i wykonalny** – uwzględniający zarówno ograniczenia interwencji realizowanej w środowisku szkolnym i rodzinnym, jak i konieczność mierzalnego potwierdzenia jej skuteczności. Taki próg umożliwia także zróżnicowanie efektów pomiędzy projektami, bez oczekiwania radykalnych zmian, które wykraczałyby poza zakres działania programu.

Aby możliwa była interpretacja wartości tego miernika w kontekście skuteczności interwencji, należy go odnieść do liczby dzieci, które zakończyły udział w programie, czyli miernika 6.1 – liczby uczestników, którzy zrealizowali pełną ścieżkę programu w module dotyczącym otyłości. Tylko w odniesieniu do tej grupy możliwe jest bowiem wiarygodne stwierdzenie efektu zdrowotnego w postaci redukcji masy ciała.

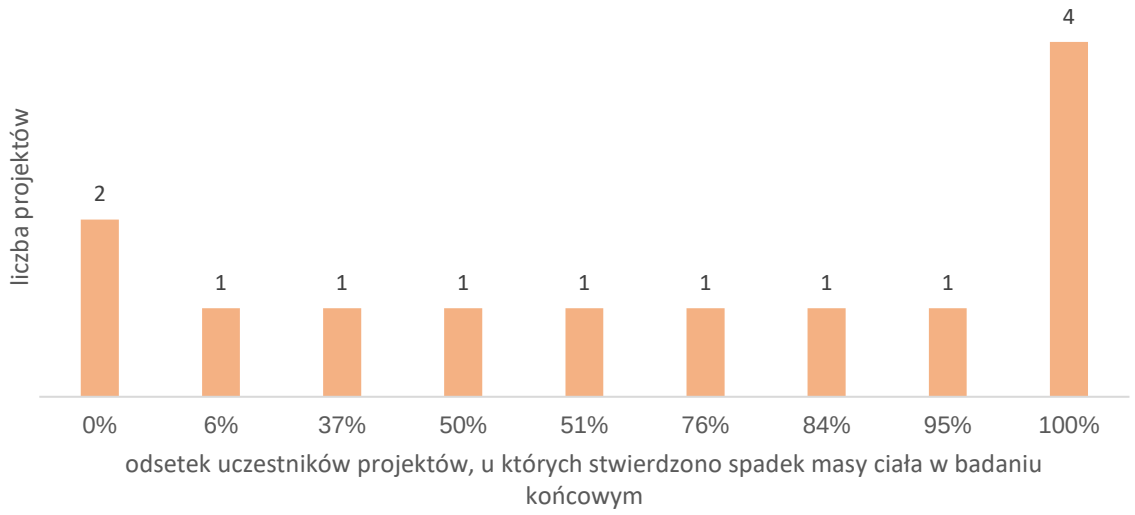
Dane umożliwiające takie zestawienie i tym samym obliczenie **wskaźnika skuteczności zdrowotnej** dostępne były łącznie jedynie dla 13 z 34 projektów realizujących moduł dotyczący otyłości, co oznacza, że analizie podlega zaledwie 38% projektów. W analizowanej grupie 13 projektów:

- łączna liczba dzieci, które ukończyły program (miernik 6.1.) wyniosła 2 523,

– łączna liczba dzieci, u których odnotowano spadek masy ciała o co najmniej 3% (miernik 14.1.) wyniosła 1 410.

Wartości wskaźnika skuteczności zdrowotnej przedstawia wykres 10. Ze względu na niewielką liczebność próby, wartości przyjmowane przez wskaźnik nie są ujmowane w przedziałach, jak w przypadku poprzednio prezentowanych danych, a podane w sposób dokładny. Ograniczona dostępność sprawozdań końcowych i różnice w zakresie raportowanych danych wskazują na konieczność ostrożnej interpretacji uzyskanych wyników.

Wykres 10 Liczba projektów w podziale na poziom wskaźnika skuteczności zdrowotnej wśród uczestników w module dotyczącym otyłości (n=13)



Średnia wartość wskaźnika skuteczności zdrowotnej dla 13 projektów wyniosła **55,2%,** przy czym wartości wskaźnika na poziomie poszczególnych projektów wahały się od 0% do 100%. Mediana wskaźnika to 63,4%, co oznacza, że w co najmniej połowie projektów poprawa wystąpiła u ponad 63% uczestników.

Wysoki odsetek dzieci, u których zaobserwowano klinicznie istotny spadek masy ciała, potwierdza, że **RPZ skutecznie realizował jeden z kluczowych celów zdrowotnych – realną poprawę stanu zdrowia dzieci z nadwagą i otyłością**. Jednocześnie rozpiętość wyników (od 0% do 100%) może wynikać zarówno z różnic w sposobie realizacji działań, jak i z jakości danych sprawozdawczych.

Dane ilościowe znajdują odzwierciedlenie również w opiniach realizatorów programu. W badaniu CAWI w przypadku **18 z 57 projektów** (tj. niemal jedna trzecia) realizatorzy wskazali, że **zmniejszenie masy ciała u dzieci z nadwagą** było jednym z najbardziej zauważalnych efektów interwencji. Rzadziej dostrzeganym efektem było natomiast zmniejszenie liczby dzieci zagrożonych nadwagą i otyłością (wskazane w przypadku 8 wśród 57 projektów). Niemniej jednak wyniki te wskazują na widoczność efektów programu także z perspektywy praktyków, bezpośrednio zaangażowanych w jego realizację, i potwierdza, że **działania prowadzone w ramach RPZ przynosiły wymierne korzyści zdrowotne** w zakresie kontroli masy ciała u dzieci z grupy ryzyka.

Wyniki ilościowe znajdują również potwierdzenie w wypowiedziach rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w programie. W relacjach badanych pojawiały się przykłady rzeczywistej **redukcji masy ciała w trakcie trwania interwencji**, które były zauważalne zarówno dla samych dzieci, jak i dla

ich opiekunów. Respondenci podkreślali, że **widoczna poprawa – w tym spadek wagi oraz lepsze samopoczucie – działały motywująco** i sprzyjały utrzymaniu zdrowych nawyków:

> *„Jak trwał ten program, to i był ten spadek na tej wadze, i widać było, że jeżeli właśnie była ta motywacja u dziecka, że jest tam sprawdzane, czy ktoś to ocenia […], więc widać było, że mu bardziej zależało na tym."*

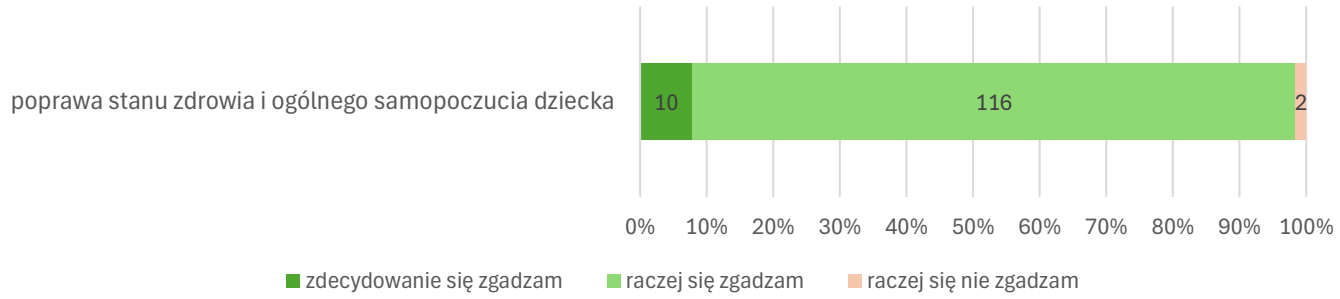
> *„Po kilku miesiącach udziału w ćwiczeniach dziecko zobaczyło efekty, dobre efekty, czyli że waga spada, waga spada, lepiej się czuje, więc sama przemiana przeszła."*

> *„Dziecko w trakcie […] uczestniczyło [w] zajęciach, już wtedy schudło na tyle dużo i zaczęło się dobrze odżywiać, że po którymś spotkaniu pani dietetyk już dostała pochwałę."*

Choć tego typu opinie nie pojawiały się we wszystkich wywiadach, to ich obecność potwierdza, że **dla części uczestników RPZ przynosił realne i zauważalne efekty zdrowotne**. Podobnie jak w przypadku pozostałych aspektów programu, także tutaj **synergia działań dietetycznych, fizjoterapeutycznych i edukacyjnych** przyczyniała się do osiągania pozytywnych rezultatów.

Dodatkowego potwierdzenia dostarczają dane z badania CATI przeprowadzonego wśród rodziców dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości, przedstawione na wykresie 11.

Wykres 11 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty zdrowotne udziału w programie w module dotyczącym otyłości (n=128 osób)



Na pytanie o wpływ programu na stan zdrowia i samopoczucie dziecka aż 126 z 128 respondentów (98%) odpowiedziało, że zdecydowanie (10 osób) lub raczej (116 osób) zgadza się ze stwierdzeniem, iż udział w RPZ przyniósł pozytywne zmiany w tym zakresie. Tylko dwie osoby wyraziły opinię nieco bardziej sceptyczną, a żadna z odpowiedzi nie wskazywała jednoznacznego braku efektów ani niepewności co do ich wystąpienia.

Tak wysoki poziom zgodności wskazuje, że z perspektywy rodziców program miał realny i pozytywnie odbierany wpływ na zdrowie ich dzieci, co wzmacnia wnioski wynikające z analizy jakościowej i stanowi ważny argument potwierdzający realizację celu zdrowotnego interwencji.

Dodatkowy komentarz do tego wniosku płynie z opinii ekspertów uczestniczących w panelu podsumowującym wyniki badania. Podczas panelu eksperckiego przedstawiciel jednego z podmiotów realizujących RPZ zwrócił uwagę na **ograniczoną skuteczność działań podejmowanych w module dotyczącym otyłości**. Z perspektywy doświadczeń związanych z realizacją projektów, podkreślał trudności związane z osiągnięciem satysfakcjonujących efektów dotyczących redukcji masy ciała uczestników. Wskazano pewne istotne bariery, wpływające na skuteczność realizacji tego celu RPZ, w tym:

- czynniki leżące po stronie uczestników i ich rodzin: niewystarczająca intensywność pracy dzieci w trakcie trwania projektu, brak zaangażowania całego środowiska rodzinnego (mimo wysiłków dzieci, ich domownicy często nie zmieniali swoich nawyków, przez co działania nie miały odpowiedniego wsparcia),
- czynniki zewnętrzne: negatywne reakcje rówieśnicze (np. wyśmiewanie dzieci za zdrowe nawyki żywieniowe, jak przynoszenie do szkoły drugiego śniadania zawierającego pełnoziarniste pieczywo),
- czynniki systemowe, związane z założeniami RPZ, dotyczące tego, że podejmowanie interwencji w momencie, gdy otyłość jest już rozwinięta, uznawane było za spóźnione.

W związku z powyższym podkreślono **konieczność jeszcze wcześniejszej profilaktyki, a także głębszego włączania rodzin w działania edukacyjne i terapeutyczne** – przy jednoczesnym uwzględnieniu ograniczeń czasowych i organizacyjnych, jakie niesie za sobą taka strategia.

W trakcie panelu eksperckiego wskazywano także na konieczność obligatoryjnego włączenia do tego typu interwencji **wsparcia psychologicznego** (niektórzy beneficjenci oferowali je w projektach, wykorzystując fakt, że RPZ dopuszczał także inne, nieujęte w ścieżce interwencji, rodzaje świadczeń). Komponent wsparcia psychologicznego ma szczególne znaczenie w kontekście pracy z dziećmi doświadczającymi otyłości oraz innymi uczestnikami programu znajdującymi się w okresie adolescencji. Podkreślano, że skuteczne kształtowanie i utrwalanie zdrowych nawyków wymaga nie tylko działań edukacyjnych i terapeutycznych, ale również wsparcia w radzeniu sobie z emocjonalnymi, psychologicznymi i społecznymi wyzwaniami. Eksperci wskazywali, że obecność psychologa w zespole realizującym program mogłaby stanowić istotne wzmocnienie interwencji – zwłaszcza w kontekście budowania motywacji, przeciwdziałania stygmatyzacji i pracy z obniżonym poczuciem własnej wartości uczestników. W opinii ekspertów obligatoryjny udział psychologa w programie dotyczyć musiałby wszystkich uczestników. Niezbędna częstość spotkań z psychologiem w pierwszym miesiącu powinna wynosić 1 raz w tygodniu, w kolejnych miesiącach – 2 razy w miesiącu.

Dokonując zastrzeżenia dotyczącego konieczności rozwoju i wzmocnienia narzędzi interwencji w obszarze dotyczącym otyłości, w świetle powyższych analiz można uznać, że **cel szczegółowy RPZ, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości**, został **zrealizowany w sposób istotny** – zwłaszcza w projektach, które zapewniły pełną realizację ścieżki programu i rzetelne monitorowanie efektów. Mimo ograniczeń w dostępności i jakości danych sprawozdawczych, zarówno wartości wskaźników, jak i dane jakościowe oraz opinie realizatorów dostarczają przesłanek potwierdzających skuteczność programu w zakresie poprawy stanu zdrowia uczestników poprzez redukcję masy ciała.

5.2.2. Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ – moduł dotyczący chorób kręgosłupa

W niniejszej części zaprezentowano analizę danych dotyczących realizacji celów szczegółowych RPZ w zakresie profilaktyki i leczenia chorób kręgosłupa wśród dzieci. Ocenie poddano przede wszystkim skuteczność programu w zakresie:

- wykrywania wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa,
- wzrostu wiedzy prozdrowotnej jako efektu realizacji komponentu edukacyjnego skierowanego do dzieci i ich opiekunów
- uzyskania mierzalnych efektów zdrowotnych w postaci poprawy stanu zdrowia w zakresie chorób kręgosłupa.

Analiza obejmuje **67 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (od 7 do 17) oraz wyniki badań jakościowych i ilościowych, które umożliwiają interpretację skuteczności programu nie tylko w ujęciu liczbowym, ale także w kontekście doświadczeń uczestników i realizatorów.

Wartości mierników osiągnięte w module dotyczącym chorób kręgosłupa przedstawia tabela 5. Ze względów wskazanych w podrozdziale 5.2.1 (niekompletność danych, rozbieżności w sposobie określania wartości mierników), wyniki analizy mierników w tej części należy traktować jako szacunkowe i ilustracyjne, pomocne w ocenie kierunków i zakresu działań, ale nie jako dokładne i w pełni porównywalne dane ilościowe. Warto jednak zaznaczyć, że dostępność danych o wartości mierników w projektach w module dotyczącym chorób kręgosłupa jest wyższa, niż w przypadku projektów w module dotyczącym otyłości.

Tabela 5 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w zakresie dotyczącym chorób kręgosłupa, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=67 projektów dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**8 764**	**71**
7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa	6 793	73
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**26 632**	**70**
12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	20 802	73
12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	11 263	73
12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	9 539	73
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**6 932**	**70**
14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa	5 858	73
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**10 568**	**62**
15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	7 346	73
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**11 313**	**77**
16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	4 346	93
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**6 675**	**58**
17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	5 297	78

źródło: opracowanie własne

* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne, przy czym N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=67 projektów dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa

Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego w latach 2018-2020.

Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa wśród dzieci było jednym z kluczowych celów szczegółowych RPZ, odpowiadającym na istotne potrzeby zdrowotne zdiagnozowane w województwie mazowieckim. Jak wynika z diagnozy epidemiologicznej zawartej w RPZ, wady postawy i inne schorzenia kręgosłupa stanowią rosnące zagrożenie dla zdrowia dzieci i młodzieży – zarówno ze względu na ich skalę, jak i możliwe długofalowe konsekwencje dla sprawności fizycznej i jakości życia. Problemy te są szczególnie istotne w kontekście coraz bardziej siedzącego trybu życia, niewystarczającej aktywności fizycznej oraz przeciążeń związanych z codziennym funkcjonowaniem uczniów.

W tym kontekście RPZ nie ograniczał się wyłącznie do wsparcia dzieci już wcześniej zdiagnozowanych, lecz zakładał aktywne identyfikowanie nowych przypadków – w szczególności tych, które do tej pory pozostawały poza radarem systemu opieki zdrowotnej i szkolnej. Takie podejście wpisuje się w założenia profilaktyki pierwszorzędowej, zmierzającej do wczesnego rozpoznania i przeciwdziałania skutkom schorzeń układu ruchu. Wzrost liczby nowo wykrytych przypadków wad postawy i chorób kręgosłupa traktowany jest zatem jako wskaźnik efektywności programu – nie tylko z perspektywy jego operacyjnej skuteczności, ale przede wszystkim ze względu na jego rolę w umożliwieniu dzieciom wczesnego dostępu do dalszych działań terapeutycznych i edukacyjnych.

Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika **7.2 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa** wykrytych w ramach RPZ. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w odniesieniu do liczby uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa oraz w kontekście szacunkowych danych epidemiologicznych dotyczących występowania wad postawy w populacji dziecięcej.

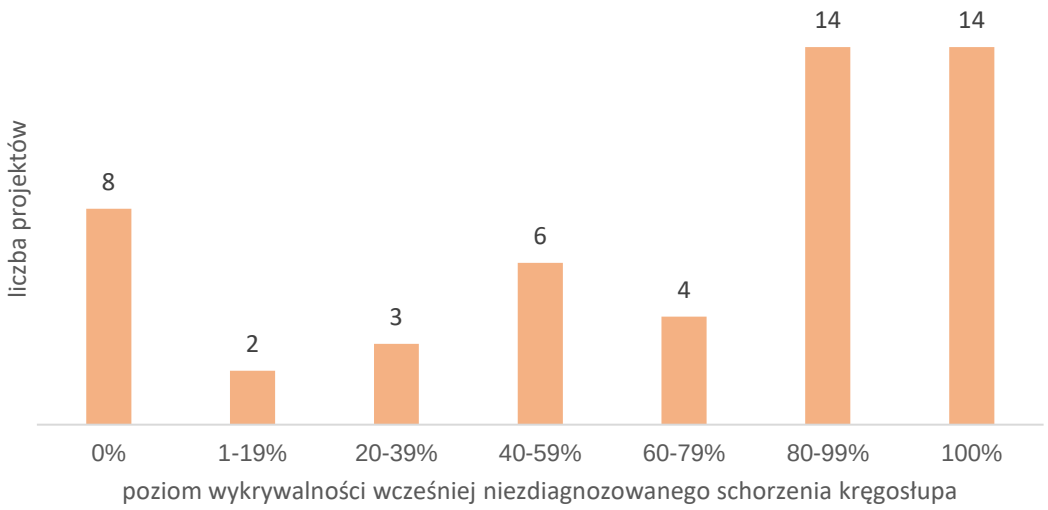
Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa (miernik 4.2.) wyniosła 12 835 (dane dostępne dla 64 z 67 projektów), natomiast liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa (miernik 7.2.) wyniosła 6 793 (dane dla 51 z 67 projektów).

W analizie uwzględniono 51 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, dla których dostępne były jednocześnie dane dotyczące liczby uczestników (miernik 4.2.) oraz liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanych problemów z zakresu postawy ciała wykrytych w toku programu (miernik 7.2.). Na tej podstawie obliczono **wskaźnik wykrywalności**, rozumiany jako odsetek dzieci, u których zdiagnozowano schorzenia kręgosłupa w ramach RPZ, spośród wszystkich uczestników danego projektu.

Wskaźnik ten stanowi przybliżoną miarę zdolności programu do identyfikowania wcześniej nierozpoznanych problemów zdrowotnych w obszarze postawy ciała i tym samym – jego skuteczności w realizacji funkcji przesiewowej i diagnostycznej w środowisku szkolnym i lokalnym.

Wartości, jakie przyjmuje wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanego schorzenia kręgosłupa dla 51 objętych analizą projektów, prezentuje wykres 12.

Wykres 12 Poziom wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanego schorzenia kręgosłupa wśród uczestników projektów (n=51 projektów)



Wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanych chorób kręgosłupa przyjął dla analizowanych 51 projektów zróżnicowane wartości – od 0% do 100%. Średnia wartość wskaźnika wyniosła **65,7%**, a mediana **84,5%**, co oznacza, że w połowie projektów rozpoznanie wcześniej nierozpoznanych problemów z zakresu postawy ciała dotyczyło co najmniej 85% uczestników.

W aż **14 projektach** wskaźnik wyniósł **100%**, co oznacza, że wszyscy uczestnicy zostali zidentyfikowani jako przypadki wcześniej niezdiagnozowanego schorzenia kręgosłupa. Może to świadczyć o bardzo skutecznym ukierunkowaniu rekrutacji na dzieci z niezidentyfikowanym problemem zdrowotnym lub o braku wcześniejszej diagnostyki w środowisku lokalnym.

Z drugiej strony, w aż **8 projektach** nie odnotowano żadnego nowego przypadku – mimo udziału łącznie ponad **600 dzieci**. Może to sugerować, że do programu trafiały głównie dzieci już wcześniej zdiagnozowane lub też, że wystąpiły trudności w dokumentowaniu danych lub odmienne interpretacje miernika przez realizatorów. W nielicznych sprawozdaniach z realizacji RPZ wskazywano np., że w szacowaniu miernika 7.2 nie uwzględniano przypadków, gdy rodzice dostarczali dokumentację medyczną dziecka dotyczącą wad postawy. Nie ma pewności, czy wszyscy realizatorzy stosowali takie właśnie podejście, co dodatkowo ogranicza możliwości interpretacji wyników ze sprawozdań.

Mimo zróżnicowania wartości wskaźnika pomiędzy projektami, wysoka średnia i mediana wskazują jednak, że RPZ w znaczącej części przypadków przyczynił się do identyfikacji wcześniej nierozpoznanych wad postawy, co potwierdza realizację jednego z kluczowych celów szczegółowych programu.

Uzyskany średni wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanych chorób kręgosłupa na poziomie 65,7% (przy medianie 84,5%) należy interpretować nie tylko jako wartość bezwzględną, ale również w kontekście danych epidemiologicznych wskazujących na skalę problemów postawy ciała wśród dzieci w województwie mazowieckim.

Dane przywoływane w RPZ wskazują, że **problemy z postawą ciała mogą dotyczyć nawet 50–60% dzieci**, a poważniejsze deformacje, takie jak skoliozy czy kifozy, występują u 2–5% populacji dzieci i młodzieży. Jednocześnie jednak z danych Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia wynika, że zniekształcenia kręgosłupa są diagnozowane u zaledwie **17,14% dzieci w wieku 0–18 lat**, co sugeruje, że wiele przypadków nie jest wykrywanych w ramach standardowej opieki zdrowotnej.

Taka rozbieżność między szacunkami a rozpoznawalnością kliniczną może wynikać z:

- braku systematycznych badań przesiewowych w szkołach,
- ograniczonego dostępu do fizjoterapeutów i specjalistów,
- braku świadomości u rodziców i nauczycieli.

Na tym tle **RPZ w module dotyczącym chorób kręgosłupa wypełniał istotną lukę systemową**, umożliwiając:

- **wczesne wykrycie** przypadków, które wcześniej nie zostały zdiagnozowane,
- **objęcie wsparciem** dzieci, których problemy zdrowotne nie były wcześniej rozpoznane lub nie były traktowane jako wymagające interwencji.

Zakładając, że zgodnie z danymi epidemiologicznymi wady postawy mogą dotyczyć nawet 50–60% populacji dzieci i młodzieży, można przyjąć, że wśród 12 835 dzieci uczestniczących w programie (miernik 4.2., dane z 64 projektów), problem niezdiagnozowanych wcześniej zaburzeń postawy mógł występować u około 6 400–7 700 dzieci. Tymczasem w 51 projektach, dla których dostępne były jednocześnie dane o liczbie uczestników i liczbie wykryć (mierniki 4.2. i 7.2.), zidentyfikowano aż 6 793 przypadków wcześniej nierozpoznanych schorzeń kręgosłupa. Oznacza to, że w tej grupie projektów średnio ponad połowa uczestników programu została objęta nową diagnozą w zakresie problemów posturalnych.

Wynik ten sugeruje, że **RPZ skutecznie pełnił funkcję diagnostyczną i przesiewową, pozwalając na dotarcie do znacznej części dzieci z nierozpoznanymi wcześniej schorzeniami kręgosłupa**. Jednocześnie, porównanie liczby wykryć z szacunkami epidemiologicznymi potwierdza, że interwencja trafiała do grupy realnego ryzyka i przyczyniała się do wypełnienia systemowej luki w zakresie wczesnego rozpoznawania wad postawy w populacji dziecięcej.

W świetle powyższych danych można zatem uznać, że **cel szczegółowy RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci, został zrealizowany w sposób przekonujący – zarówno pod względem skali interwencji, jak i jej trafności diagnostycznej**.

W wypowiedziach rodziców dzieci uczestniczących w programie (wywiady TDI) nie pojawiały się relacje sugerujące, że dzięki udziałowi w RPZ zdiagnozowano u dziecka schorzenie kręgosłupa. Rodzice co prawda odnosili się pozytywnie do zajęć gimnastyki korekcyjnej, basenów czy rehabilitacji – często podkreślając ich wartość dla aktywizacji dzieci i poprawy ogólnej sprawności fizycznej – jednak **żaden z badanych nie zrelacjonował sytuacji, w której program doprowadziłby do nowego rozpoznania w zakresie wad postawy lub schorzeń kręgosłupa**.

Tym samym, w kontekście jakościowego uzupełnienia danych wskaźnikowych dotyczących wykrywalności (miernik 7.2), materiał z wywiadów TDI nie dostarcza bezpośrednich

dowodów na to, że z perspektywy rodziców program przyczynił się do identyfikacji wcześniej nierozpoznanych problemów zdrowotnych związanych z kręgosłupem.

Jak wskazano w podrozdziale 5.2.1, **opinie realizatorów** projektów w ramach RPZ wskazują, że w przypadku niemal jednej trzeciej projektów (17 spośród 57 projektów badanych techniką CAWI) respondenci dostrzegli bezpośredni wpływ programu na poprawę identyfikacji niezdiagnozowanych wcześniej problemów zdrowotnych, w tym w zakresie schorzeń kręgosłupa.

Podsumowując, dane z różnych źródeł przedstawiają niejednoznaczny obraz skuteczności RPZ w zakresie wczesnego wykrywania schorzeń kręgosłupa u dzieci. Wskaźnik wykrywalności (miernik 7.2) przyjął wysokie wartości w wielu projektach, co może świadczyć o skutecznym dotarciu do grupy ryzyka oraz rzeczywistym identyfikowaniu wcześniej nierozpoznanych wad postawy. Jednocześnie jednak znaczna liczba projektów odnotowała zerowy poziom wykryć, mimo licznego udziału dzieci – co podważa spójność realizacji funkcji diagnostycznej na poziomie całego programu i sugeruje zróżnicowane podejście do interpretacji i raportowania miernika przez realizatorów.

Dane jakościowe również nie dostarczają jednoznacznego potwierdzenia skuteczności w tym obszarze. W wypowiedziach rodziców (TDI) nie pojawiły się relacje wskazujące, że dzięki udziałowi dziecka w programie zidentyfikowano nowe problemy z kręgosłupem – co może świadczyć o niedostrzegalności efektów diagnostycznych z ich perspektywy. Z kolei w odniesieniu do jednej trzeciej projektów (badanie CAWI) realizatorzy zadeklarowali poprawę w zakresie wykrywalności – co wskazuje, że w części projektów funkcja ta została zrealizowana z powodzeniem.

W świetle powyższego należy uznać, że **cel RPZ dotyczący zwiększenia wykrywalności schorzeń kręgosłupa został częściowo osiągnięty** – skuteczność programu w tym zakresie była istotna, ale nierównomierna. Zróżnicowane wyniki pomiędzy projektami mogą wskazywać na niejednolite podejście do realizacji i dokumentowania działań diagnostycznych, co utrudnia jednoznaczną ocenę skuteczności programu w tym obszarze i stanowi ważną przesłankę do uwzględnienia w planowaniu przyszłych interwencji zdrowotnych.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem

Cel dotyczący zwiększenia poziomu wiedzy dzieci i ich rodziców/opiekunów bezpośrednio wynika z diagnozy epidemiologicznej wskazującej na powszechność wad postawy wśród dzieci i młodzieży oraz ich związek z codziennymi nawykami, stylem życia i brakiem odpowiedniej edukacji w tym zakresie.

Działania edukacyjne w ramach programu miały charakter systemowy i obejmowały trzy powiązane ze sobą komponenty: wstępne badanie ankietowe pozwalające ocenić poziom wyjściowy wiedzy, interwencję edukacyjną prowadzoną w formie dostosowanej do wieku i potrzeb uczestników oraz końcowe badanie ankietowe umożliwiające ocenę zmiany poziomu wiedzy w wyniku udziału w programie. Zgodnie z zapisami RPZ, treści edukacyjne koncentrowały się na praktycznych aspektach profilaktyki schorzeń kręgosłupa – od ergonomii codziennego funkcjonowania, przez bezpieczne zachowania, aż po aktywność fizyczną dostosowaną do możliwości rozwojowych dzieci.

Zamierzeniem programu było nie tylko przekazanie informacji, ale również budowanie konkretnych umiejętności sprzyjających długofalowej poprawie stanu zdrowia uczestników. Wzrost wiedzy traktowany był więc jako mierzalny wskaźnik skuteczności interwencji edukacyjnej, a jego osiągnięcie miało wspierać realizację celów zdrowotnych poprzez zwiększenie świadomości i zaangażowania dzieci oraz ich opiekunów w działania prozdrowotne.

W niniejszej części raportu poddano analizie stopień realizacji tego celu w oparciu o dane liczbowe dotyczące liczby działań edukacyjnych, liczby przeprowadzonych badań ankietowych oraz liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy – z uwzględnieniem zarówno skali realizacji działań, jak i jakościowych aspektów ich odbioru.

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych przed i po interwencji (miernik 12.2),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.2),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.2),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.2).

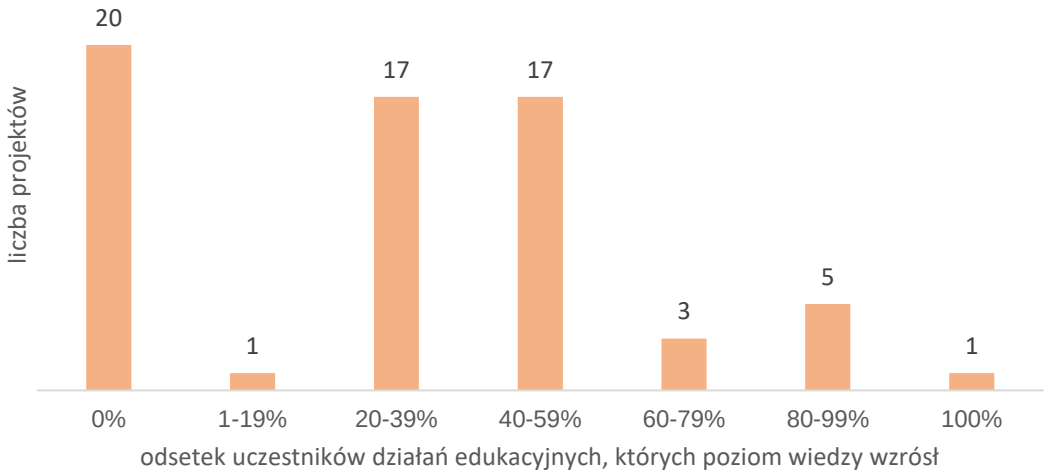
Ich interpretacja obarczona jest analogicznymi trudnościami metodologicznymi, jakie stwierdzono w podrozdziale 5.2.1. w zakresie modułu dotyczącego otyłości. Niemniej jednak wspólna analiza tych mierników umożliwia częściową ocenę skuteczności komponentu edukacyjnego w zakresie faktycznej zmiany poziomu wiedzy dzieci i ich rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji.

W module dotyczącym chorób kręgosłupa odnotowano realizację 20 802 badań ankietowych – 11 263 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.2.1) oraz 9 539 po ich zakończeniu (miernik 12.2.2).

Mierniki dotyczące efektów edukacyjnych w zakresie wzrostu wiedzy uczestników oraz ich opiekunów są kluczowe z punktu widzenia oceny skuteczności programu w realizacji jego celów poznawczych. Niestety, dane zgromadzone na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ oraz monitorowania wskaźników w systemie SL2014 cechują się w przypadku efektów edukacyjnych wysokim poziomem niespójności, co w znacznym stopniu ogranicza możliwość ich wiarygodnej interpretacji.

Na podstawie dostępnych danych dla 64 projektów, w których znana była liczba uczestników działań edukacyjnych oraz liczba osób, u których odnotowano wzrost wiedzy, określono dla każdego z projektów **wskaźnik skuteczności edukacyjnej**, rozumiany jako odsetek osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, u których odnotowano wzrost wiedzy. Dane o osiągniętych wartościach wskaźnika przedstawia wykres 13.

Wykres 13 Liczba projektów w podziale na poziom wzrostu wiedzy wśród uczestników działań edukacyjnych w module dotyczącym chorób kręgosłupa (n=64)



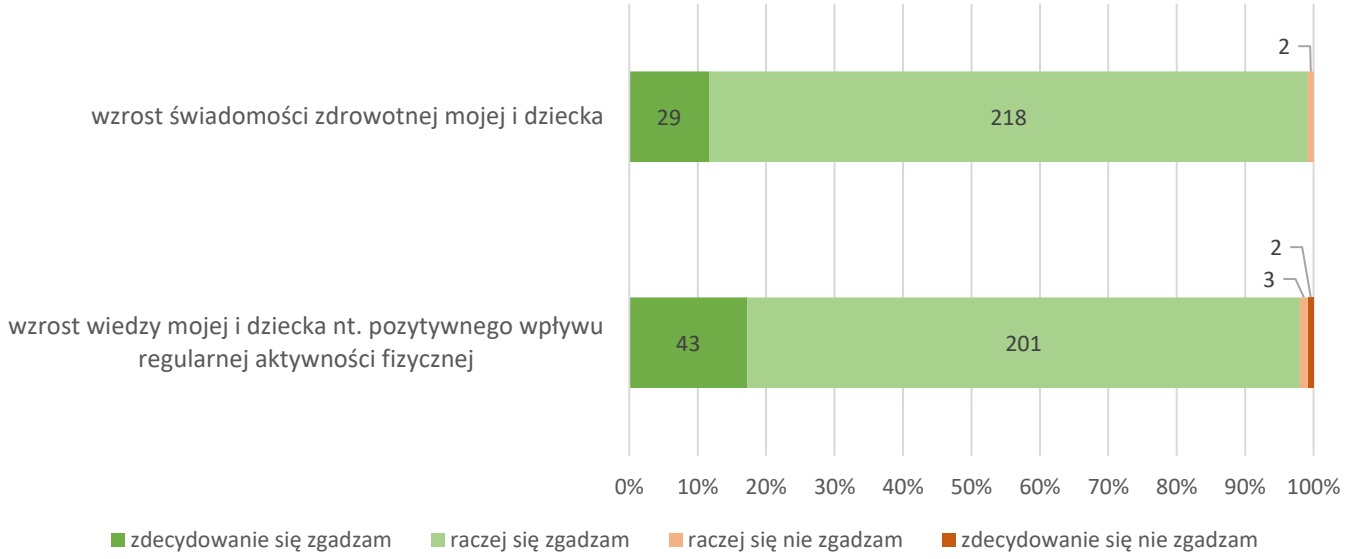
Na podstawie uzyskanych danych dotyczących wzrostu wiedzy uczestników działań edukacyjnych w module dotyczącym chorób kręgosłupa (miernik 15.2), można sformułować następujące wnioski ilościowe:

- **średnia wartość wskaźnika skuteczności edukacyjnej** wyniosła **33,2%,**
- **mediana tego wskaźnika** ukształtowała się na poziomie **34,5%**, co oznacza, że w połowie projektów wzrost wiedzy dotyczył co najwyżej 35% uczestników,
- w 20 z 64 projektów **nie odnotowano żadnego wzrostu wiedzy** – co może świadczyć o braku sprawozdań, błędach w raportowaniu lub nieskuteczności działań edukacyjnych w tych przypadkach,
- w **jednym projekcie** wzrost wiedzy odnotowano **u wszystkich uczestników** działań edukacyjnych.

Pomimo istotnych ograniczeń w danych wskaźnikowych – związanych zarówno z niespójnościami raportowania, jak i trudnością w jednoznacznym zdefiniowaniu populacji objętej działaniami edukacyjnymi sugerują, że w części projektów działania edukacyjne mogły prowadzić do faktycznego wzrostu wiedzy wśród uczestników. Jednocześnie brak odnotowanego efektu w aż 20 z 64 projektów każe ostrożnie interpretować zasięg i skuteczność tego komponentu.

W tym kontekście szczególnie istotne są wyniki badania CATI z rodzicami, które wzmacniają interpretację danych wskaźnikowych i pozwalają lepiej ocenić realizację celu szczegółowego (wykres 14). Zdecydowana większość respondentów – 244 z 249 osób (98%) – zadeklarowała, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy ich i ich dziecka na temat pozytywnego wpływu regularnej aktywności fizycznej. Równie wysokie poparcie (247 osób – 99%) uzyskało stwierdzenie dotyczące wzrostu ogólnej świadomości zdrowotnej.

Wykres 14 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa (n=249 osób)



Z kolei w swobodnych **wypowiedziach rodziców dzieci uczestniczących w projektach w module dotyczącym chorób kręgosłupa** (TDI) komponent edukacyjny był przez część rodziców zauważony, ale nie zajmował istotnego miejsca w ich narracjach. Nie pojawiły się też konkretne relacje wskazujące na aktywny udział rodziców czy dzieci w działaniach edukacyjnych, co może świadczyć o niskiej intensywności tych działań lub ograniczonej pamięci o nich z perspektywy czasu.

Natomiast podstawie wyników badania CAWI wśród **realizatorów projektów** można stwierdzić, że w przypadku znacznej **większości z projektów (42 z 57, czyli 75%) dostrzegalne były efekty programu w postaci zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**.

Ocena realizacji celu dotyczącego wzrostu wiedzy w module chorób kręgosłupa nie pozwala na jednoznaczne potwierdzenie jego pełnego osiągnięcia. Dane empiryczne, zarówno ilościowe, jak i jakościowe, ukazują obraz niejednorodny i fragmentaryczny. Z jednej strony, dostępne mierniki sugerują, że w części projektów działania edukacyjne mogły przynieść pozytywny efekt poznawczy – przynajmniej w odniesieniu do części uczestników. Z drugiej jednak strony, wysoka liczba projektów, w których nie odnotowano żadnego wzrostu wiedzy, a także ograniczone ślady komponentu edukacyjnego w narracjach rodziców, stawiają pod znakiem zapytania spójność wdrożenia oraz rzeczywistą skuteczność tego elementu interwencji.

Tym samym, **cel ten należy uznać za zrealizowany częściowo** – w takim sensie, że założone działania były podejmowane, a ich pozytywne efekty były dostrzegane przez realizatorów i w niektórych przypadkach udokumentowane, jednak brak jednolitych podstaw pomiaru oraz widocznych rezultatów we wszystkich projektach uniemożliwia pełną i pewną weryfikację skuteczności edukacyjnej RPZ na poziomie całego modułu.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w grupie docelowej z województwa mazowieckiego w latach 2018-2020

Kolejnym z celów szczegółowych RPZ w module dotyczącym chorób kręgosłupa było **rzeczywiste ograniczenie skali występowania tych schorzeń wśród dzieci objętych**

interwencją. W przeciwieństwie do wcześniejszych celów – skupionych na poprawie wykrywalności (diagnostyka) i zwiększeniu świadomości zdrowotnej (edukacja) – analizowany cel odnosi się bezpośrednio do **rezultatów zdrowotnych**, a więc do mierzalnych zmian w stanie zdrowia uczestników programu.

Stopień realizacji tego celu określany jest na podstawie **miernika 14.2 – liczby uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa**, ocenianą najczęściej przez lekarza lub fizjoterapeutę na podstawie stanu funkcjonalnego, postawy ciała lub zmniejszenia objawów dolegliwości.

Realizacja tego celu wymagała przyjęcia **wskaźnika, który nie tylko byłby osiągalny w warunkach realizacji programu środowiskowego**, ale również pozwalał na wiarygodne uchwycenie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu układu ruchu dziecka. W odróżnieniu od leczenia specjalistycznego, RPZ miał **profilaktyczno-wspierający charakter**, oparty na aktywności fizycznej, gimnastyce korekcyjnej, edukacji posturalnej i wzmocnieniu świadomości ergonomii codziennego życia.

W tym kontekście **poprawa stanu zdrowia uczestnika stwierdzona podczas badania końcowego,** na zakończenie udziału w programie (zgodnie z definicją miernika 14.2) stanowi realistyczny i praktyczny wskaźnik skuteczności działań podejmowanych w ramach RPZ. Umożliwia on jednocześnie porównanie wyników pomiędzy projektami oraz ocenę, na ile program przyczynił się do trwałej poprawy w zakresie postawy ciała i ogólnej sprawności fizycznej uczestników.

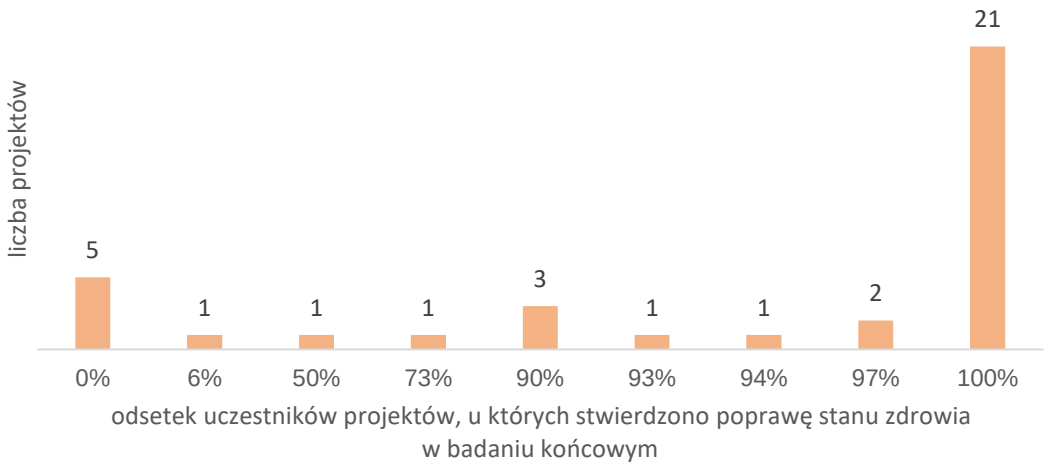
Aby właściwie interpretować wartość tego miernika, należy odnieść go do liczby uczestników, którzy **zrealizowali pełną ścieżkę interwencji** w module dotyczącym schorzeń kręgosłupa, czyli do **miernika 6.2**. Tylko w tej populacji możliwe jest bowiem wiarygodne stwierdzenie efektu zdrowotnego – a więc zróżnicowanie wyników osób, które rzeczywiście skorzystały z pełnego zakresu wsparcia, od tych, które udziału nie zakończyły.

Dane umożliwiające takie zestawienie i tym samym obliczenie **wskaźnika skuteczności zdrowotnej** dostępne były jedynie dla 36 z 67 projektów realizujących moduł dotyczący chorób kręgosłupa, co oznacza, że analizie podlega 54% projektów. W analizowanej grupie 36 projektów:

- łączna liczba dzieci, które ukończyły program (miernik 6.2.) wyniosła 6 845,
- łączna liczba dzieci, u których odnotowano poprawę stanu zdrowia (miernik 14.2.) wyniosła 4 951.

Wartości wskaźnika skuteczności zdrowotnej przedstawia wykres 15. Ograniczona dostępność sprawozdań końcowych i różnice w zakresie raportowanych danych wskazują na konieczność ostrożnej interpretacji uzyskanych wyników.

Wykres 15 Liczba projektów w podziale na poziom wskaźnika skuteczności zdrowotnej wśród uczestników w module dotyczącym chorób kręgosłupa (n=36)



Na podstawie dostarczonych danych dotyczących wskaźnika skuteczności zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa (miernik 14.2), można sformułować następujące wnioski ilościowe:

- **średnia wartość** wskaźnika wyniosła **80,3%**, co wskazuje, że przeciętnie w analizowanych projektach poprawę stanu zdrowia odnotowano u ponad 4 na 5 uczestników, którzy zakończyli udział w programie,
- **mediana** wskaźnika ukształtowała się na poziomie **100%**, co oznacza, że w co najmniej połowie projektów poprawa została odnotowana u wszystkich uczestników,
- w 21 spośród 36 analizowanych projektów (63%) wskaźnik wyniósł 100%, co świadczy o pełnej zgodności efektu zdrowotnego z założeniami interwencji,
- w 5 projektach nie odnotowano żadnej poprawy, mimo że program został zrealizowany – co może wskazywać na trudności w dokumentowaniu danych, błędy sprawozdawcze lub rzeczywisty brak efektu zdrowotnego,
- pozostałe wartości wskaźnika (w przedziale 6–97%) sugerują, że skuteczność interwencji była zróżnicowana, co może wynikać zarówno z odmiennych praktyk realizacyjnych, jak i różnic w stanie wyjściowym uczestników lub jakości danych.

Zestawiając te wyniki z danymi dotyczącymi wykrywalności oraz z ogólnym charakterem RPZ jako interwencji profilaktyczno-wspierającej, można stwierdzić, że program w module dotyczącym chorób kręgosłupa w wielu przypadkach przyniósł realną i mierzalną poprawę zdrowia uczestników. Jednocześnie konieczna jest ostrożność interpretacyjna, zwłaszcza wobec wysokiej liczby wartości skrajnych (0% i 100%), które mogą wskazywać na problemy z jednoznaczną definicją miernika lub niespójności w raportowaniu.

W wypowiedziach rodziców uczestniczących w wywiadach TDI pojawiają się **ogólne deklaracje dotyczące poprawy stanu zdrowia dziecka w efekcie udziału w programie** – również w module dotyczącym schorzeń kręgosłupa. Są to jednak przede wszystkim wypowiedzi o charakterze ogólnym, odnoszące się do lepszego samopoczucia, większej sprawności fizycznej, zmniejszenia bólu lub poprawy postawy.

Należy jednak zaznaczyć, że wypowiedzi te nie były systematyczne, nie dotyczyły wszystkich rozmówców, i nie zawsze dają się jednoznacznie przypisać do miernika 14.2. Nie pojawiły się też żadne wypowiedzi mówiące np. o wynikach końcowego badania

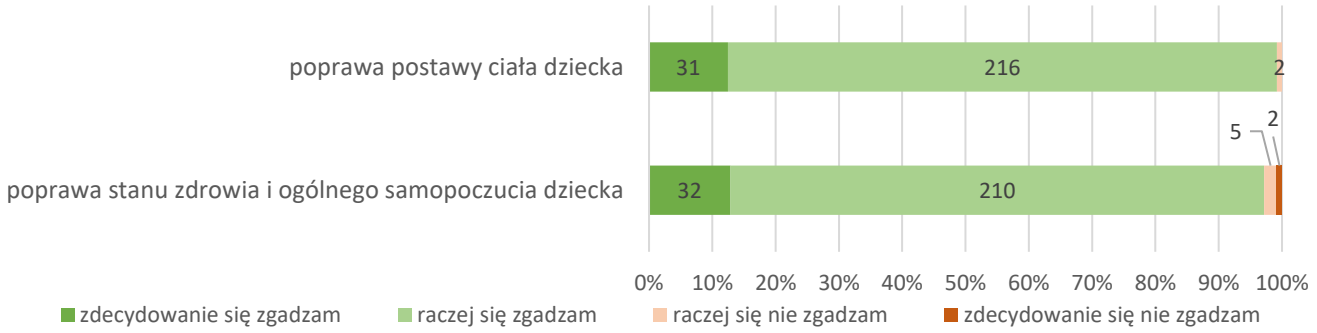
fizjoterapeutycznego jako potwierdzeniu poprawy stanu zdrowia. Relacje rodziców miały raczej charakter subiektywnych obserwacji zmian w codziennym funkcjonowaniu dziecka.

W związku z tym można stwierdzić, że jakościowy materiał z wywiadów TDI wspiera interpretację efektów zdrowotnych programu, ale raczej w wymiarze ogólnego dobrostanu niż konkretnej, zoperacjonalizowanej poprawy klinicznej. Warto również podkreślić, że tego typu narracje występowały wyraźnie częściej niż odniesienia do działań edukacyjnych czy wzrostu wiedzy.

Zbieżne wnioski płyną z wyników badania CATI przeprowadzonego wśród rodziców dzieci uczestniczących w module dotyczącym schorzeń kręgosłupa (wykres 16).

Aż 242 z 249 respondentów (97%) zgodziło się ze stwierdzeniem, że udział w programie przyczynił się do poprawy stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka, a **247 osób (99%) zadeklarowało, że dzięki udziałowi w RPZ poprawiła się postawa ciała dziecka**. Tylko pojedyncze osoby wyraziły zdanie przeciwne.

Wykres 16 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty zdrowotne udziału w programie w module dotyczącym otyłości (n=249 osób)



Tak wysoki poziom pozytywnych ocen wskazuje, że z perspektywy rodziców program był nie tylko rozpoznawalny, ale również skuteczny w wymiarze zdrowotnym – zwłaszcza w zakresie wpływu na postawę ciała. Spójne z tym wnioskiem są także opinie **realizatorów projektów**, zebrane w ramach badania **CAWI** – w przypadku 25 z 57 projektów respondenci podkreślili widoczność efektów programu polegających na poprawie postawy ciała i zmniejszeniu dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych i jakościowych można wskazać, że działania realizowane w module dotyczącym chorób kręgosłupa **przyczyniły się do poprawy funkcjonowania części uczestników** – zwłaszcza w zakresie postawy ciała oraz ogólnego samopoczucia. Wysokie wartości wskaźnika 14.2 w większości projektów, pozytywne relacje rodziców oraz spójne deklaracje respondentów badania CATI mogą świadczyć o korzystnym wpływie programu w tym obszarze.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że dostępne dane – zarówno wskaźnikowe, jak i deklaratywne – **nie pozwalają na jednoznaczne i w pełni wiarygodne wnioskowanie w odniesieniu do rzeczywistej poprawy stanu zdrowia uczestników**. Zróżnicowanie danych źródłowych, możliwe niespójności w raportowaniu oraz ograniczona obiektywizacja pomiarów zdrowotnych (np. brak standaryzacji metod oceny postawy) stanowią istotne ograniczenia interpretacyjne. W związku z powyższym, ocena skuteczności modułu powinna być formułowana z ostrożnością i z uwzględnieniem ograniczeń metodologicznych.

5.2.3. Stopień osiągnięcia celu głównego RPZ

Celem głównym RPZ było osiągnięcie realnej **poprawy stanu zdrowia dzieci w dwóch kluczowych obszarach: chorób kręgosłupa oraz otyłości**. Cel ten miał charakter przekrojowy, a jego realizacja następowała poprzez osiąganie celów szczegółowych w ramach dwóch odrębnych, ale komplementarnych modułów interwencyjnych. Aby odpowiedzieć na pytanie o stopień realizacji celu głównego, konieczne jest zestawienie wyników dotyczących efektów diagnostycznych, edukacyjnych i zdrowotnych w obu modułach oraz ich porównawcza interpretacja.

Jeśli chodzi o **efekty diagnostyczne**:

- W module otyłości wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanych przypadków wyniósł średnio 64,2% (mediana 83,7%), natomiast w module kręgosłupa – 65,7% (mediana 84,5%), przy czym w module dotyczącym wad postawy wyniki są niepewne. Oznacza to, że w obu obszarach program odegrał istotną rolę przesiewową, skutecznie identyfikując nierozpoznane wcześniej problemy zdrowotne, mimo pewnych niespójności w sposobie dokumentowania danych.
- Wśród 30 realizatorów projektów, biorących udział w badaniu w ramach techniki CAWI, efekty diagnostyczne nie są tak wyraźnie dostrzegalne: na występowanie efektów programu w postaci lepszej diagnostyki i wykrywania wad postawy oraz otyłości wskazano w przypadku 17 z 57 projektów.

Z punktu widzenia **efektów zdrowotnych**, program przyniósł wyraźnie zauważalną poprawę w obu modułach, ale w przypadku modułu dotyczącego wad postawy uzyskane wyniki nie pozwalają na jednoznaczną ocenę.

- W module otyłości, miernik 14.1 wskazuje na średnią skuteczność zdrowotną na poziomie 55,2% (mediana 63,4%), co oznacza, że w ponad połowie projektów redukcję masy ciała o co najmniej 3% odnotowano u większości uczestników.
- W module dotyczącym chorób kręgosłupa wskaźnik 14.2 osiągnął średnią wartość na poziomie 80,3%, przy czym mediana wyniosła 100%, co sugeruje pełną poprawę stanu zdrowia u uczestników w co najmniej połowie analizowanych projektów. Taka konfiguracja danych może świadczyć o wysokiej skuteczności interwencji zdrowotnej w tym module, znajdującej dodatkowe potwierdzenie w narracjach rodziców oraz w deklaracjach uczestników badania CATI. **Jednocześnie należy zasygnalizować istotne ograniczenia interpretacyjne. Konstrukcja wskaźnika 14.2 oraz jego zastosowanie w poszczególnych projektach nie były w pełni jednolite, co utrudnia bezpośrednią porównywalność wyników.** Ponadto, zróżnicowanie efektów w projektach oraz zdecydowanie optymistyczne oceny formułowane przez rodziców mogą wskazywać na występowanie efektu subiektywnej percepcji poprawy, niekoniecznie w pełni pokrywającej się z obiektywnymi zmianami zdrowotnymi. W związku z tym, choć wyniki można uznać za pozytywny sygnał efektu programu, **nie stanowią one jednoznacznego dowodu medycznego na poprawę stanu zdrowia.** Należy jednak podkreślić, że program cieszył się wysoką akceptacją wśród uczestników i ich rodzin – co samo w sobie stanowi ważną przesłankę oceny jego użyteczności i społecznej trafności.
- Objęci badaniem realizatorzy projektów (CAWI) częściej dostrzegali efekty programu w zakresie poprawy postawy ciała oraz zmniejszenia dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci (24 spośród 57 projektów), niż w zakresie redukcji masy ciała u

dzieci z nadwagą i otyłością (18 spośród 57 projektów) czy zmniejszenia liczby dzieci zagrożonych nadwagą i otyłością (8 spośród 57 projektów). Taka struktura odpowiedzi może wynikać z faktu, **że efekty działań ukierunkowanych na profilaktykę wad postawy i terapię zaburzeń narządu ruchu są łatwiej dostrzegalne w codziennej obserwacji dzieci**, zwłaszcza przez personel zaangażowany w realizację zajęć. Jednocześnie należy zaznaczyć, że skuteczność działań w zakresie redukcji masy ciała i zmiany stylu życia jest szeroko potwierdzona w literaturze naukowej i praktyce klinicznej, natomiast skuteczność oddziaływań profilaktycznych w zakresie wad postawy – w szczególności ich wpływ na mierzalne efekty zdrowotne – pozostaje przedmiotem dyskusji. Nie oznacza to braku zasadności interwencji w tym obszarze, ale wskazuje na potrzebę ich lepszego ukierunkowania oraz **opracowania trafnych i obiektywnych mierników efektów zdrowotnych**. Tego typu doprecyzowanie może zwiększyć wiarygodność oceny skuteczności interwencji ukierunkowanych na poprawę postawy ciała i ograniczenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci.

Pod względem **efektów edukacyjnych**:

- Wskaźnik wzrostu wiedzy w module otyłości wyniósł średnio 28,2%, przy bardzo niskiej medianie (7%) i aż 14 projektach, w których nie odnotowano żadnego efektu.
- W module kręgosłupa średnia wyniosła 33,2%, a mediana 34,5%, co wskazuje na większą skuteczność i spójność komponentu edukacyjnego. W obu przypadkach dane sprawozdawcze były jednak niespójne i wymagają ostrożnej interpretacji. Silnym uzupełnieniem były natomiast wyniki CATI – zarówno w module otyłości, jak i kręgosłupa niemal wszyscy rodzice deklarowali wzrost świadomości zdrowotnej oraz wiedzy nt. aktywności fizycznej i odżywiania (98–100%).
- Zwiększenie świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia było natomiast wskazywane przez większość realizatorów projektów w ramach ankiety CAWI jaki jeden z najbardziej widocznych efektów programu (42 wskazań wśród 57 projektów).

W przypadku obu modułów należy jednak zachować ostrożność interpretacyjną – raportowane dane były niespójne, a metody pomiaru wiedzy i jej przyrostu nie zostały ujednolicone na poziomie całego programu. W dokumentacji RPZ nie wskazano standaryzowanych narzędzi do oceny wiedzy uczestników, co skutkowało stosowaniem zróżnicowanych kwestionariuszy w poszczególnych projektach. Brak wspólnego wzoru i metodologii pomiaru ogranicza możliwości porównywania wyników i wnioskowania o skali efektu edukacyjnego na poziomie programu jako całości. Co istotne, dostępne w ramach ewaluacji pomiary miały w dużej mierze charakter deklaratywny, co również wpływa na ich ograniczoną wartość diagnostyczną.

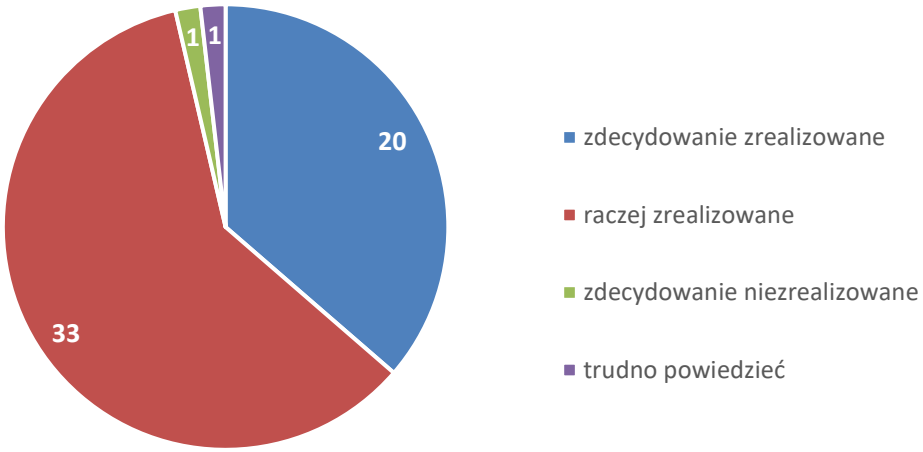
Ograniczona standaryzacja narzędzi pomiaru efektów edukacyjnych oraz różnorodność metod stosowanych przez beneficjentów mogły przyczynić się do niedoszacowania znaczenia tego komponentu dla skuteczności i trwałości interwencji. W przyszłych programach **rekomenduje się wprowadzenie jednolitych, standaryzowanych narzędzi do oceny wiedzy oraz ścisłą integrację komponentu edukacyjnego z systemem monitorowania i sprawozdawczości**.

W analizie jakościowej (TDI) więcej bezpośrednich relacji wskazujących na poprawę zdrowia i zmianę stylu życia pojawiało się w kontekście otyłości – m.in. odnotowany spadek wagi, poprawa samopoczucia, zmiana nawyków żywieniowych. W przypadku chorób kręgosłupa

relacje dotyczyły głównie ogólnego dobrostanu, poprawy postawy czy większej sprawności fizycznej, rzadziej zaś konkretnych danych diagnostycznych. W obu modułach komponent edukacyjny był obecny w narracjach rodziców, ale nie stanowił centralnego elementu ich relacji, co może świadczyć o niskim wyróżnieniu tego komponentu w strukturze interwencji.

Opinie realizatorów projektów dotyczące tego, czy w efekcie projektów udało się osiągnąć założone w RPZ cele, są pozytywne (wykres 17).

Wykres 17 Opinie realizatorów projektów o osiągnięciu zakładanych w RPZ celów



Wyniki te potwierdzają ogólnie pozytywną ocenę stopnia realizacji celów programowych. Spośród 55 realizatorów projektów, zdecydowana większość (53 osoby) uznała, że założenia RPZ zostały osiągnięte – w tym 20 respondentów wskazało odpowiedź „zdecydowanie zrealizowane", a 33 – „raczej zrealizowane". Tylko jedna osoba wyraziła opinię przeciwną, a jedna odpowiedź miała charakter niezdecydowany („trudno powiedzieć"). Ocena ta wpisuje się w dominujący ton wypowiedzi jakościowych, w których respondenci podkreślali widoczne efekty zdrowotne i edukacyjne wynikające z udziału dzieci w programie.

Na podstawie analizy wskaźników, wyników badań CATI, opinii realizatorów oraz materiału jakościowego można stwierdzić, że **cel główny RPZ – poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości – został częściowo osiągnięty.** Choć skuteczność poszczególnych komponentów różniła się między modułami, a dostępność i jakość danych sprawozdawczych była zróżnicowana, to spójność wniosków płynących z różnych źródeł potwierdza realny wpływ programu na stan zdrowia dzieci. Moduł kręgosłupa charakteryzował się wyższą spójnością mierników, przy czym mierniki te nie zostały jednoznacznie zdefiniowane i uniemożliwiają końcową ocenę. Moduł otyłości natomiast silniej odznaczał się w relacjach rodziców jako realnie wpływający na codzienne życie i styl funkcjonowania dzieci.

Ocena stopnia realizacji celów RPZ nie może być dokonana w oderwaniu od szerszego kontekstu jego wdrażania – obejmującego zarówno warunki instytucjonalne, jak i społeczne, edukacyjne oraz epidemiologiczne, w jakich funkcjonowali realizatorzy i uczestnicy programu.

W wielu przypadkach odstępstwa od zakładanego stopnia realizacji celów znajdują swoje uzasadnienie w czynnikach zewnętrznych, które ograniczały możliwość wdrożenia programu zgodnie z jego pierwotnymi założeniami:

- Niespójność i niejednoznaczność definicji mierników (szczególnie w obszarze edukacji zdrowotnej i oceny wiedzy) prowadziła do zróżnicowanych praktyk raportowania. Niedookreślenie standardów metodologicznych dla pomiaru wiedzy czy efektów zdrowotnych sprawił, że dane te – choć liczbowo dostępne – cechowały się ograniczoną porównywalnością i niejednolitą jakością.
- Różnice w możliwościach instytucjonalnych realizatorów – zarówno pod względem zasobów kadrowych, jak i doświadczenia w prowadzeniu programów zdrowotnych – przekładały się na zróżnicowaną jakość wdrożenia poszczególnych komponentów RPZ. W szczególności dotyczyło to zajęć edukacyjnych oraz porad dietetycznych, których intensywność i forma różniły się między projektami.
- Ograniczenia związane z pandemią COVID-19 (szczególnie w latach 2020–2021) miały wpływ na dostępność szkół, personelu medycznego i możliwości przeprowadzania działań w bezpośrednim kontakcie. Wpłynęło to negatywnie na płynność realizacji wielu projektów oraz mogło ograniczyć frekwencję i kompletność ścieżek terapeutycznych dzieci.
- Czasowy dystans między realizacją a oceną programu – część danych pochodzi od uczestników projektów realizowanych nawet 4–5 lat wcześniej, co mogło wpłynąć na ograniczoną pamięć rodziców o szczegółach udziału w działaniach (szczególnie edukacyjnych).

Dane z badania CAWI z przedstawicielami realizatorów programu potwierdzają, że czynniki kontekstowe miały istotny wpływ na przebieg realizacji i stopień osiągnięcia celów:

- w odniesieniu do 75% projektów respondenci wskazali, że program przyczynił się do wzrostu świadomości zdrowotnej dzieci i ich opiekunów, co oznacza wysoką ocenę efektów edukacyjnych mimo ograniczeń mierzalności tego komponentu.
- jedna trzecia projektów (33%) wiązała się w opiniach realizatorów z lepszą wykrywalność wad postawy i otyłości jako najważniejszym efektem programu – co potwierdza uznanie funkcji przesiewowej RPZ za szczególnie dobrze zrealizowaną.
- Część respondentów sygnalizowała trudności związane z raportowaniem danych, brakiem jednoznacznych wytycznych oraz niedopasowaniem formularzy monitorujących do rzeczywistego przebiegu działań. Wskazuje to na potrzebę lepszego wsparcia metodologicznego i narzędziowego w przyszłych edycjach programu.

Podsumowanie

Stopień realizacji celów RPZ w zakresie poprawy zdrowia dzieci, wykrywalności problemów oraz wzrostu świadomości zdrowotnej został istotnie ukształtowany przez zewnętrzne uwarunkowania realizacyjne. Niepełna i zróżnicowana sprawozdawczość, czynniki instytucjonalne oraz pandemia COVID-19 miały wpływ na różny poziom skuteczności między projektami. Mimo to, z perspektywy realizatorów, jak i opiekunów dzieci uczestniczących w programie, spełnił on wiele ze swoich założeń, a szczególnie doceniane były jego funkcje diagnostyczne i wspierające, co potwierdza znaczenie RPZ jako realnego narzędzia interwencji zdrowotnej w środowisku lokalnym.

5.2. Efektywność kosztowa

Efektywność kosztowa jest jednym z kluczowych aspektów oceny interwencji zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych – zwłaszcza w kontekście Europejskiego Funduszu Społecznego, który wymaga, by wsparcie było nie tylko skuteczne, ale także racjonalnie zaplanowane i wdrażane z poszanowaniem zasady gospodarności. Analiza została oparta na trzech źródłach: założeniach kosztowych określonych w RPZ, opinii Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), a także danych jakościowych i ilościowych uzyskanych w toku badania (CAWI i IDI).

Koszty jednostkowe i planowanie budżetowe

W dokumentacji programowej RPZ wskazano stawki jednostkowe dla obu modułów:

- **moduł otyłości: 5 568 zł na jednego uczestnika,**
- **moduł chorób kręgosłupa: 6 114 zł na jednego uczestnika.**

Warto zaznaczyć, że przy ustalaniu stawek jednostkowych zastosowano **podejście oparte na analizie kosztów świadczeń zaproponowanych przez potencjalnych realizatorów programu**. Na prośbę Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM o wycenę świadczeń odpowiedziało pięć podmiotów, co pozwoliło na określenie rozpiętości kosztów jednostkowych w obu modułach – od 1 320 zł do 8 064 zł w module otyłości oraz od 4 620 zł do 7 824 zł w module chorób kręgosłupa. Dla celów programowych przyjęto **średnią arytmetyczną z wycen**, jako kompromis pomiędzy różnorodnością ofert a potrzebą ustandaryzowania poziomu kosztów.

Zaletą takiego rozwiązania była możliwość oparcia planowania budżetowego na danych empirycznych, odzwierciedlających realne uwarunkowania rynkowe i operacyjne. Uwzględnienie wycen od potencjalnych beneficjentów pozwoliło na **bardziej precyzyjne oszacowanie kosztów interwencji, przy zachowaniu zgodności z Wytycznymi** w zakresie kwalifikowalności wydatków EFS oraz wytycznymi w obszarze zdrowia na lata 2014–2020.

Zastosowanie średniej arytmetycznej mogło jednak **nie w pełni odzwierciedlać zróżnicowanie sytuacji organizacyjnych i kosztowych poszczególnych realizatorów** – zwłaszcza tych działających w odmiennych warunkach lokalnych (np. wiejskich vs miejskich), czy realizujących projekty o różnej skali. Podejście to umożliwiło jednak pewną jednolitość operacyjną i porównywalność projektów oraz spójność całego mechanizmu finansowania RPZ.

W trakcie naborów projektów Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych (MJWPU) weryfikowała zgodność planowanych budżetów z tymi wartościami, a jak wskazują przedstawiciele instytucji, w zdecydowanej większości przypadków **wnioskodawcy zachowywali wyznaczone limity**. Oceniając z perspektywy planowania, przyjęte stawki były postrzegane jako realistyczne i odpowiadające zakresowi działań, co pośrednio potwierdza wysoka liczba pozytywnie ocenionych projektów oraz ich skuteczna realizacja. Duże zainteresowanie realizacją RPZ, które przejawiało się dużą liczbą wniosków składanych w kolejnych 3 naborach potwierdza, że **przyjęte stawki były akceptowalne dla potencjalnych beneficjentów**.

Pozytywną ocenę planowania kosztowego potwierdza także **opinia AOTMiT**, która nie wnosiła zastrzeżeń do przewidzianych nakładów, wskazując, że są one racjonalne w świetle spodziewanych korzyści zdrowotnych. W dokumencie zaznaczono, że koszty interwencji w

RPZ pozostają w zgodzie z podejściem koszt-efekt i odpowiadają standardom wyceny interwencji zdrowotnych o charakterze populacyjnym.

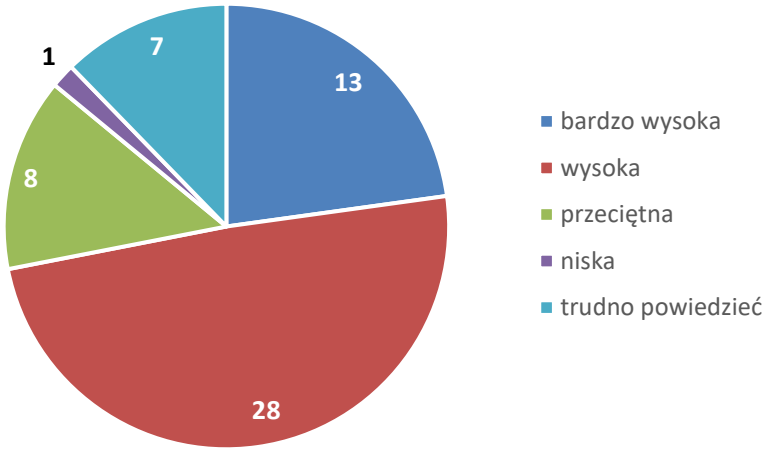
Realizacja kosztowa w praktyce

W praktyce realizacyjnej programów wystąpiły zmienne, które miały wpływ na ostateczny poziom wydatkowania środków. Wypowiedzi przedstawicieli MJWPU wskazują, że w wielu przypadkach **rzeczywiste koszty projektów mogły być niższe niż planowane** – co było związane m.in. z ograniczeniami pandemicznymi. Zamiast zajęć stacjonarnych realizowano działania zdalne, dzieci otrzymywały zestawy ćwiczeń do domu, a kontakt z trenerem odbywał się online. Obniżało to koszty związane z wynajmem sal, transportem i obsługą organizacyjną.

Z drugiej strony, pandemia i inne wyzwania organizacyjne (np. problemy rekrutacyjne, konieczność poszerzania zasięgu terytorialnego, tworzenia mniejszych grup zajęciowych zgodnych z wymogami sanitarnymi) **generowały dodatkowe koszty**. Pojawiała się konieczność zwiększonych nakładów na promocję, organizację transportu oraz dostosowanie kadry i infrastruktury do zmienionych warunków. Koszty te mogły być pokrywane wyłącznie z wygenerowanych oszczędności budżetowych lub środków własnych – nie było możliwości zwiększenia dofinansowania.

Wyniki ankiety **CAWI** przeprowadzonej wśród realizatorów projektów (wykres 18) wskazują, że z perspektywy operacyjnej większość z nich uznaje, iż **stosunek nakładów do osiąganych rezultatów był korzystny**.

Wykres 18 Ocena efektywności programu w kontekście poniesionych nakładów z punktu widzenia realizatorów projektów w ramach RPZ (N=57 projektów)



Natomiast w wypowiedziach przedstawicieli MJWPU pojawiały się jednak zastrzeżenia, dotyczące np. **mniejszej skuteczności działań zdalnych** w zakresie interwencji fizjoterapeutycznych, zwłaszcza w kontekście braku możliwości bieżącej korekty wykonywanych ćwiczeń, a zatem – potencjalnie mniejszej efektywności kosztowej tak realizowanego wsparcia. Jednocześnie przedstawiciel Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM wskazywał, że z powodu wydłużenia okresu realizacji RPZ przyjęte w momencie jego planowania koszty jednostkowe świadczeń mogły w kolejnych latach

realizacji RPZ istotnie **odbiegać od realiów rynkowych**. Potwierdza to istotny wpływ czynników niezależnych od autorów i realizatorów RPZ (pandemia, a także inflacja) na faktyczny przebieg programu.

W świetle powyższych ustaleń można stwierdzić, że planowane koszty jednostkowe były realistyczne i dobrze dopasowane do zakresu działań. Mechanizmy kontrolne MJWPU zapewniły spójność między założeniami a realizacją finansową projektów. Program wykazał **wysoką elastyczność kosztową**, umożliwiając beneficjentom reagowanie na zmienne warunki bez zwiększania poziomu dofinansowania projektów.

5.3. Dostępność świadczeń

W niniejszym rozdziale przeanalizowano dostępność świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych realizowanych w ramach RPZ, w tym identyfikację barier, które mogły ograniczać udział uczestników w programie. Omówiona została również jakość oferowanych świadczeń, oceniana z perspektywy standardów realizacji, profesjonalizmu personelu, warunków organizacyjnych oraz zgodności świadczeń z założeniami programowymi.

5.3.1 Dostępność terytorialna

Jak wskazują dane w tabeli 6, najwięcej projektów w ramach RPZ realizowano w subregionie Warszawskim Stołecznym (46 projektów), a najmniej – w subregionie żyrardowskim (5 projektów). Łączna liczba projektów wskazanych w tabeli (108) jest wyższa, niż liczba projektów realizowanych w ramach RPZ (93), ponieważ 17 projektów miało charakter ponadregionalny i realizowanych było dla mieszkańców dwóch lub więcej subregionów.

Tabela 6 Liczba projektów realizowanych w ramach RPZ w podziale na subregiony

subregion	liczba realizowanych projektów
warszawski stołeczny	46
płocki	21
ostrołęcki	13
radomski	9
siedlecki	8
ciechanowski	6
żyrardowski	5
RAZEM	**108**

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z SL2014

Aby lepiej zrozumieć intensywność interwencji w ramach RPZ w poszczególnych subregionach, dokonano zestawienia liczby zrealizowanych projektów z populacją dzieci w wieku 6–12 lat – czyli główną grupą docelową Programu. Dla każdego subregionu obliczono średnią roczną liczbę dzieci (na podstawie danych GUS z lat 2018–2020) oraz relację tej liczby do liczby projektów. Otrzymany wskaźnik – średnia liczba dzieci przypadająca na jeden projekt – stanowi przybliżenie **potencjalnej „gęstości" wsparcia** w danym obszarze i pozwala:

- porównać intensywność interwencji między subregionami niezależnie od ich wielkości demograficznej,
- zidentyfikować niedoszacowanie lub nadreprezentację interwencji w odniesieniu do liczby potencjalnych uczestników,
- wesprzeć analizę sprawiedliwości terytorialnej (equity) i trafności alokacji zasobów.

Jego wartość w poszczególnych subregionach i średnio dla całego województwa przedstawia tabela 7.

Tabela 7 Wskaźnik gęstości projektowej – liczba osób z grupy docelowej 6-12 lat przypadających na 1 projekt w poszczególnych subregionach

subregion	Średnioroczna liczba dzieci (6–12 lat) w latach 2018-2020	Średnia liczba dzieci / projekt
warszawski stołeczny	248 592	5 404
płocki	45 122	5 014
siedlecki	25 464	4 244
radomski	32 959	4 120
żyrardowski	20 212	4 042
ostrołęcki	30 164	2 320
ciechanowski	23 865	1 136
średnia liczba dzieci/projekt w ujęciu wojewódzkim		**4 380**

źródło: opracowanie własne na podstawie danych z GUS oraz z SL2014

Wyniki wskazują na **duże zróżnicowanie terytorialne**, jeśli chodzi o potencjalną dostępność programu. Szczególnie korzystnie pod względem intensywności wsparcia wypadł subregion ciechanowski – jeden projekt przypadał tam na 1 136 dzieci w wieku 6–12 lat. Dla porównania, w subregionach warszawskim stołecznym i płockim jeden projekt przypadał na około 5 000 dzieci.

Różnice te mogą wynikać z wielu czynników, takich jak:

- nierównomierna koncentracja wnioskodawców i realizatorów,
- zróżnicowane możliwości organizacyjne podmiotów lokalnych,
- większe zasoby instytucjonalne w dużych miastach, ale mniejsza intensywność wsparcia per capita.

Interpretacja powyższych danych powinna być dokonywana ostrożnie, z uwagi na następujące ograniczenia:

1. Niepełny zakres danych demograficznych: w analizie uwzględniono populację dzieci z lat 2018–2020 – czyli z okresu, w którym faktycznie uruchamiano kolejne edycje programu, rozstrzygając kolejne nabory na projekty w ramach RPZ. Jednak realizacja Programu była kontynuowana aż do 2023 roku, m.in. w związku z pandemią COVID-19 i związanym z nią wydłużeniem realizacji projektów.
2. Brak informacji o zasięgu projektów: wskaźnik liczby dzieci przypadających na projekt nie uwzględnia liczby uczestników ani rzeczywistego zasięgu terytorialnego każdego projektu (np. niektóre mogły objąć kilka gmin, inne tylko jedną szkołę).
3. Wpływ miejsca zamieszkania na dostępność do wsparcia: większa liczba dzieci w dużych ośrodkach nie musi oznaczać większego zapotrzebowania na projekty (często są tam też inne formy opieki czy edukacji zdrowotnej), natomiast w regionach peryferyjnych nawet mniejsza liczba dzieci może oznaczać wyższe potrzeby wsparcia.

5.3.2 Zgłaszalność do Programu

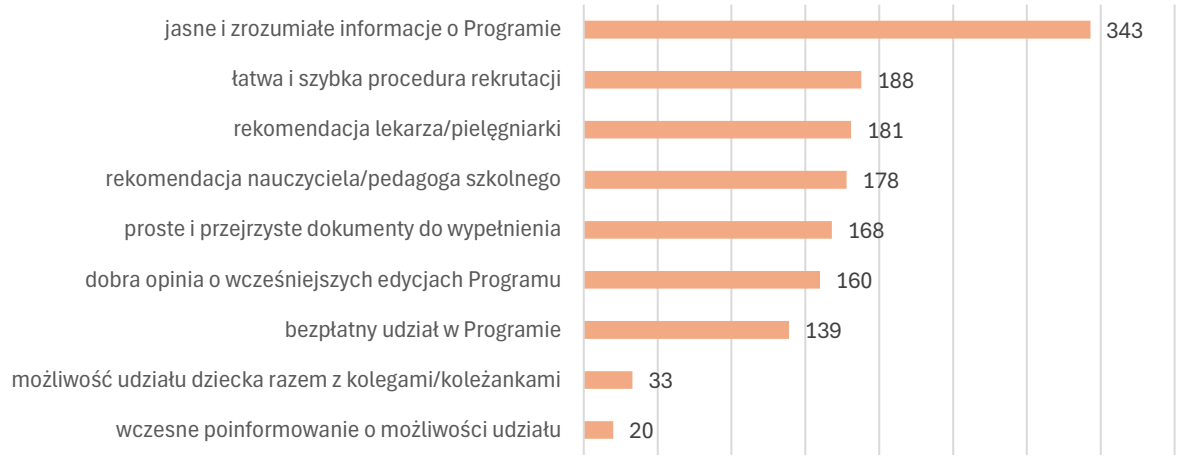
Zgłaszalność uczestników do RPZ stanowi istotny wskaźnik obrazujący realną dostępność świadczeń oferowanych w jego ramach. Analiza liczbowego zasięgu RPZ, zaprezentowana w rozdziale 5.1, ujawnia zarówno skalę dotarcia programu do populacji docelowej, jak i potencjalne ograniczenia na etapie rekrutacji i kwalifikacji uczestników. Wskaźniki naboru

oraz przebieg procesu kwalifikacyjnego pozwalają na identyfikację barier systemowych, organizacyjnych i środowiskowych, które mogły mieć wpływ na poziom uczestnictwa w interwencji zdrowotnej. Zjawiska takie jak nierównomierne rozłożenie zgłoszeń w poszczególnych powiatach, ograniczony dostęp informacyjny czy niska motywacja rodziców do udziału w programie mogą wskazywać na obszary wymagające wzmocnienia w zakresie dostępności. Tym samym, zgłaszalność jawi się jako kluczowy punkt wyjścia do pogłębionej oceny nie tylko dostępności fizycznej i przestrzennej świadczeń, lecz także ich dostępności funkcjonalnej i społecznej.

W kontekście zróżnicowanego terytorialnie zasięgu realizacji projektów w ramach RPZ, szczególnego znaczenia nabiera **identyfikacja czynników, które mogły sprzyjać decyzji rodziców lub opiekunów o zgłoszeniu dziecka do programu** – zarówno na poziomie lokalnym, jak i indywidualnym. Wnioski w tym zakresie zostały sformułowane na podstawie wyników badań jakościowych i ilościowych wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ, tj. wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo (CATI) oraz pogłębionych wywiadów telefonicznych (TDI), co pozwoliło uchwycić zarówno częstotliwość wskazań, jak i kontekst motywacyjny decyzji o udziale w programie.

Dane ilościowe nt. czynników sprzyjających zgłoszeniu dziecka do programu przedstawione są na wykresie 19.

Wykres 19 Czynniki sprzyjające zgłoszeniu dziecka do programu (CATI, N=377)



Wynika z nich, że z perspektywy rodziców i opiekunów dzieci kluczowym czynnikiem sprzyjającym zgłoszeniu była **czytelność i przystępność informacji** o samym programie – aż 343 respondentów wskazało na jasne i zrozumiałe komunikaty jako element ułatwiający decyzję o udziale. Na drugim miejscu znalazła się **łatwa i szybka procedura rekrutacyjna** (188 wskazań), a dalej **rekomendacje wystawione przez osoby z otoczenia dziecka** – lekarzy i pielęgniarki szkolne (181 odpowiedzi) oraz nauczycieli lub pedagogów (178 odpowiedzi). Wskazuje to na wysokie zaufanie do osób pełniących funkcje opiekuńcze i edukacyjne oraz ich istotną rolę w aktywizacji uczestników.

Znaczenie miała także **prostota dokumentacji zgłoszeniowej** (168 odpowiedzi), co – w połączeniu z pozytywnymi doświadczeniami z wcześniejszych edycji (160 odpowiedzi) – tworzyło atmosferę zaufania i komfortu. **Bezpłatność udziału** również została wskazana przez istotną część badanych (139 osób), co potwierdza, że bariera kosztowa wciąż może

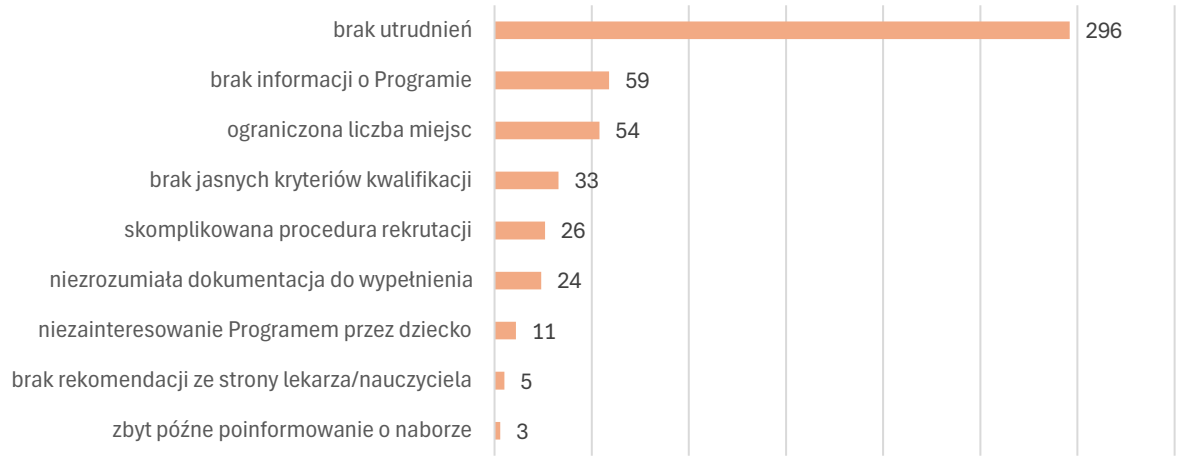
mieć wpływ na decyzje rodziców, zwłaszcza w mniej zamożnych gospodarstwach domowych.

Z kolei rzadziej wskazywane czynniki, takie jak **możliwość udziału z rówieśnikami** (33 odpowiedzi) czy **wczesne poinformowanie o programie** (20 odpowiedzi), pokazują, że choć czynniki społeczno-organizacyjne i czasowe są istotne, to dla większości rodzin priorytetem była przejrzystość, prostota i rekomendacja ze strony zaufanych osób lub instytucji.

Te wyniki potwierdzają trafność założeń RPZ w zakresie modelu rekrutacji – opartego na bliskim kontakcie ze szkołami i środowiskiem lokalnym – oraz pokazują, że stosunkowo niewielkim nakładem organizacyjnym możliwe było zbudowanie wysokiego poziomu dostępności i responsywności programu.

Pomimo generalnie pozytywnych ocen dostępności RPZ, niektórzy respondenci badania CATI wskazali także na **czynniki, które w ich opinii mogły utrudniać udział w programie** – dane prezentuje wykres 20.

Wykres 20 Czynniki utrudniające zgłoszenie dziecka do programu (CATI, N=377)



Zdecydowana większość (296 osób) zadeklarowała, że **nie napotkała żadnych barier**, co potwierdza ogólną skuteczność przyjętego modelu rekrutacyjnego. Niemniej jednak, pozostałe odpowiedzi rzucają światło na potencjalne obszary wymagające dopracowania.

Najczęściej wskazywaną przeszkodą był **brak informacji o programie** (59 odpowiedzi), co sugeruje, że działania promocyjne nie dotarły z równą skutecznością do wszystkich potencjalnych uczestników – szczególnie w kontekście terytorialnego rozproszenia projektów i nierówności w dostępie do kanałów komunikacji.

Kolejne bariery miały charakter organizacyjno-formalny: **ograniczona liczba miejsc w programie** (54 wskazania), **niejasne kryteria kwalifikacji** (33) oraz **skomplikowana procedura rekrutacyjna** (26). Choć wskazywane rzadziej, problemy te mogą świadczyć o rozbieżnościach w sposobie wdrażania RPZ przez poszczególnych realizatorów – w tym o zróżnicowanym poziomie wsparcia udzielanego rodzinom w procesie zgłoszenia.

Nieliczni respondenci zgłosili także **trudności ze zrozumieniem dokumentów** (24 odpowiedzi), brak zainteresowania programem po stronie dziecka (11), **niewystarczające zaangażowanie rekomendujących osób** (5) lub **opóźnioną komunikację o rozpoczęciu naboru** (3). Choć występowały one incydentalnie, pokazują, że dla pełnej eliminacji barier

warto zadbać o spójność informacji, prostotę formalności i lepszą koordynację czasową działań informacyjnych.

Podsumowując, raportowane utrudnienia nie miały charakteru systemowego i dotyczyły mniejszości uczestników. Wnioski z badania CATI znajdują swoje uzupełnienie i pogłębienie w analizie wywiadów TDI przeprowadzonych z rodzicami i opiekunami dzieci uczestniczących w RPZ. Dzięki bardziej swobodnej formule rozmowy możliwe było uchwycenie indywidualnych doświadczeń oraz kontekstów decyzyjnych. **Respondenci w wywiadach pogłębionych nie tylko potwierdzali znaczenie przejrzystości informacji i osobistych rekomendacji, ale również wskazywali na szereg dodatkowych motywacji oraz mechanizmów wspierających decyzję o zgłoszeniu dziecka do programu**.

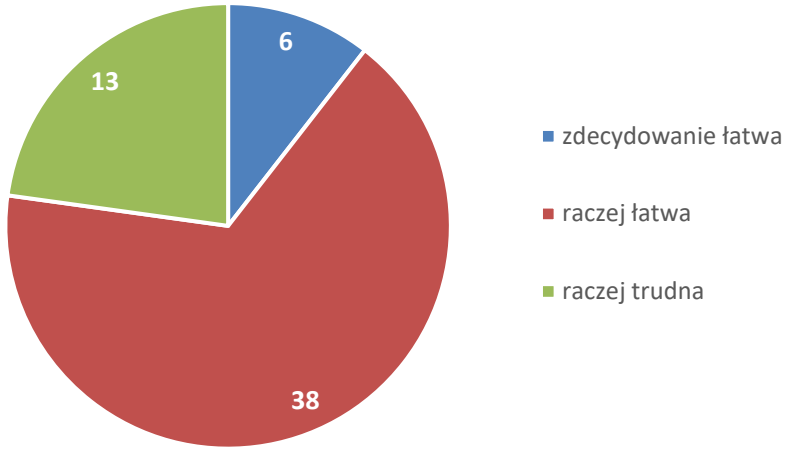
Wypowiedzi rodziców i opiekunów potwierdzają, że **głównym kanałem dotarcia informacji o programie były szkoły** – zarówno poprzez wychowawców, jak i szkolnych specjalistów (pedagogów, psychologów, pielęgniarki). Wielu respondentów podkreślało, że to właśnie osobiste zaangażowanie nauczycieli lub wychowawców, którzy „polecali program na zebraniu" lub „przesłali wiadomość przez dziennik elektroniczny", skłoniło ich do zapoznania się z ofertą RPZ. Wskazywano również na wartość bezpośredniej rozmowy z pracownikiem szkoły, który – znając sytuację zdrowotną dziecka – potrafił przekonująco uzasadnić korzyści z udziału. Zwracano uwagę, że taka forma przekazu miała większy wpływ niż ogólne materiały promocyjne, a informacje pochodzące od znanych i zaufanych osób były postrzegane jako bardziej wiarygodne i warte rozważenia.

Część uczestników dowiedziała się o programie z materiałów drukowanych (ulotki, plakaty) dostępnych w szkołach lub poradniach, jednak również w tych przypadkach decyzję o zgłoszeniu poprzedzała często konsultacja z osobą z otoczenia dziecka.

Wnioski z wywiadów TDI jednoznacznie wskazują, że dla skutecznego dotarcia do rodziców i opiekunów decydujące znaczenie miała aktywna rola szkół. Informacja „przekazana ustnie" lub w formie zindywidualizowanej wiadomości, a nie masowej kampanii, była oceniana jako najbardziej efektywna. To pokazuje, że model rekrutacyjny RPZ, oparty na współpracy z placówkami edukacyjnymi, odpowiadał realnym potrzebom i preferencjom odbiorców.

Ocena trafności założeń rekrutacyjnych została również poddana weryfikacji w badaniu ankietowym CAWI, przeprowadzonym wśród 30 realizatorów projektów, obejmującym 57 projektów. Respondenci zostali zapytani o ogólne doświadczenia związane z procesem rekrutacji uczestników. Ich opinie przedstawia wykres 21.

Wykres 21 Ocena trudności rekrutacji uczestników do projektu (CAWI, N=57 projektów)



Jak pokazują wyniki, większość z nich oceniła ten etap jako relatywnie nieskomplikowany: **37 osób (ponad dwie trzecie badanych) uznało rekrutację za „raczej łatwą”**, a **kolejnych 6 respondentów – za „zdecydowanie łatwą”**. Jedynie **12 osób wskazało odpowiedź „raczej trudna”**, a żadna nie wybrała opcji „zdecydowanie trudna”.

Taka struktura odpowiedzi może świadczyć o tym, że **przyjęte w Programie założenia rekrutacyjne były trafnie dopasowane do warunków wdrażania** – zarówno instytucjonalnych, jak i społecznych. Sposób przekazywania informacji o projekcie, rola szkół i personelu edukacyjnego w komunikacji z rodzicami, jak również niska bariera formalna zgłoszenia – wszystkie te elementy wydają się dobrze odpowiadać rzeczywistości, w której operowali realizatorzy.

Również z punktu widzenia Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Projektów Unijnych, która odpowiadała za monitoring i rozliczanie środków przekazanych realizatorom na realizację projektów w ramach RPZ, **zgłaszalność do programu nie wiązała się z istotnymi problemami**, ponieważ realizatorzy, przystępując do uruchamiania wsparcia, najczęściej współpracowali ze szkołami i grupa docelowa projektu była już dobrze zidentyfikowana. Pewne trudności wiązały się niekiedy z rekrutacją do projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości, ze względu na barierę, jaką dla części rodziców/opiekunów stanowiła **konieczność uznania nadwagi lub otyłości dziecka jako realnego problemu zdrowotnego**. Zjawisko to może świadczyć o istniejących oporach przed etykietowaniem dziecka (co w dalszej części analizy znajdzie potwierdzenie w opiniach samych rodziców), a także wciąż niewystarczającej społecznej świadomości konsekwencji zdrowotnych otyłości wieku rozwojowego.

Wnioski o trafności systemu rekrutacji do Programu są spójne z opiniami rodziców/opiekunów, uzyskanymi zarówno w wywiadach telefonicznych (TDI), jak i w badaniu CATI. Tak wysoki poziom zgodności między doświadczeniami uczestników a oceną realizatorów dodatkowo wzmacnia wniosek o **adekwatności i efektywności przyjętego modelu rekrutacji**.

Choć z perspektywy realizatorów projektów, proces zgłaszania dzieci do programu oceniany był na ogół jako **niewymagający i przebiegający sprawnie**, niemniej jednak badani

zidentyfikowali pewne **trudności**, które w ich ocenie realizatorów mogły ograniczać zgłaszalność.

Najczęściej wskazywaną barierą była **ograniczona liczba miejsc w projekcie**, którą jako utrudnienie wymieniło 23 respondentów. Oznacza to, że zainteresowanie udziałem mogło przewyższać dostępne zasoby organizacyjne, zwłaszcza w przypadku popularniejszych modułów lub placówek. Kolejną istotną przeszkodą była **konieczność spełnienia określonych kryteriów kwalifikacyjnych**, wskazana przez 12 osób – co może sugerować, że część potencjalnych uczestników została wykluczona ze względu na wymogi formalne lub zdrowotne.

Nieco rzadziej wskazywano na czynniki związane z postawami i sytuacją opiekunów: **brak czasu lub opory po stronie rodziców** jako utrudnienie wymieniło 13 osób, natomiast **brak zainteresowania dziecka udziałem w programie** – 11. Te odpowiedzi mogą wskazywać na potrzebę silniejszego ugruntowania motywacji rodzin do udziału, np. przez lepsze przedstawienie korzyści programu.

Warto zwrócić uwagę na **13 wskazań dotyczących obaw przed stygmatyzacją**, które choć mniej liczne, ujawniają potencjalnie wrażliwy obszar – zwłaszcza w kontekście interwencji zdrowotnych adresowanych do dzieci i młodzieży. W pojedynczych przypadkach (po 2–3 odpowiedzi) pojawiły się także odniesienia do takich barier jak **zbyt późne przekazanie informacji o naborze**, **niewystarczająca współpraca między instytucjami**, czy **konieczność dojazdu do placówki**.

Co istotne, **żaden z respondentów nie wskazał na brak wsparcia organizacyjnego dla rodzin** jako czynnik utrudniający zgłoszenie, a jedynie **dwie osoby** podały pandemię COVID-19 jako barierę w odpowiedzi otwartej. Wyniki te potwierdzają, że program był realizowany w sposób sprzyjający uczestnictwu – przy czytelnych zasadach, dostępnej informacji i niewielkiej liczbie barier instytucjonalnych. Jednocześnie wskazują one na konieczność dalszego wzmacniania motywacji uczestników i projektowania naboru z uwzględnieniem zarówno wymogów programu, jak i realiów społecznych rodzin.

Perspektywa realizatorów projektów, pozyskana w ramach badania CAWI obejmuje także czynniki, które w ich opinii **sprzyjały zgłaszaniu dzieci do udziału w programie**. Z punktu widzenia realizatorów były to przede wszystkim: **atrakcyjność oferowanych zajęć (32 wskazania na 57 projektów)** oraz **informacja przekazana przez szkołę – nauczycieli, dyrektorów, pielęgniarki szkolne (30 wskazań)**. Oznacza to, że zarówno merytoryczna wartość interwencji, jak i sposób komunikowania jej rodzicom, były postrzegane jako dobrze dopasowane do potrzeb i oczekiwań grupy docelowej.

Znaczącą rolę odegrały także czynniki praktyczne i systemowe – **możliwość skorzystania z bezpłatnej diagnostyki i konsultacji specjalistycznych (25)** oraz **dostępność projektu w pobliskiej placówce (23)**. Te odpowiedzi potwierdzają, że **trafność programu rozciągała się nie tylko na poziom koncepcyjny (cele i zakres interwencji), ale również na poziom organizacyjny** – tj. sposób, w jaki oferta była wprowadzana w lokalne konteksty i codzienne realia rodzin.

Warto zwrócić uwagę także na znaczenie **motywacji rodzicielskich, dostrzeganych przez realizatorów RPZ**: chęć poprawy zdrowia dziecka w zakresie otyłości lub wad postawy (22 wskazania) oraz zachęta ze strony innych rodziców (18). Na dalszych pozycjach znalazły się m.in. rekomendacje medyczne (lekarzy POZ – 15, fizjoterapeutów – 16), przyjazna procedura rekrutacyjna (9) oraz możliwość uczestnictwa dziecka wraz z rówieśnikami (12).

Sporadycznie wskazywano kampanie medialne (4), a żadnej roli nie odegrały organizacje pozarządowe.

W ramach wywiadów z rodzicami pogłębiono analizę powodów, dla których zgłaszali dziecko do programu. Analiza wypowiedzi rodziców **ujawnia szerokie spektrum motywacji**, z których wiele miało charakter praktyczny i związany z dostrzeganą potrzebą wsparcia zdrowotnego lub profilaktycznego. Dominującym motywem była **troska o fizyczny rozwój dziecka** – wskazywano na konkretne problemy zdrowotne, takie jak przykurcze mięśni, asymetria postawy czy wcześniejsze opóźnienia rozwojowe. Rodzice traktowali udział w programie jako naturalne uzupełnienie lub kontynuację wcześniejszych działań rehabilitacyjnych, tym bardziej pożądane, że dostępne bezpłatnie i w środowisku szkolnym.

Znaczącym czynnikiem była również **obserwowana nadwaga lub nieprawidłowe nawyki żywieniowe dziecka**. Część respondentów wskazywała, że program stał się impulsem do zmiany, ponieważ „dziecko zaczęło narastać" lub „bardziej lubiło niezdrowe rzeczy". W tym kontekście RPZ był postrzegany jako narzędzie nie tylko interwencyjne, ale też edukacyjne – służące kształtowaniu prozdrowotnych postaw i wzmacnianiu świadomości zarówno dzieci, jak i ich rodzin. Pojawiały się również głosy podkreślające **znaczenie dostępności rehabilitacji w lokalnym środowisku**, bez konieczności czasochłonnych dojazdów, które wcześniej uniemożliwiały skorzystanie z podobnych form wsparcia.

Wypowiedzi respondentów uwidaczniają też **wartość elementów aktywizujących** – takich jak zajęcia ruchowe, basen czy spotkania grupowe – które postrzegane były jako atrakcyjna i korzystna alternatywa dla braku aktywności fizycznej wśród dzieci, szczególnie w młodszych klasach. Część rodziców akcentowała również znaczenie **emocjonalnego zaangażowania dzieci**: niektóre z nich same wyrażały chęć udziału, co wzmacniało pozytywną decyzję opiekunów. W kilku przypadkach pojawiły się motywacje bardziej ogólne – ciekawość, pozytywny wizerunek programu lub przekonanie o jego długofalowej wartości zdrowotnej.

Warto także odnotować szczególne sytuacje, w których udział w programie postrzegany był jako szansa na przełamanie barier rozwojowych lub społecznych – jak w przypadku dziecka z zespołem Aspergera, które dzięki zajęciom RPZ zaczęło chętnie uczestniczyć w WF-ie i innych aktywnościach ruchowych. Tego rodzaju doświadczenia ukazują potencjał programu nie tylko jako interwencji zdrowotnej, ale również jako narzędzia wsparcia integracji i rozwoju psychospołecznego dzieci.

Podsumowując, analiza zgłaszalności do Programu wykazała, że jego model rekrutacyjny, oparty na współpracy z placówkami edukacyjnymi i lokalnym środowiskiem szkolnym, był w przeważającej mierze skuteczny i adekwatny do warunków wdrażania.

Mieszkańcy województwa mazowieckiego, szczególnie rodzice dzieci w wieku szkolnym, preferują **informacje przekazywane przez znane i zaufane instytucje** – przede wszystkim szkoły. Na potrzeby kolejnych tego typu programów rekomenduje się wzmocnienie tej ścieżki komunikacyjnej oraz rozważenie jej uzupełnienia o narzędzia cyfrowe zintegrowane z platformami edukacyjnymi (np. e-dziennik) i komunikatorami używanymi przez rodziców.

Działania informacyjne odegrały kluczową rolę w aktywizacji uczestników. Informacje przekazywane przez nauczycieli, wychowawców i pielęgniarki szkolne były uznawane przez rodziców za najbardziej czytelne, zrozumiałe i wiarygodne. To właśnie ten bezpośredni, zindywidualizowany przekaz – realizowany najczęściej w ramach codziennej komunikacji szkolnej – miał największy wpływ na decyzję o zgłoszeniu dziecka. Masowe kampanie medialne nie odgrywały istotnej roli, a ich wpływ był marginalny.

Najlepszym sposobem rozpowszechniania informacji o programie – zarówno w opinii rodziców, jak i realizatorów – okazała się **bezpośrednia komunikacja przez szkołę**: wiadomości od wychowawców, rozmowy z nauczycielami, zebrania klasowe i informacje przekazywane przez dziennik elektroniczny. W mniejszym stopniu skuteczne były plakaty i ulotki.

Choć struktura zgłaszalności w poszczególnych etapach nie została w pełni prześledzona na poziomie ilościowym w badaniu ewaluacyjnym, z wypowiedzi realizatorów oraz danych CAWI wynika, że **zainteresowanie udziałem w programie było wysokie i utrzymywało się stabilnie**. W części projektów liczba chętnych przekraczała dostępne miejsca, co wskazuje na sukces rekrutacyjny, szczególnie w późniejszych etapach, kiedy informacje o RPZ były lepiej rozpowszechnione.

Najczęściej identyfikowane bariery dotyczyły braku informacji o programie (wskazywane zarówno przez rodziców, jak i realizatorów), ograniczonej liczby miejsc oraz niejasnych kryteriów kwalifikacyjnych. Dodatkowymi utrudnieniami były: skomplikowana procedura zgłoszenia, zbyt późne przekazanie informacji o naborze, a w pojedynczych przypadkach – obawy przed stygmatyzacją czy konieczność dojazdu do placówki. Barier tych doświadczyła jednak mniejszość uczestników.

Do **najważniejszych czynników sprzyjających zgłoszeniom** należały: przejrzystość informacji o programie, uproszczona procedura rekrutacyjna, pozytywne rekomendacje nauczycieli i personelu szkolnego, bezpłatność udziału oraz bliskość realizacji w środowisku lokalnym. Dla rodziców istotne były również: możliwość uzyskania specjalistycznej diagnozy i rehabilitacji, bezpieczeństwo organizacyjne oraz pozytywne doświadczenia z wcześniejszych edycji.

Oprócz działań promocyjnych, silnym motywatorem była **rzeczywista potrzeba wsparcia zdrowotnego dzieci** (otyłość, wady postawy, opóźnienia rozwojowe), a także chęć poprawy kondycji fizycznej lub wzmacniania prozdrowotnych nawyków. W niektórych przypadkach wpływ miały też inicjatywy oddolne rodziców, którzy samodzielnie poszukiwali wsparcia i trafili na RPZ przez szkołę.

5.3.3 Dostępność edukacyjnych form wsparcia

Jednym z kluczowych założeń RPZ było zapewnienie szerokiej, równomiernej terytorialnie i funkcjonalnie dostępności świadczeń zdrowotnych oraz działań edukacyjno-profilaktycznych kierowanych do dzieci zagrożonych otyłością i/lub chorobami kręgosłupa. Odpowiedni dobór miejsc realizacji, form wsparcia oraz kadry specjalistycznej miał na celu eliminowanie barier w dostępie do interwencji, niezależnie od miejsca zamieszkania czy statusu społeczno-ekonomicznego uczestników.

Zgodnie z zapisami RPZ, realizatorzy projektów zobowiązani byli do prowadzenia działań informacyjno-edukacyjnych dostosowanych tematycznie do dwóch głównych modułów interwencji – dotyczących otyłości oraz chorób kręgosłupa. Zakres przekazywanych treści obejmował zarówno wiedzę teoretyczną (m.in. zasady zdrowego żywienia, ergonomia, profilaktyka wad postawy), jak i rozwijanie praktycznych umiejętności, takich jak komponowanie zbilansowanych posiłków czy wykonywanie prostych ćwiczeń fizycznych.

Działania te miały być realizowane w formach adekwatnych do wieku i możliwości uczestników – z wykorzystaniem wykładów, warsztatów, pogadanek, zabaw i innych form interaktywnych. Zakres i sposób realizacji zajęć pozostawał jednak w dużej mierze zależny od decyzji organizacyjnych beneficjentów, co mogło prowadzić do istotnych różnic w ich

dostępności i jakości. W niniejszej części dokonano oceny rzeczywistego dostępu uczestników do działań edukacyjnych w ramach RPZ – zarówno z perspektywy formalnych założeń programu, jak i na podstawie danych ilościowych i jakościowych pozyskanych w toku badania ewaluacyjnego.

Skalę działań informacyjno-edukacyjnych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 8).

Tabela 8 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań edukacyjnych, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=34 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=67 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:	**4 785**	**70**
11.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym **otyłości**, w tym:	2 341	41
11.1.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości	1 657	41
11.1.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości	1 353	41
11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, w tym:	2 438	73
11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 410	73
11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 341	73

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne, przy czym N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=34 dla modułu dotyczącego otyłości, n=67 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa

Dane dotyczące miernika 11, raportowane przez realizatorów projektów, są obarczone znaczną niejednorodnością. W części projektów realizatorzy raportowali te dane w liczbie przeprowadzonych jednostek zajęciowych, w innych – w liczbie godzin, a niekiedy brak było informacji o przyjętym sposobie liczenia. Ponadto wartość mierników 11.1.1 i 11.1.2 oraz 11.2.1 i 11.2.2 w części sprawozdań z RPZ nie sumuje się, co świadczy o rozbieżnościach w sposobie ich raportowania. Z niektórych sprawozdań wynika, że działania edukacyjne realizowano łącznie dla uczestników projektów i ich rodziców (tj. wartość mierników 11.1, 11.1.1 i 11.1.2 była taka sama), z innych wynika, że działania były realizowane oddzielnie dla obu grup i wartości mierników są różne. Brak jednolitych zasad w zakresie raportowania miernika 11 ogranicza możliwość bezpośrednich porównań między projektami.

W ramach **modułu dotyczącego otyłości**, zgodnie ze sprawozdaniami z realizacji RPZ, zarejestrowano łącznie 1 657 działań edukacyjnych skierowanych do uczestników programu (miernik 11.1.1) oraz 1 353 działań skierowanych do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.1.2), łącznie: **2 341** interwencje edukacyjne (miernik 11.1). W ramach modułu dotyczącego chorób kręgosłupa zarejestrowano łącznie 1 410 działań edukacyjnych skierowanych do uczestników programu (miernik 11.2.1) oraz 1 341 działań skierowanych do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.2.2), łącznie **2 438** interwencje edukacyjnych (miernik 11.2).

W materiałach jakościowych z wywiadów indywidualnych (TDI) komponent edukacyjny, zarówno w odniesieniu do moduły dotyczącego otyłości, jak i chorób kręgosłupa, był wspominany był przez rodziców **stosunkowo rzadko i zazwyczaj w sposób ogólny.** Pojawiły się pojedyncze wypowiedzi, w których wskazywano, że dzieci z rodzicami uczestniczyły wspólnie z zajęciach edukacyjnych, co mogło przyczynić się do zwiększenia świadomości zdrowotnej nie tylko u dzieci, ale również u dorosłych. W jednej z relacji zaakcentowano, że dzieci wyniosły z programu zdrowe nawyki żywieniowe, a inny rodzic zwrócił uwagę, że przekaz edukacyjny był jasny i zrozumiały. Zdecydowanie częściej pojawiają się pozytywne opinie na temat gimnastyki korekcyjnej i zajęć ruchowych niż na temat edukacji jako takiej.

Choć wypowiedzi te potwierdzają obecność elementów edukacyjnych w programie, nie wskazują jednoznacznie na ich formę, zakres ani systematyczność – co wynikać może z dość dużego odstępu czasowego między udziałem dziecka w programie (lata 2018 - 2022) a momentem realizacji badania. Brak odwołań do warsztatów, prezentacji czy działań edukacyjnych może również świadczyć o ograniczonej rozpoznawalności tych działań przez uczestników lub o ich niedostatecznym wyróżnieniu w strukturze interwencji. W efekcie, wnioski płynące z tej części materiału jakościowego pozwalają jedynie częściowo uzupełnić dane ilościowe i sugerują potrzebę wyraźniejszego zakomunikowania i wyodrębnienia komponentu edukacyjnego w projektach zdrowotnych.

5.3.4 Dostępność terapeutycznych form wsparcia

Interwencja terapeutyczna stanowiła zasadniczy komponent RPZ, ukierunkowany na bezpośrednie oddziaływanie zdrowotne w odniesieniu do dzieci zagrożonych otyłością i/lub chorobami kręgosłupa. W obu modułach przyjęto kompleksowy model oddziaływań, łączący regularną aktywność fizyczną, wsparcie specjalistów (lekarzy, dietetyków, fizjoterapeutów) oraz działania motywujące i profilaktyczne, np. z nieobligatoryjnym uwzględnieniem komponentu psychologicznego.

W module dotyczącym **otyłości** interwencja obejmowała m.in. zajęcia ruchowe prowadzone co najmniej dwa razy w tygodniu, indywidualne porady dietetyczne oraz cykl badań lekarskich oceniających skuteczność interwencji. Celem tych działań było nie tylko doraźne obniżenie masy ciała, ale także trwała zmiana stylu życia dziecka i jego rodziny. W przypadku **chorób kręgosłupa** interwencje terapeutyczne skupiały się na poprawie postawy ciała i sprawności fizycznej, a także na zapobieganiu pogłębianiu się dysfunkcji, z wykorzystaniem takich metod jak gimnastyka korekcyjna, kinezyterapia czy terapia manualna. W obu przypadkach obowiązywał standard zapewnienia minimum trzech badań kontrolnych (początkowego, śródinterwencyjnego i końcowego), których wyniki służyły indywidualizacji zaleceń i ocenie efektywności świadczeń.

W niniejszej części dokonano oceny dostępności i rzeczywistego zakresu realizacji interwencji terapeutycznej – na podstawie danych ilościowych oraz materiału jakościowego.

Skalę działań terapeutycznych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 9).

Tabela 9 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań terapeutycznych, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są

dostępne (N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=34 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=67 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:	**166 766**	**70**
8.1. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:	10 499	56
8.1.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	9 932	53
8.1.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	478	53
8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w tym:	155 906	73
8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	134 014	73
8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	21 791	73
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:	**28 294**	**70**
9.1. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:	7 666	50
9.1.1. liczba badań początkowych	1 998	50
9.1.2. liczba badań w środku interwencji	1 498	50
9.1.3. liczba badań końcowych	1 448	50
9.1.4. liczba innych badań	2 722	50
9.2. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa programu, w tym:	20 628	73
9.2.1. liczba badań początkowych	7 072	73
9.2.2. liczba badań w środku interwencji	4 938	73
9.2.3. liczba badań końcowych	4 714	73
9.2.4. liczba innych badań	3 904	73
10. Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych (tylko moduł dot. otyłości)	**5 512**	**53**
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:	**216**	**70**
13.1. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości	39	53
13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa	177	73

źródło: opracowanie własne

* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne, przy czym N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=34 dla modułu dotyczącego otyłości, n=67 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa

Także w odniesieniu do tych mierników należy dokonać istotnych zastrzeżeń metodologicznych dotyczących:

- w przypadku miernika 8 – w części projektów realizatorzy raportowali dane o liczbie zajęć ruchowych w postaci liczby przeprowadzonych jednostek zajęciowych, w innych – liczby godzin, a niekiedy brak było informacji o przyjętym sposobie liczenia. Taka niejednolitość ogranicza możliwość bezpośrednich porównań między projektami,
- w przypadku miernika 9, odnoszącego się do liczby badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, trudności interpretacyjne budzi podkategoria "inne badania", której znaczenie nie było

jednoznacznie definiowane. W części sprawozdań „inne" odnosiło się do badań kwalifikacyjnych przeprowadzanych na początku interwencji, ale nie wszystkie projekty je w tej kategorii wykazywały – mimo że takie badania prawdopodobnie miały miejsce w każdej interwencji. To rodzi ryzyko nieporównywalności danych i może prowadzić do zaniżenia lub zawyżenia rzeczywistej liczby działań diagnostycznych w analizie zbiorczej.

W **module otyłości dane dotyczące liczby wykonanych badań lekarskich** (miernik 9.1.) wskazują, że było ich łącznie **7 666** – przy czym dane te obejmują tylko 17 z 34 projektów. W tej liczbie znalazły się zarówno badania początkowe (1 998), przeprowadzane w ramach kwalifikacji, jak i badania w środku interwencji (1 498) oraz końcowe (1 448), służące ocenie efektów zdrowotnych. Istotny udział w ogólnej liczbie miały również inne badania (2 722), które najczęściej obejmowały kwalifikacje medyczne czy dodatkową ocenę stanu zdrowia. Choć rozkład tych badań wskazuje na pewne różnice w sposobie ich raportowania między projektami, to łącznie potwierdzają one, że komponent diagnostyczny programu był intensywnie realizowany i obejmował zarówno standardową ścieżkę oceny stanu zdrowia, jak i działania uzupełniające, podejmowane adekwatnie do potrzeb uczestników.

Dane dot. **liczby wykonanych badań lekarskich w module dotyczącym chorób kręgosłupa** są dostępne na wyższym poziomie, niż w przypadku modułu dotyczącego otyłości (tj. dla 49 z 67 projektów). W module tym łącznie przeprowadzono 20 628 badań. W tej liczbie ujęto badania początkowe (7 072), badania śródinterwencyjne (4 938) i końcowe (4 714). Znaczącą część ogólnej liczby stanowiły również inne badania (3 904). Wysoka liczba świadczeń potwierdza, że komponent diagnostyczny w module dotyczącym chorób kręgosłupa był szeroko wdrażany i służył zarówno bieżącej kontroli stanu zdrowia, jak i dostosowywaniu działań terapeutycznych do potrzeb uczestników.

Dane dotyczące **liczby skierowań na pogłębioną diagnostykę medyczną** stanowią ważne uzupełnienie analizy dostępności działań terapeutycznych w obu modułach RPZ. W module dotyczącym otyłości odnotowano 39 takich przypadków (miernik 13.1), co stanowi około 0,65% spośród 5 976 uczestników, natomiast w module dotyczącym chorób kręgosłupa – 177 przypadków (miernik 13.2), czyli ok. 1,38% z 12 835 uczestników. Choć wskaźniki te wskazują na ograniczoną skalę skierowań, należy pamiętać, że pogłębiona diagnostyka nie była przewidziana jako element standardowy, lecz jako procedura interwencyjna, uruchamiana w sytuacjach wymagających dodatkowej oceny klinicznej. Różnica w częstości skierowań między modułami może wynikać z większego zróżnicowania objawów i trudności diagnostycznych w obszarze chorób kręgosłupa.

Jednocześnie, zgodnie z wynikami badania CAWI, większość realizatorów projektów nie zaobserwowała istotnego wpływu RPZ na zwiększenie dostępności do specjalistycznych badań i konsultacji. Może to wskazywać, że chociaż program spełniał funkcję wstępnej identyfikacji bardziej złożonych przypadków zdrowotnych, to jego rola w zakresie faktycznego inicjowania szerszego procesu diagnostyczno-leczniczego poza strukturą programu była ograniczona. Tym samym **komponent diagnostyczny RPZ należy postrzegać przede wszystkim jako narzędzie bieżącego monitorowania postępów uczestników i wspierania decyzji terapeutycznych w ramach interwencji, a nie jako element trwale zwiększający dostęp do systemowych rozwiązań specjalistycznych**.

W przypadku modułu dotyczącego otyłości specyficznym elementem oddziaływań terapeutycznych były **indywidualne porady dietetyczne**, których skalę powinien odzwierciedlać miernik 10. Analiza miernika 10 napotyka jednak istotne ograniczenia związane z dostępnością i kompletnością danych. Spośród 34 projektów realizowanych w

tym module, jedynie dla 18 dostępne są jakiekolwiek informacje dotyczące tego wskaźnika. Co więcej, nawet w tych przypadkach dane często nie obejmują pełnego okresu realizacji projektu, ponieważ sprawozdania przekazane do analizy dotyczą tylko wybranych lat wdrażania RPZ. Może to oznaczać, że w części projektów porady dietetyczne nie zostały jeszcze przeprowadzone w momencie sprawozdawania.

W analizowanej grupie 18 projektów odnotowano łącznie **5 512 indywidualnych porad dietetycznych udzielonych 3 723 uczestnikom**. Wskaźnik intensywności porad (liczba porad na uczestnika) przyjął wartości od 0 do 5,8, a jego średnia wyniosła około **1,48**. W 5 projektach liczba porad była równa 0, co potwierdza brak realizacji tego komponentu w analizowanym okresie lub jego nieraportowanie. W pozostałych projektach intensywność wsparcia była bardzo zróżnicowana – od sporadycznych konsultacji po regularne, wielokrotne spotkania z dietetykiem.

Najwyższą łączną liczbę porad odnotowano w projekcie obejmującym największą liczbę uczestników wśród projektów w module dotyczącym otyłości - zrealizowano w nim aż 2 200 porad dla 875 uczestników, co przekłada się na wskaźnik 2,5 porady na osobę. W kilku projektach liczba porad była niemal równa lub przekraczała liczbę uczestników, co może świadczyć o wprowadzeniu indywidualnych planów żywieniowych lub cyklicznych konsultacji jako standardu postępowania.

Dane te potwierdzają, że mimo ograniczonej sprawozdawczości, **indywidualne porady dietetyczne w części projektów odgrywały ważną rolę w ramach interwencji RPZ**, stanowiąc istotne uzupełnienie działań edukacyjnych i wspierając uczestników w praktycznym wdrażaniu zaleceń zdrowotnych. Jednocześnie duża rozpiętość wartości oraz brak danych dla niemal połowy projektów utrudniają ocenę spójności realizacji tego komponentu w skali całego programu.

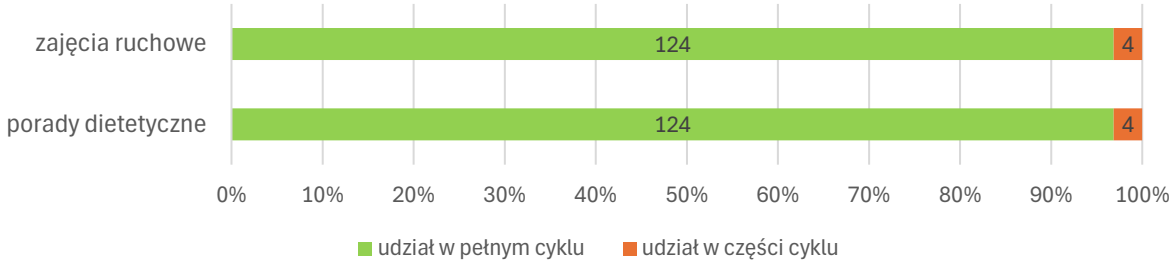
Wypowiedzi rodziców dzieci uczestniczących w programie (TDI) potwierdzają, że **porady dietetyczne były dla wielu rodzin ważnym i zauważalnym elementem interwencji**. W kontekście analizy ilościowej (5 512 porad dla 3 723 uczestników w 18 projektach), materiał jakościowy potwierdza, że **wsparcie dietetyczne miało miejsce i w części przypadków odegrało istotną rolę w kształtowaniu prozdrowotnych zachowań**. Jednocześnie wyniki te wskazują na potrzebę dalszej standaryzacji i doprecyzowania zakresu takich porad – tak, aby lepiej odpowiadały na oczekiwania rodzin oraz miały bardziej przełożenie na konkretne działania w codziennym funkcjonowaniu dzieci i ich opiekunów.

Ocena rzeczywistej dostępności poszczególnych form interwencji terapeutycznej jest możliwa na podstawie wyników badania CATI wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w programie. Respondentów pytano o udział dzieci w pełnym lub częściowym cyklu świadczeń przewidzianych w programie – zarówno w zakresie aktywności fizycznej, jak i indywidualnych porad dietetycznych. Analiza tych danych pozwala określić, na ile założenia programowe dotyczące ciągłości i kompleksowości wsparcia były realizowane w praktyce.

W module dotyczącym otyłości zdecydowana większość uczestników skorzystała z pełnego cyklu świadczeń – zarówno w odniesieniu do zajęć ruchowych, jak i porad dietetycznych (wykres 22). Spośród badanych rodziców, aż 124 osoby zadeklarowały, że ich dziecko brało udział w całym przewidzianym cyklu zajęć ruchowych oraz w pełnej serii indywidualnych konsultacji dietetycznych. Tylko 4 osoby w obu przypadkach wskazały udział ograniczony do części cyklu. Dane te potwierdzają efektywną realizację standardu

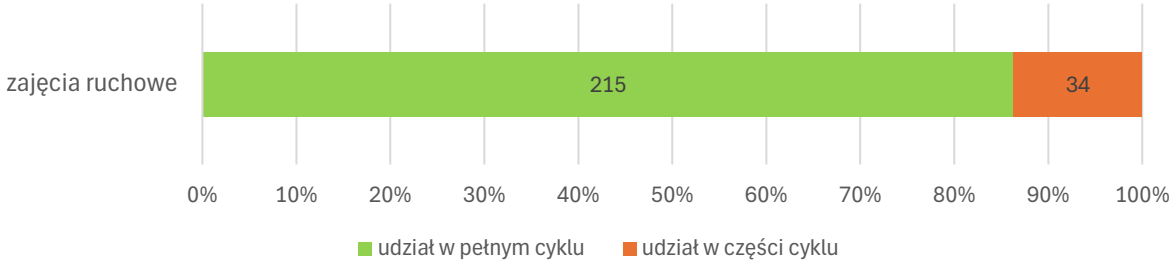
regularności świadczeń, który w przypadku zajęć fizycznych i porad dietetycznych zakładał określoną minimalną liczbę spotkań w odniesieniu do każdego uczestnika programu.

Wykres 22 Korzystanie z poszczególnych działań terapeutycznych przez dzieci w programie w module dotyczącym otyłości, na podstawie deklaracji rodziców (n=128)



W module dotyczącym chorób kręgosłupa również zdecydowana większość uczestników skorzystała z pełnego cyklu zajęć ruchowych – 215 rodziców/opiekunów zadeklarowało, że ich dziecko uczestniczyło we wszystkich zaplanowanych zajęciach, natomiast 34 osoby wskazały udział jedynie częściowy (wykres 23). Choć odsetek osób, które nie zrealizowały pełnego cyklu, jest wyższy niż w module dotyczącym otyłości, dane te wciąż świadczą o wysokim poziomie dostępności i realizacji terapeutycznej części interwencji. Wyniki potwierdzają, że podstawowe założenie RPZ – zapewnienie regularnej aktywności fizycznej jako formy profilaktyki i terapii – zostało w przeważającej mierze zrealizowane.

Wykres 23 Korzystanie z zajęć ruchowych przez dzieci w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa, na podstawie deklaracji rodziców (n=249)



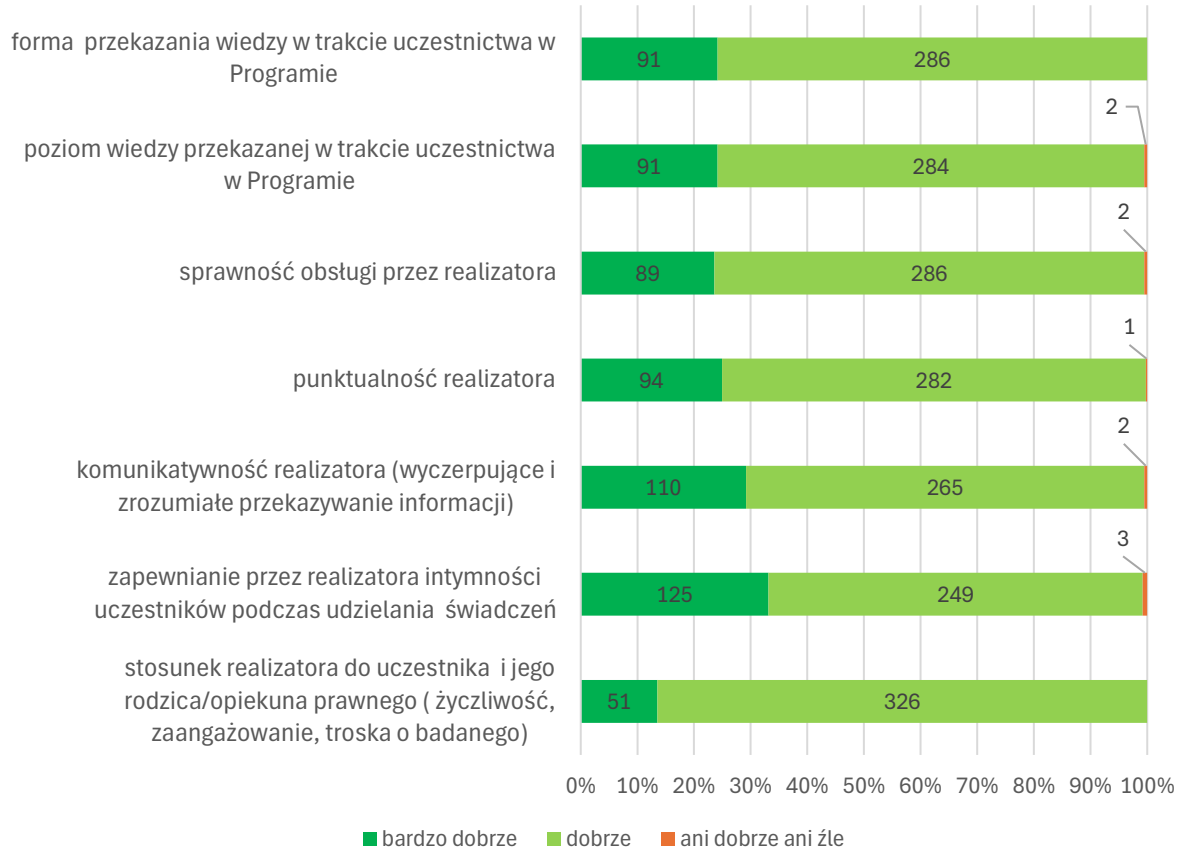
5.3.5 Dostępność i jakość realizacji świadczeń z perspektywy uczestników RPZ

Ocena dostępności świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych w ramach RPZ wymaga uwzględnienia nie tylko ich liczby i zakresu, ale także jakości realizacji – rozumianej jako sposób świadczenia usług oraz warunki ich udzielania. Z tego względu w badaniu ewaluacyjnym uwzględniono opinie rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w programie, dotyczące m.in. poziomu komunikacji, sprawności organizacyjnej, atmosfery podczas udzielania świadczeń, a także sposobu przekazywania wiedzy. Wyniki te pozwalają uchwycić subiektywny wymiar dostępności – wskazując, w jakim stopniu realizowane wsparcie było nie tylko formalnie dostępne, ale również przyjazne, zrozumiałe i adekwatne do potrzeb odbiorców.

Wyniki badania CATI przeprowadzonego wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ wskazują na **bardzo wysoką ocenę jakości realizacji świadczeń** (wykres 24) – zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i relacyjnym. Respondenci zostali poproszeni o ocenę kilku aspektów świadczenia wsparcia, obejmujących m.in. stosunek personelu do

uczestników, warunki organizacyjne, komunikatywność, punktualność oraz sposób przekazywania wiedzy.

Wykres 24 Ocena jakości realizacji świadczeń z perspektywy rodziców/opiekunów uczestników RPZ (N=377)



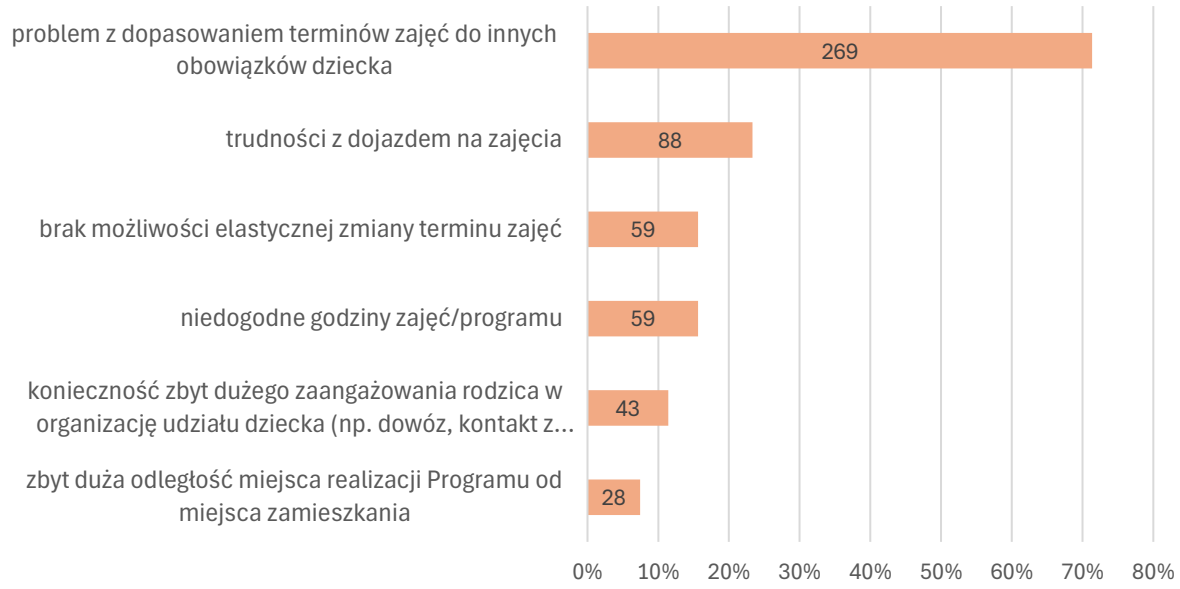
We wszystkich analizowanych obszarach zdecydowana większość ocen mieści się w dwóch najwyższych kategoriach („bardzo dobrze” i „dobrze”), co świadczy o wysokim poziomie satysfakcji z udziału w programie. Brak odpowiedzi negatywnych oraz bardzo niski odsetek ocen neutralnych („ani dobrze, ani źle”) potwierdza pozytywny odbiór programu z perspektywy jego uczestników.

Najlepiej oceniono stosunek realizatorów do dzieci i ich rodzin, komunikatywność oraz punktualność i sprawność organizacyjną świadczeń. Równie wysoko oceniono poziom oraz formę przekazywanej wiedzy, co świadczy o tym, że działania edukacyjne były prowadzone w sposób dostosowany do potrzeb i możliwości odbiorców – przystępnie, jasno i w angażującej formie.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że świadczenia oferowane w ramach RPZ były nie tylko dostępne w sensie organizacyjnym, ale także świadczone w sposób przyjazny, profesjonalny i z poszanowaniem potrzeb dzieci oraz ich opiekunów. Wysokie oceny we wszystkich analizowanych obszarach wskazują na dobrą jakość usług oraz adekwatność przyjętego modelu wsparcia.

Pomimo ogólnej dostępności form wsparcia oferowanych w ramach RPZ, wyniki badania CATI wskazują na występowanie szeregu trudności organizacyjnych, które mogły ograniczać pełne uczestnictwo dzieci w programie (wykres 25).

Wykres 25 Trudności doświadczane przez rodziców/opiekunów w związku z udziałem ich dzieci w RPZ (N=377)i



Najczęściej wskazywaną trudnością związaną z udziałem dziecka w programie była **konieczność dopasowania terminów zajęć do innych obowiązków** – ten problem zadeklarowało blisko trzy czwarte respondentów badania CATI. W dalszej kolejności wymieniano trudności z dojazdem, niedogodne godziny zajęć oraz brak możliwości elastycznej zmiany terminu. Część rodziców zwracała też uwagę na potrzebę dużego zaangażowania organizacyjnego po ich stronie, np. w zakresie dowozu dziecka czy kontaktu z realizatorem. Choć problemy te dotyczyły części uczestników, ich łączny obraz wskazuje na konieczność zwiększenia elastyczności organizacyjnej programu – zarówno w zakresie harmonogramu, jak i lokalizacji świadczeń. Wnioski te są istotne w kontekście planowania przyszłych edycji programów zdrowotnych, zwłaszcza jeśli mają one lepiej odpowiadać na zróżnicowane potrzeby rodzin.

Warto jednak zauważyć, że opinie rodziców wyrażone w wywiadach pogłębionych (TDI) rysują nieco inny obraz – bardziej zindywidualizowany i osadzony w lokalnym kontekście. W wielu wypowiedziach **podkreślano wysoki poziom dostępności zajęć ruchowych, w tym gimnastyki korekcyjnej i basenu**, jako dobrze zorganizowanych i pozytywnie odbieranych elementów programu. Zajęcia te odbywały się często na terenie szkoły lub w jej bezpośrednim sąsiedztwie, co minimalizowało konieczność dodatkowych dojazdów i ułatwiało włączenie ich w codzienny rytm dnia. Kluczowe znaczenie miała również możliwość wyboru spośród kilku placówek lub terminów zajęć, co w wielu przypadkach ułatwiało logistykę.

Różnice między wynikami badań CATI i TDI mogą wynikać z odmiennych metod zbierania danych – badanie CATI obejmowało szerszą grupę respondentów i koncentrowało się na katalogu potencjalnych trudności, podczas gdy wywiady TDI pozwalały na bardziej pogłębione uchwycenie konkretnych doświadczeń. W efekcie, mimo że część uczestników napotykała na bariery organizacyjne, w wielu przypadkach program był oceniany jako dobrze dostosowany do potrzeb rodzin, co potwierdza pozytywną ocenę jego dostępności funkcjonalnej w praktyce.

Zgodnie z opiniami rodziców wyrażonymi w ankiecie CATI, **poszczególne formy wsparcia były udzielane w ilości, czasie i częstotliwości zgodniej z potrzebami dzieci**. Wyjątkiem

są porady dietetyczne, których rodzice oczekiwaliby więcej. Natomiast opinie rodziców w ramach wywiadów swobodnych wskazują, że mimo ogólnie pozytywnej oceny dostępności i organizacji działań RPZ, **istnieją obszary wymagające dopracowania**, zwłaszcza w zakresie planowania, komunikacji oraz długości trwania interwencji. Zgłaszane trudności z harmonogramem – wcześniej potwierdzone w badaniu CATI – znalazły swoje odzwierciedlenie także w relacjach indywidualnych. Krytycznie oceniano m.in. **zbyt krótki czas trwania programu lub jego rozpoczęcie w nieoptymalnym momencie roku szkolnego** (np. tuż przed wakacjami), co mogło ograniczać skuteczność i wpływ działań terapeutycznych. Rodzice deklarowali również **potrzebę wydłużenia niektórych komponentów** – np. zajęć na basenie – które były przez dzieci szczególnie lubiane i postrzegane jako najbardziej atrakcyjne.

Niektóre wypowiedzi wskazują także na kwestie związane z **barierami symbolicznymi i komunikacyjnymi**. Przykładowo, używanie pojęcia „otyłość" jako oficjalnej etykiety programu budziło dyskomfort u dziecka i jego rodziny, co może sugerować potrzebę większej wrażliwości językowej i unikania stygmatyzujących sformułowań na etapie rekrutacji i organizacji zajęć. To szczególnie istotne w przypadku dzieci i młodzieży, gdzie sposób komunikowania celu interwencji może wpływać na poczucie akceptacji i motywację do udziału.

Z drugiej strony, respondenci akcentowali również pozytywne aspekty dostępności programu – w tym jego lokalność, możliwość udziału bez dodatkowych kosztów oraz dostosowanie do potrzeb i możliwości dziecka. Dla wielu rodzin już sama obecność programu w szkole i jego bezpłatny charakter stanowiły istotne wsparcie, szczególnie w kontekście niedoboru powszechnie dostępnych działań profilaktycznych i terapeutycznych.

Komentarze te uzupełniają wcześniejsze dane ilościowe i jakościowe, wzmacniając wniosek o potrzebie **większej elastyczności organizacyjnej RPZ – zarówno w wymiarze czasowym, jak i komunikacyjnym**. Jednocześnie podkreślają wartość samej dostępności interwencji w środowisku szkolnym jako elementu sprzyjającego wyrównywaniu szans zdrowotnych dzieci.

Podsumowując, analiza dostępności świadczeń w ramach RPZ ujawnia złożony obraz, w którym **wysoka jakość organizacyjna i lokalna dostępność zajęć współistnieją z wyzwaniami funkcjonalnymi i logistycznymi wpływającymi na udział uczestników**. Dane ilościowe wskazują na pozytywne oceny beneficjentów w zakresie kontaktu z personelem realizującym świadczenia, komunikatywności, punktualności oraz sprawności organizacyjnej. Z perspektywy uczestników i ich opiekunów zajęcia były w dużej mierze dostępne fizycznie i realizowane w formatach przyjaznych dla rodzin – często lokalnie, w szkołach lub pobliskich placówkach, z zachowaniem elastyczności terminowej.

Jednocześnie jednak, wyniki badań ilościowych i jakościowych ujawniają, że dla istotnej części uczestników dostępność była ograniczana przez czynniki organizacyjne – takie jak trudność w dopasowaniu zajęć do rytmu dnia dziecka, brak elastyczności harmonogramów, niedogodne godziny zajęć czy potrzeba dużego zaangażowania rodziców w dowóz i kontakt z organizatorami. Choć były to trudności zgłaszane przez mniejszość respondentów, ich powtarzalność i charakter wskazują na realny wpływ na możliwość udziału.

Wypowiedzi rodziców ujawniają również dodatkowy wymiar dostępności – emocjonalny i symboliczny – związany m.in. z językiem używanym przy komunikacji o programie (np. stygmatyzujące odniesienia do otyłości) oraz długością i ciągłością wsparcia. Pojawiały się

sugestie wydłużenia interwencji, lepszego dostosowania do cyklu roku szkolnego oraz potrzeby kontynuacji działań po zakończeniu projektu.

Wnioski te wskazują, że dostępność świadczeń należy rozumieć nie tylko w kategoriach geograficznych, ale także funkcjonalnych i kulturowych. Dla zapewnienia pełniejszego włączenia i realnej możliwości korzystania z interwencji, programy zdrowotne powinny uwzględniać elastyczne modele organizacji wsparcia, unikać języka mogącego wywoływać poczucie wykluczenia oraz oferować ciągłość działań wspierających zmianę stylu życia.

Zebrane dane sugerują, że dostępność RPZ była generalnie wysoka, ale nierównomierna – zależna od lokalnych uwarunkowań, modelu realizacji oraz zdolności rodziny do dostosowania się do oferowanego schematu. W przyszłych działaniach z zakresu zdrowia publicznego warto wzmocnić komponent projektowania zorientowanego na użytkownika, z uwzględnieniem różnic w możliwościach organizacyjnych rodzin oraz zapewnieniem większej elastyczności harmonogramów i dopasowania form wsparcia do rytmu życia rodzin z dziećmi.

5.4. Użyteczność programu z perspektywy uczestników

Rozdział ten przedstawia ocenę RPZ z punktu widzenia jego rzeczywistej przydatności dla uczestników – zarówno dzieci objętych interwencją, jak i ich opiekunów. Analiza dotyczy postrzeganych korzyści, wpływu programu na codzienne życie, stopnia wykorzystania zdobytej wiedzy.

W badaniu CATI rodzice/opiekunowie zostali poproszeni o ocenę jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu, korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało bardzo niską, a 5 – bardzo wysoką jakość. Poniżej przedstawiono wyniki tych ocen dla poszczególnych komponentów interwencji.

Na podstawie ocen rodziców uczestników programu w **module dotyczącym otyłości** (n=128), wszystkie analizowane świadczenia zdrowotne uzyskały wysokie oceny jakościowe. Średnie i mediany ocen kształtują się następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia 4,26, mediana 4,0
- porady dietetyczne: średnia 4,34, mediana 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia 4,28, mediana 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia 4,29, mediana 4,0

We wszystkich przypadkach mediana ocen wynosi 4,0, co świadczy o dominującej ocenie „dobrze”, przy jednoczesnym znaczącym udziale ocen „bardzo dobrze”. Brak ocen negatywnych (1 lub 2) potwierdza wysoką jakość realizowanych świadczeń w oczach beneficjentów programu.

Bardzo podobnie kształtują się opinie rodziców, których dzieci uczestniczyły w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa (n=249) – również wskazują na bardzo wysoki poziom satysfakcji. Analiza średnich i median dla poszczególnych komponentów wygląda następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia: 4,23, mediana: 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia: 4,23, mediana: 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia: 4,26, mediana: 4,0

Wszystkie świadczenia uzyskały dominujące oceny „dobrze” i „bardzo dobrze”, przy całkowitym braku ocen negatywnych (1–2) dla wizyty kwalifikacyjnej i zajęć ruchowych, oraz

jedynie pojedynczym przypadkiem oceny „1” dla badań końcowych. Dane te potwierdzają wysoki poziom akceptacji i pozytywną ocenę jakości usług terapeutycznych świadczonych w ramach RPZ.

Wypowiedzi rodziców uczestniczących w wywiadach pogłębionych (TDI) potwierdzają i uzupełniają wnioski płynące z badania CATI, w którym **jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu oceniano bardzo wysoko**. Ogólny obraz opinii wskazuje, że program był postrzegany jako wartościowy, dobrze zorganizowany i niosący realne korzyści zdrowotne, zwłaszcza w zakresie zwiększenia aktywności fizycznej dzieci i kształtowania zdrowych nawyków żywieniowych. Rodzice podkreślali widoczne efekty – zarówno w postaci poprawy kondycji fizycznej dzieci, jak i zmian w codziennych wyborach żywieniowych.

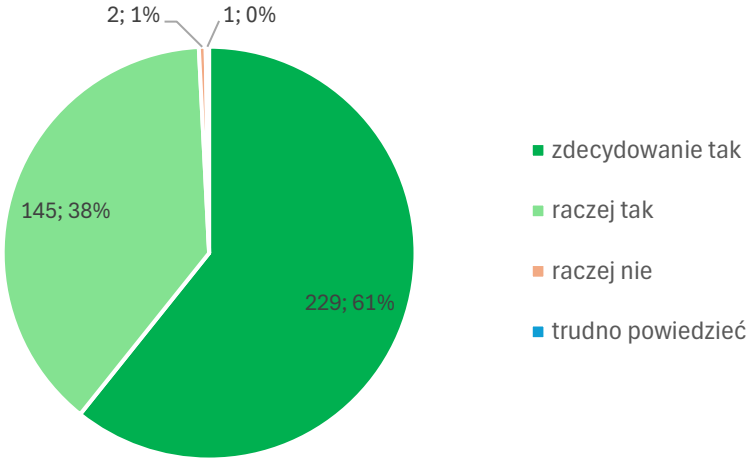
Wśród **pozytywnych aspektów** najczęściej wskazywano: zaangażowanie kadry, intensywność zajęć ruchowych, motywujący wpływ dietetyków, a także rosnącą świadomość zdrowotną wśród dzieci i ich rodzin. Zauważano, że autorytet osoby z zewnątrz (np. dietetyka) bywał skuteczniejszy niż komunikaty od rodziców, co przekładało się na lepszą akceptację zaleceń zdrowotnych. Dodatkowym atutem była forma prowadzenia zajęć – przystępna, atrakcyjna i w miarę możliwości dopasowana do zainteresowań dzieci.

Jednocześnie pojawiły się **sygnały krytyczne**, które warto uwzględnić w kontekście interpretacji ocen jakości świadczeń. Dotyczyły one przede wszystkim potrzeby większej indywidualizacji zajęć ruchowych (np. lepszego doboru ćwiczeń do rodzaju schorzeń), braku informacji dla rodziców o przebiegu zajęć oraz niedostatecznej szczegółowości przekazywanych zaleceń dietetycznych. Część respondentów wskazywała, że mimo pozytywnego odbioru programu, jego czas trwania był zbyt krótki, by utrwalić zmiany u dzieci wymagających głębszego wsparcia. Zwracano także uwagę na potrzebę większej dojrzałości pedagogicznej prowadzących zajęcia – zwłaszcza w przypadku grup zróżnicowanych wiekowo lub z udziałem dzieci ze specjalnymi potrzebami.

Podsumowując, jakość świadczeń była oceniana bardzo wysoko – zarówno w wymiarze ilościowym (oceny na skali), jak i jakościowym (wypowiedzi rodziców). Opinie jakościowe wzbogacają jednak ten obraz o ważne niuanse: potrzebę dopasowania interwencji do indywidualnych potrzeb dziecka, uzupełnienia wsparcia o konkretne narzędzia (np. jadłospisy), a także zadbania o aspekt informacyjny i wychowawczy w relacji z rodzicami. Wskazuje to na wysoki potencjał RPZ oraz konkretne obszary jego dalszego doskonalenia – nawet jeśli w nowej formule lub w ramach innych instrumentów zdrowia publicznego.

Wysoki poziom satysfakcji z Programu znajduje potwierdzenie również w odpowiedziach na pytanie o jego rekomendację (wykres 26).

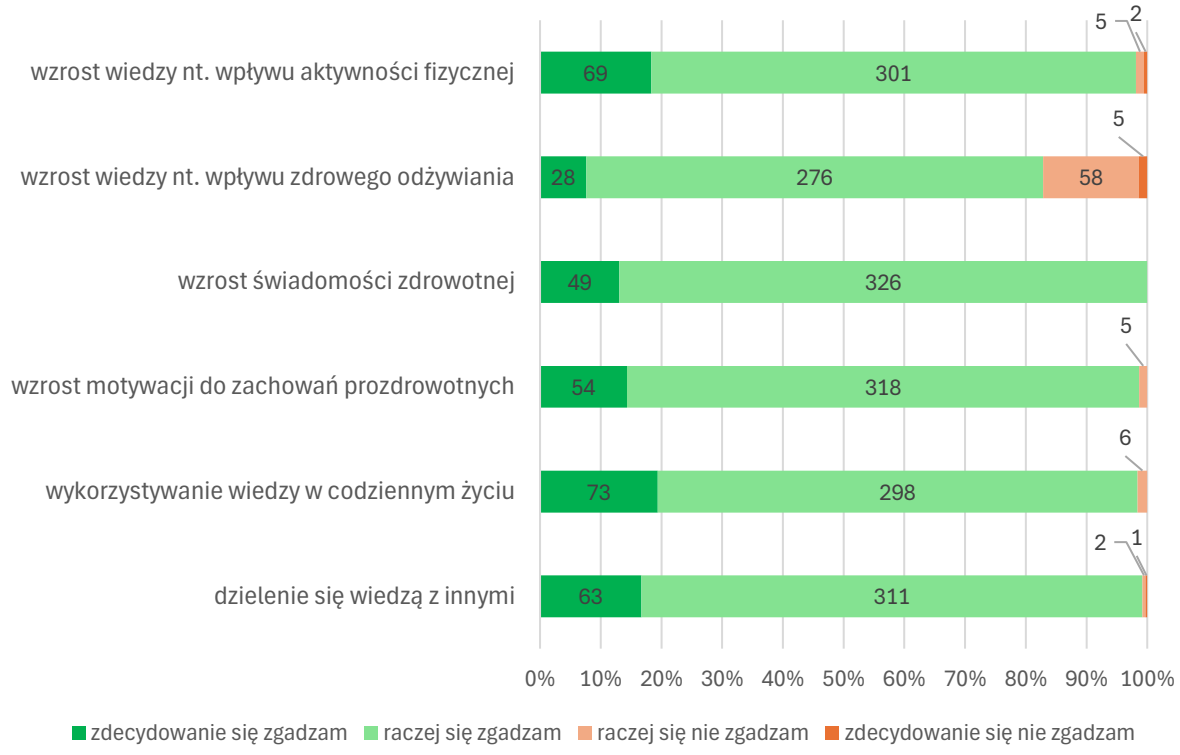
Wykres 26 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ nt. tego, czy poleciliby udział w RPZ innym osobom (N=377)



Aż 374 spośród 377 respondentów zadeklarowało, że z perspektywy czasu zdecydowanie (229 osób) lub raczej (145 osób) poleciliby RPZ innym rodzicom. Tylko 3 osoby nie były w stanie takiej rekomendacji udzielić. Tak jednoznacznie pozytywna struktura odpowiedzi świadczy o wysokim poziomie akceptacji interwencji i jej wartości z punktu widzenia użytkowników końcowych. Oznacza to, że mimo zgłaszanych sugestii usprawnień, RPZ był postrzegany jako program potrzebny, dobrze zorganizowany i wart kontynuacji – także w opinii tych, którzy bezpośrednio doświadczyli jego działania.

Dalsza analiza opinii uczestników potwierdza, że RPZ wywarł realny wpływ na życie rodzin biorących w nim udział (wykres 27).

Wykres 27 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ nt. tego, czy udział w programie przyczynił się do określonych zmian w życiu ich i dziecka (N=377)



Zdecydowana większość respondentów – zarówno zdecydowanie, jak i raczej – zgodziła się z twierdzeniem, że udział w Programie przyczynił się do wzrostu motywacji do zachowań prozdrowotnych, zwiększenia świadomości zdrowotnej, a także częstszego wykorzystywania wiedzy zdobytej w trakcie zajęć. Wysoko oceniono również wpływ Programu na wiedzę dzieci i rodziców na temat znaczenia aktywności fizycznej, natomiast nieco niższy odsetek odpowiedzi pozytywnych odnotowano w obszarze wiedzy dotyczącej zdrowego odżywiania. Wynik ten może sugerować konieczność silniejszego akcentowania tego komponentu w przyszłych działaniach profilaktycznych. Jednocześnie pozytywną wymowę uzyskuje również odpowiedź na pytanie o dzielenie się wiedzą – co może świadczyć o rozprzestrzenianiu się efektów programu poza bezpośrednią grupę uczestników.

Całość wyników potwierdza, że RPZ był postrzegany nie tylko jako doraźna interwencja, ale również jako bodziec do trwałych zmian w postawach, zachowaniach i świadomości zdrowotnej.

5.5. Trwałość efektów RPZ

Trwałość rozumiana jest jako stopień utrzymania pozytywnych zmian po zakończeniu udziału w programie. Ocenie poddano zarówno deklaracje uczestników i ich opiekunów, jak i obserwacje realizatorów dotyczące kontynuacji aktywności zdrowotnych, zmiany nawyków czy dalszego korzystania z wiedzy zdobytej w trakcie interwencji. W analizie uwzględniono również czynniki sprzyjające i utrudniające utrzymanie efektów w dłuższej perspektywie.

Trwałość osiągniętych efektów zdrowotnych i behawioralnych – zarówno w wymiarze klinicznym (np. utrzymanie prawidłowego wskaźnika BMI, poprawa postawy ciała), jak i funkcjonalnym (kontynuacja zaleceń, trwałość zmiany stylu życia) – zgodnie z założeniami RPZ, powinna być monitorowana z wykorzystaniem mierników 18–24.

Należy jednak podkreślić, że dostępność danych dla ww. mierników okazała się w toku analizy ewaluacyjnej bardzo ograniczona. Po pierwsze, dane te nie były elementem bieżącego systemu monitorowania w ramach RPO WM i ich pozyskanie zależało wyłącznie od działań podejmowanych przez beneficjentów w fazie trwałości projektu. Po drugie, w przypadku aż 28 projektów nie było dostępnych żadnych sprawozdań z realizacji RPZ, co uniemożliwiało ocenę realizacji mierników trwałości. W pozostałych projektach dane te – nawet jeśli sprawozdania były dostępne – były często niekompletne lub odnosiły się jedynie do części uczestników, którzy zakończyli udział w programie na tyle wcześnie, by możliwe było przeprowadzenie pomiarów 6- lub 12-miesięcznych.

Zidentyfikowane trudności mogą wynikać zarówno z ograniczeń organizacyjnych (np. brak zasobów do kontynuacji kontaktu z uczestnikami), jak i obiektywnych barier w dotarciu do rodzin po zakończeniu udziału w Programie. W rezultacie analiza mierników 18–24 opiera się wyłącznie na danych szczątkowych i nie pozwala na pełną ocenę skali i zakresu utrzymania efektów zdrowotnych w dłuższej perspektywie.

W kontekście powyższych ograniczeń eksperci uczestniczący w panelu ewaluacyjnym podkreślili **potrzebę opracowania skuteczniejszych i bardziej systemowych narzędzi do monitorowania długofalowych efektów programów zdrowotnych**, takich jak RPZ. Ich zdaniem istotne jest, aby w przyszłości móc weryfikować nie tylko deklaracje uczestników, ale także obiektywne zmiany – np. utrzymanie prawidłowej postawy i masy ciała, kontynuację aktywności fizycznej czy trwałą modyfikację nawyków żywieniowych.

Zaprojektowanie takiego systemu wymagałoby jednak nie tylko rozwiązań technicznych i organizacyjnych (np. zbudowania bazy monitorowania lub systemu przypomnień), ale przede

wszystkim stworzenia modelu, który uwzględnia trudności związane z długoterminowym utrzymaniem kontaktu z uczestnikami i ich rodzinami.

Eksperci zwrócili uwagę, że samo wskazanie potrzeby monitorowania efektów po zakończeniu udziału w programie nie wystarczy – kluczowe jest opracowanie mechanizmów, które zachęcą dzieci i ich opiekunów do dobrowolnego i aktywnego uczestnictwa w takich działaniach. Może to obejmować np. programy motywacyjne, działania edukacyjne lub włączenie monitorowania w rutynowe działania szkół i poradni.

Jednocześnie zaznaczono, że skuteczne wdrożenie takiego modelu wymaga zaangażowania wielu podmiotów – w tym instytucji edukacyjnych, ochrony zdrowia oraz jednostek samorządu terytorialnego – i powinno być traktowane jako element długofalowej polityki zdrowotnej, a nie wyłącznie działania projektowego.

Poniższa tabela prezentuje wartości mierników dotyczących trwałości efektów udziału w RPZ (tabela 10). Jak widać, dostępność danych dla projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości wynosi w okresie po 6 miesiącach od zakończenia udziału uczestnika w projekcie 29% (dane są dostępne dla 10 z 34 projektów), a w okresie po 12 miesiącach – tylko 18% (dane dla 6 z 34 projektów). Dostępność danych dla projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa jest nieco wyższa – dane po 6 miesiącach są dostępne dla 31% projektów (31 z 67 projektów), a po 12 miesiącach dla 27% (18 z 67 projektów).

Tabela 10 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące trwałości efektów zdrowotnych i behawioralnych, , wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=34 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=67 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**3 933**	**32**
18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **6 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego w tym:	**2 302**	**30**
18.1.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w **module dotyczącym otyłości,** od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	546	29
18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w **module dotyczącym chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	1 756	31
18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **12 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**1 631**	**24**
18.2.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w **module dotyczącym otyłości**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	336	18
18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w **module dotyczącym chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	1 295	27
19. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**490**	**29**
20. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**313**	**18**
21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**1 484**	**31**
22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**1 145**	**27**
23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**1 774**	**27**

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
23.1. liczba uczestników programu w **module dotyczącym otyłości**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	498	26
23.2. liczba uczestników programu w **module dotyczącym chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	1 276	30
24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**1 351**	**23**
24.1. liczba uczestników programu w **module dotyczącym otyłości**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	308	15
24.2. liczba uczestników programu w **module dotyczącym chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	1 043	25

źródło: opracowanie własne

* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne, przy czym N=93 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=34 dla modułu dotyczącego otyłości, n=67 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa

5.5.1 Trwałość efektów RPZ w module dotyczącym otyłości z perspektywy sprawozdawczej

Analizą objęto 10 projektów, dla których dostępne były dane dotyczące trwałości efektów po 6 miesiącach. Liczba uczestników objętych pełną ścieżką wsparcia wynosiła w tych projektach łącznie **661** osób. W tej grupie dane pozyskano od:

- **546** uczestników po 6 miesiącach od zakończenia udziału w programie (miernik 18.1.1), co stanowi **82,6%** wszystkich uczestników tych projektów,
- **336** osób po 12 miesiącach (miernik 18.2.1), czyli **50,8%** ogółu uczestników (przy czym dane były raportowane tylko dla 6 projektów).

Choć wartości te świadczą o stosunkowo dobrej skuteczności pomiarów w pierwszym okresie po zakończeniu programu, to znaczny spadek wskaźnika po upływie 12 miesięcy wskazuje na rosnące trudności w utrzymaniu kontaktu z uczestnikami w dłuższym horyzoncie czasowym. Wyniki te potwierdzają również znaczną rozpiętość skuteczności pomiaru w poszczególnych projektach: po 6 miesiącach odsetek uczestników, od których udało się zebrać dane, wahał się od 17% do 100%, natomiast po 12 miesiącach – od 0% do 100%. W trzech projektach nie udało się zebrać żadnych danych po roku od zakończenia udziału uczestników, co może świadczyć o braku odpowiednich procedur utrzymania kontaktu z beneficjentami lub trudnościach organizacyjnych.

Tak wysoka zmienność między projektami sugeruje, że **skuteczność zbierania danych w ramach mierników trwałości była silnie uzależniona od podejścia i zasobów poszczególnych realizatorów**. W projektach, w których odsetki wynosiły 75–100%, można przypuszczać, że wdrożono skuteczne narzędzia do monitorowania kontaktu z uczestnikami po zakończeniu programu. Z kolei tam, gdzie wskaźniki wynosiły 0%, najprawdopodobniej brak było mechanizmów umożliwiających zbieranie danych po zakończeniu bezpośredniej fazy realizacji interwencji.

Utrzymanie bądź spadek BMI po zakończeniu udziału w RPZ

Wskaźniki 19 i 20 pozwalają ocenić, w jakim stopniu efekty interwencji zdrowotnej – mierzone stabilizacją lub obniżeniem wskaźnika BMI – utrzymały się odpowiednio po 6 oraz 12 miesiącach od zakończenia udziału w programie. W odniesieniu do 10 projektów objętych analizą, w których program ukończyło 661 osób:

- wskaźnik 19 osiągnął wartość **490**, co oznacza, że **aż 74,1% dzieci objętych pełną ścieżką wsparcia utrzymało lub poprawiło wynik BMI po pół roku** od zakończenia programu**;**
- **po 12 miesiącach** (miernik 20) **takich przypadków było już 313, czyli 47,4% ogółu uczestników**, którzy ukończyli program.

Analiza danych cząstkowych dla poszczególnych projektów potwierdza zróżnicowanie skuteczności długofalowej w utrzymaniu efektów zdrowotnych. Po 6 miesiącach, w 3 projektach odnotowano 100% skuteczność utrzymania lub poprawy BMI, w kolejnych pięciu – wartości mieściły się w przedziale 30–75%, natomiast w jednym przypadku tylko 13% uczestników spełniało kryteria miernika 19.

Dane z pomiaru rocznego (miernik 20) pokazują wyraźny spadek odsetka uczestników, u których zaobserwowano utrzymanie efektu interwencji. W 7 projektach wartości miernika 20 nie przekroczyły 35%, w tym w 4 projektach wskaźnik ten wyniósł 0%. Jedynie w jednym projekcie utrzymano 100% skuteczność, a w dwóch innych przekroczono próg 40%.

Zestawienie tych wyników pokazuje, że choć krótkoterminowa trwałość efektów interwencji była na ogół wysoka, to w dłuższej perspektywie rocznej utrzymanie osiągniętej poprawy stanu zdrowia stawało się wyraźnie trudniejsze. Może to świadczyć o ograniczonej samodzielności rodzin w kontynuowaniu zaleceń po zakończeniu wsparcia oraz o konieczności lepszego przygotowania uczestników do samodzielnego utrzymywania efektów programu.

Stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w RPZ

Kolejnym aspektem analizy trwałości efektów RPZ był stopień deklarowanego przestrzegania zaleceń specjalistów przez uczestników programu w module dotyczącym otyłości – odpowiednio po 6 i 12 miesiącach od zakończenia interwencji (mierniki 23.1 i 24.1). Z dostępnych danych wynika, że:

- miernik 23.1 (pomiar po 6 miesiącach) przyjął wartość **498** uczestników, co stanowi ponad 75% całej populacji objętej pełną ścieżką wsparcia (tj. 661 uczestników w projektach, dla których dostępne były dane sprawozdawcze),
- miernik 24.1 (12 miesięcy) osiągnął wartość **308** uczestników, czyli ok. 47% populacji bazowej.

Analiza danych cząstkowych dla poszczególnych projektów ponownie potwierdza duże zróżnicowanie efektywności utrzymania kontaktu z uczestnikami i monitorowania ich zachowań po zakończeniu programu. W przypadku jednego projektu udało się utrzymać deklaratywne stosowanie zaleceń wśród wszystkich dzieci (100%) po 6 i 12 miesiącach, natomiast w wielu przypadkach, zwłaszcza po 12 miesiącach, wskaźnik ten spadał do poziomu 0%, co może być wynikiem trudności organizacyjnych (brak narzędzi lub zasobów do zbierania danych) lub ograniczonej trwałości efektów programu.

Najczęściej odnotowywane wartości dla miernika 23.1 (po 6 miesiącach) oscylowały w przedziale 30–70%, co wskazuje na częściowe, ale niewystarczająco systematyczne podejście do monitorowania zaleceń. Spadek wartości miernika 24.1 (po 12 miesiącach) w większości projektów – często do poziomu bliskiego zeru – może świadczyć nie tylko o trudnościach w kontakcie z rodzinami, ale także o malejącej motywacji uczestników do kontynuowania prozdrowotnych praktyk bez wsparcia instytucjonalnego.

W kontekście całej grupy 661 uczestników, połowa (308 osób) deklarowała stosowanie się do zaleceń także po 12 miesiącach – co mimo wyzwań organizacyjnych stanowi pozytywny sygnał o potencjalnej trwałości części efektów programu.

5.5.2 Trwałość efektów RPZ w module dotyczącym chorób kręgosłupa z perspektywy sprawozdawczej

Analizą objęto 21 projektów, dla których dostępne były dane dotyczące trwałości po upływie 6 miesięcy. Liczba uczestników objętych pełną ścieżką wsparcia wynosiła w tych projektach łącznie **2 445** osób. W tej grupie dane pozyskano od:

- **1756** uczestników po 6 miesiącach od zakończenia udziału w programie (miernik 18.1.2), co stanowi **72%** wszystkich uczestników tych projektów,
- **1295** osób po 12 miesiącach (miernik 18.2.2), czyli **44%** ogółu uczestników (przy czym dane były raportowane dla 18 projektów).

Na podstawie dostępnych danych z 21 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w których możliwe było monitorowanie uczestników po zakończeniu

wsparcia, można wskazać na relatywnie wysoki poziom utrzymania kontaktu z uczestnikami w perspektywie 6 miesięcy, jednak z wyraźnym spadkiem po upływie roku od zakończenia udziału w Programie.

Różnice pomiędzy poszczególnymi projektami są znaczące – w przypadku niektórych projektów udało się utrzymać kontakt nawet ze 100% uczestników po 6 miesiącach, podczas gdy w innych odsetek ten był znacznie niższy (nawet poniżej 30%). Po 12 miesiącach sytuacja jest jeszcze bardziej zróżnicowana – w kilku projektach udało się nadal monitorować 100% uczestników, jednak w wielu przypadkach odsetek ten spadł do zera.

Utrzymanie bądź poprawa stanu zdrowia po zakończeniu udziału w RPZ

Wskaźniki 21 i 22 pozwalają ocenić, w jakim stopniu efekty interwencji zdrowotnej – definiowane jako utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia w stosunku do stanu stwierdzonego w badaniu końcowym – utrzymały się odpowiednio po 6 oraz 12 miesiącach od zakończenia udziału w programie. W odniesieniu do 21 projektów objętych analizą, w których program ukończyło 2 445 osób:

- miernik 21 osiągnął wartość **1 484**, co oznacza, że **60% dzieci objętych pełną ścieżką wsparcia utrzymało lub poprawiło stan zdrowia po pół roku** od zakończenia programu**;**
- **po 12 miesiącach** (miernik 22) **takich przypadków było już 1 145 czyli 47% ogółu uczestników**, którzy ukończyli program.

Analiza wyników cząstkowych w poszczególnych projektach potwierdza wyraźne zróżnicowanie trwałości efektów zdrowotnych. W przypadku miernika 21, dziewięć projektów osiągnęło poziom powyżej 60%, w tym trzy z nich – 100%. W innych przypadkach skuteczność utrzymania efektów po 6 miesiącach wahała się między 13% a 56%. Wskazuje to na istotną zależność skuteczności interwencji od kontekstu lokalnego i sposobu wdrożenia.

Z kolei dane dotyczące miernika 22 (po 12 miesiącach) pokazują jeszcze większą rozpiętość – od 100% skuteczności w jednym projekcie, przez umiarkowane wyniki na poziomie 40–68% w kilku realizacjach, aż po przypadki całkowitego braku utrzymania efektów zdrowotnych (0% w trzech projektach).

Zestawienie wyników wskazuje, że chociaż krótkoterminowe rezultaty były często zadowalające, długofalowe utrzymanie poprawy zdrowia stanowiło istotne wyzwanie. Spadek deklaracji pozytywnych zmian zdrowotnych po roku od zakończenia wsparcia może świadczyć o potrzebie opracowania mechanizmów wspierających samodzielne utrzymywanie efektów interwencji przez uczestników i ich rodziny, w tym poprzez lepsze przygotowanie do dalszej aktywności fizycznej i samodzielnego stosowania zaleceń zdrowotnych.

Stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w RPZ

Kolejnym aspektem analizy trwałości efektów RPZ był stopień deklarowanego przestrzegania zaleceń specjalistów przez uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa – odpowiednio po 6 i 12 miesiącach od zakończenia interwencji (mierniki 23.2 i 24.2). Z dostępnych danych wynika, że:

- miernik 23.2 (pomiar po 6 miesiącach) przyjął wartość 1 276 uczestników, co stanowi 52% całej populacji objętej pełną ścieżką wsparcia (tj. 2445 uczestników w projektach, dla których dostępne były dane sprawozdawcze),
- miernik 24.2 (12 miesięcy) osiągnął wartość 1 043 uczestników, czyli 42,6% populacji bazowej.

Dane szczegółowe wskazują na bardzo dużą zmienność między projektami – w niektórych przypadkach miernik 23.2 osiągał 100%, w innych zaś nie przekraczał kilku procent. Wskaźnik po 12 miesiącach (miernik 24.2) jeszcze silniej odzwierciedlał trudności w monitorowaniu i utrzymaniu efektów: w niemal jednej czwartej projektów nie udało się potwierdzić żadnych deklaracji stosowania zaleceń, a tylko w jednym przypadku utrzymano wartość 100%.

Najczęściej odnotowywane wartości dla miernika 23.2 oscylowały w przedziale 30–70%, co można uznać za umiarkowany rezultat, jednak wskazujący na wyzwania związane z trwałością efektów działań w warunkach braku systemowego wsparcia po zakończeniu projektu. Spadek wartości miernika 24.2 (po roku) w wielu projektach do poziomu poniżej 30%, a często nawet do 0%, może świadczyć zarówno o trudnościach organizacyjnych w dotarciu do rodzin, jak i o stopniowym wygasaniu motywacji do kontynuowania zaleceń.

Zestawienie tych danych sugeruje, że choć część uczestników kontynuowała działania prozdrowotne zgodnie z zaleceniami, to efekty w dłuższej perspektywie nie były jednolicie trwałe.

Podsumowując wnioski ze sprawozdań z realizacji RPZ, analiza trwałości efektów, prowadzona odrębnie dla modułu otyłości oraz chorób kręgosłupa, ujawnia istotne różnice w skuteczności długofalowego oddziaływania projektów. W obu modułach zauważalna była stosunkowo wysoka skuteczność pomiarów i utrzymania efektów zdrowotnych w krótkiej perspektywie (6 miesięcy po zakończeniu wsparcia), natomiast po 12 miesiącach obserwowany był systematyczny spadek wskaźników zarówno w zakresie efektów zdrowotnych, jak i stosowania się do zaleceń specjalistów.

Rozpiętość wartości mierników pomiędzy projektami wskazuje na duże zróżnicowanie praktyk monitorowania, jakości organizacji oraz możliwości kontynuowania kontaktu z uczestnikami po zakończeniu interwencji. W wielu przypadkach udało się osiągnąć wysokie wartości wskaźników utrzymania efektów, jednak w części projektów nie zebrano żadnych danych lub odnotowano bardzo niskie odsetki, co podważa możliwość pełnej oceny skuteczności działań w dłuższym okresie.

Zgromadzone dane pozwalają wnioskować, że krótkoterminowe rezultaty były w większości projektów zadowalające, natomiast utrzymanie pozytywnych efektów w dłuższej perspektywie czasowej okazało się trudniejsze i wymagało dobrze zaplanowanego wsparcia po zakończeniu udziału w programie – w tym działań organizacyjnych umożliwiających dalszy kontakt z uczestnikami oraz narzędzi wspierających samodzielne stosowanie zaleceń.

Wyniki te, choć dostarczają ważnych informacji na temat trwałości efektów RPZ, wymagają dopełnienia interpretacją jakościową – w świetle doświadczeń realizatorów i uczestników programu, zebranych w ramach pogłębionych wywiadów.

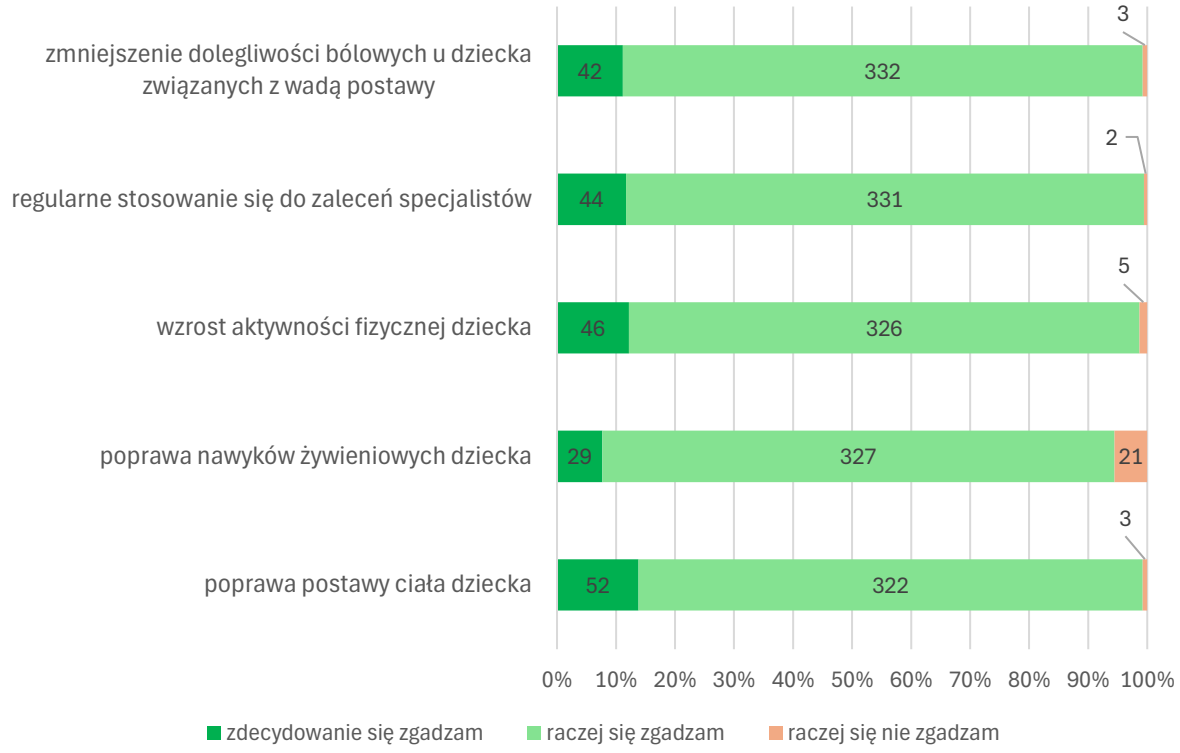
5.5.3 Trwałość efektów w opinii uczestników i realizatorów RPZ

W celu pełniejszego zrozumienia, na ile zmiany osiągnięte w trakcie programu zostały utrzymane po jego zakończeniu, niezbędne jest uwzględnienie perspektywy uczestników i

realizatorów. W niniejszej części przedstawiono jakościowe i ilościowe wnioski wynikające z wywiadów telefonicznych z rodzicami (CATI i TDI) oraz ankiety internetowej przeprowadzonej wśród realizatorów (CAWI). Analiza ta pozwala uchwycić nie tylko skalę i charakter utrzymanych efektów, ale także czynniki sprzyjające lub utrudniające ich kontynuację po zakończeniu interwencji.

W ramach ankiety telefonicznej CATI respondentów – rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie – zapytano o utrzymanie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci po zakończeniu udziału w programie – zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i nawyków zdrowotnych oraz przestrzegania zaleceń specjalistów. Uzyskane wyniki przedstawia wykres 28.

Wykres 28 Efekty utrzymujące się po udziale dziecka w programie, według deklaracji rodziców/opiekunów (N=377)



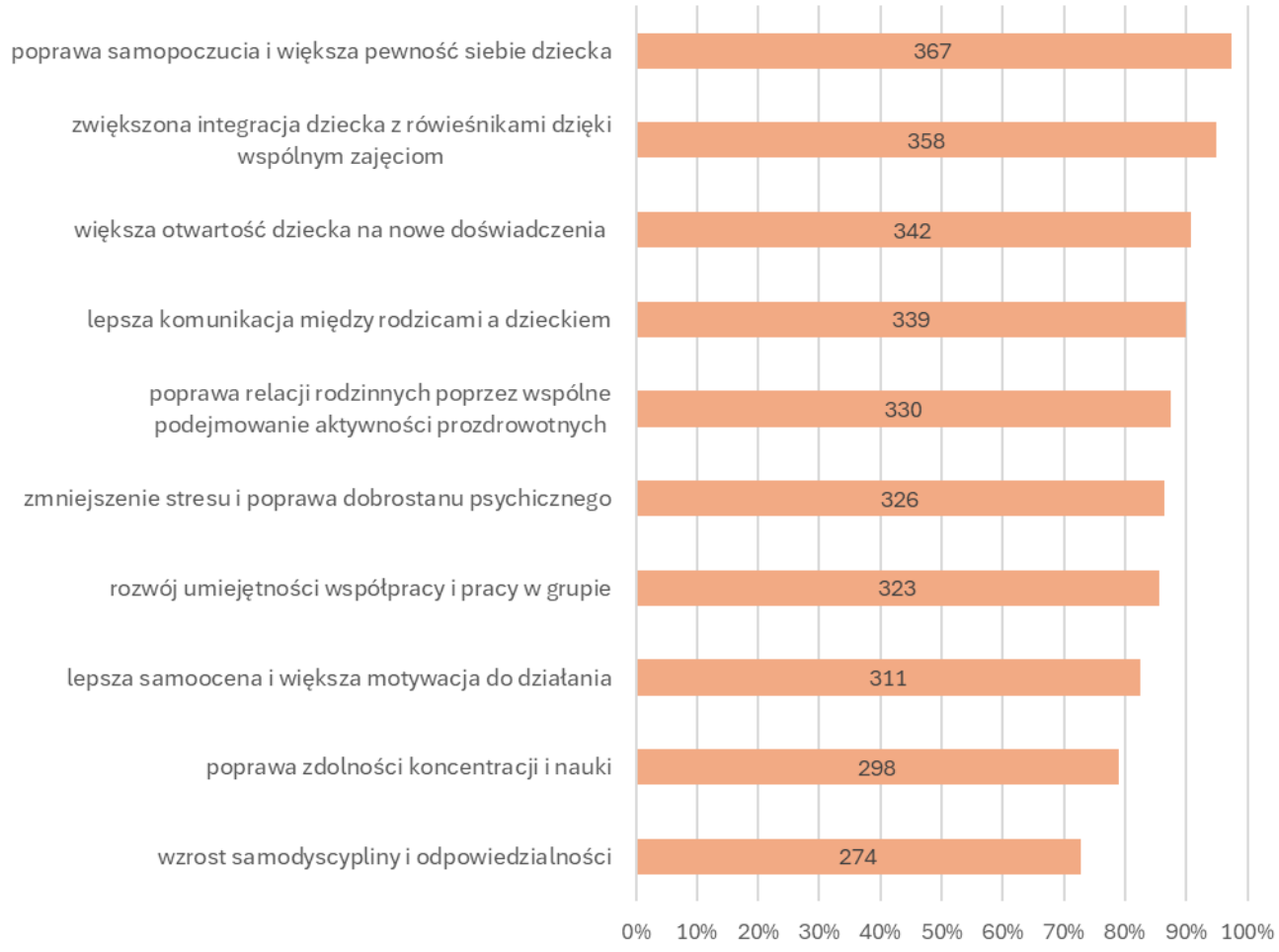
Wyniki badania wskazują na **bardzo wysoką zgodność rodziców co do utrzymania pozytywnych efektów programu**. Najczęściej deklarowano poprawę postawy ciała (łącznie 374 pozytywne odpowiedzi), zmniejszenie dolegliwości bólowych u dziecka związanych z wadą postawy (374), wzrost aktywności fizycznej dziecka (372), a także regularne stosowanie się do zaleceń specjalistów (375). Nieco większe zróżnicowanie opinii odnotowano w obszarze zmiany nawyków żywieniowych – choć i tu niemal wszyscy respondenci potwierdzili pozytywne efekty (356 odpowiedzi zgodnych).

Deklaratywna zgodność rodziców z pozytywnymi stwierdzeniami dotyczącymi efektów programu może świadczyć o realnym wpływie RPZ na styl życia i zachowania zdrowotne dzieci oraz ich rodzin. Jednocześnie, choć dane te mają charakter subiektywny, są istotnym uzupełnieniem pomiarów ilościowych i potwierdzają kierunek zmian zaobserwowany w analizie mierników trwałości.

Choć głównym celem RPZ było osiągnięcie i utrzymanie efektów zdrowotnych – takich jak poprawa postawy ciała, zmniejszenie dolegliwości bólowych, zmiana nawyków żywieniowych czy wzrost aktywności fizycznej – nie mniej istotne pozostają **zmiany, które dotyczyły codziennego funkcjonowania dziecka i jego relacji społecznych**. Uczestnictwo w Programie nierzadko inicjowało **pozytywne procesy w sferze psychospołecznej**.

Tego typu zmiany – choć nie zawsze wprost powiązane z konkretnymi wskaźnikami zdrowotnymi – mogą odgrywać kluczową rolę w trwałości efektów interwencji. Przede wszystkim wzmacniają one postawy i zachowania sprzyjające zdrowiu, a także ułatwiają ich utrwalanie w naturalnym środowisku społecznym dziecka (szkole, rodzinie, grupie rówieśniczej). W tym kontekście obserwowane **zmiany psychospołeczne można traktować jako istotny bufor wspierający długofalowe utrzymanie efektów RPZ**, zwłaszcza tam, gdzie systemowe możliwości dalszego wsparcia są ograniczone. Na wykresie 29 przedstawiono zestawienie najczęściej wskazywanych przez rodziców zmian w tym obszarze.

Wykres 29 Deklarowane przez rodziców trwałe zmiany psychospołeczne u dzieci po udziale w Programie (N=377)



Na podstawie opinii 377 rodziców uczestników Programu można stwierdzić, że **pozytywne efekty psychospołeczne – obok celów bezpośrednio zdrowotnych – stanowiły istotny i zauważalny rezultat udziału dzieci w RPZ**. Zdecydowana większość respondentów potwierdziła wystąpienie i utrzymywanie się pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dziecka,

nie tylko w kontekście zdrowotnym, lecz również w sferze emocjonalnej, społecznej i rodzinnej.

Najczęściej wskazywanym efektem była **poprawa samopoczucia i większa pewność siebie dziecka** (potwierdzona przez 367 osób, tj. 97% badanych), a także **zwiększona integracja z rówieśnikami** (358 wskazań, tj. 95%), co wskazuje na szczególne znaczenie komponentu wspólnych zajęć grupowych w strukturze programu. Wysokie noty uzyskały również efekty takie jak **większa otwartość na nowe doświadczenia** (342 odpowiedzi „tak", tj. 91%) oraz **poprawa komunikacji i relacji rodzinnych** (odpowiednio 339 i 330 wskazań, tj. 90% i 88%), co sugeruje, że udział w Programie przekładał się na wzmacnianie więzi rodzinnych oraz budowanie pozytywnych nawyków poprzez wspólne działanie. Program oddziaływał pozytywnie także na **zmniejszanie stresu u dziecka oraz poprawę jego dobrostanu psychicznego** (326 wskazań, tj. 86%).

Nieco rzadziej, choć nadal często, rodzice dostrzegali także **rozwój kompetencji miękkich** – takich jak współpraca w grupie (323 odpowiedzi, tj. 86%), lepsza samoocena i motywacja (311, tj. 82%), poprawa zdolności koncentracji (298, tj. 79%) oraz wzrost samodyscypliny i odpowiedzialności (274, tj. 73%). Efekty te, choć bardziej subtelne, mogą odgrywać kluczową rolę w utrwalaniu prozdrowotnych postaw i zachowań u dzieci.

Zebrane dane potwierdzają, że **RPZ** – choć formalnie ukierunkowany na cele zdrowotne – **wygenerował również istotne i trwałe korzyści w obszarze psychospołecznego rozwoju dzieci**. W tym kontekście należy traktować te efekty jako ważny element trwałości oddziaływań, wspierający kontynuację zdrowych praktyk i wzmacniający dobrostan dzieci po zakończeniu programu.

Analiza wypowiedzi rodziców w ramach TDI wskazuje, że **trwałość efektów RPZ była silnie zróżnicowana i uzależniona od wielu czynników kontekstowych** – nie tylko od samego przebiegu interwencji, lecz także od środowiska rodzinnego, motywacji dziecka oraz możliwości kontynuowania działań po zakończeniu wsparcia. Wystąpiło również wiele efektów nieplanowanych, ale cennych, które wzmacniają ocenę użyteczności i wartości programu w dłuższej perspektywie.

Analiza wywiadów pogłębionych z rodzicami uczestników RPZ ujawnia **szereg czynników, które wpływały na utrzymanie efektów programu** po jego zakończeniu. Kluczowe znaczenie miała **obserwowalność zmian** – dzieci, które zauważały u siebie spadek masy ciała, poprawę samopoczucia czy sprawności, były bardziej zmotywowane do kontynuowania ćwiczeń i dalszego przestrzegania zaleceń. Widoczna poprawa stanu zdrowia stawała się dla wielu z nich silnym bodźcem do samodzielnego podejmowania działań prozdrowotnych, nawet po zakończeniu wsparcia instytucjonalnego.

Duże znaczenie miała również **atrakcyjność samych zajęć** – szczególnie tam, gdzie dzieci miały możliwość uczestnictwa w aktywnościach zgodnych ze swoimi preferencjami (np. basen), obserwowano większą trwałość efektów. Z kolei wsparcie ze strony rodziny, a zwłaszcza **konsekwencja rodziców w zakresie utrzymywania prozdrowotnych nawyków**, istotnie sprzyjały kontynuowaniu zachowań promowanych w programie. W wielu wypowiedziach podkreślano rolę środowiska domowego – m.in. ograniczanie słodyczy, wspólne przygotowywanie posiłków czy aktywizowanie dzieci do ruchu.

O trwałości rezultatów decydowała również **gotowość dziecka do zmiany** – dzieci bardziej otwarte na nowe doświadczenia łatwiej wdrażały nowe wzorce i kontynuowały je po zakończeniu projektu. Jednocześnie wskazywano na trudności pojawiające się w sytuacjach

braku wsparcia systemowego lub wyraźnych mechanizmów kontynuacji – w takich przypadkach pozytywne zmiany mogły się stopniowo wytracać.

Co istotne, wiele efektów osiągniętych w ramach RPZ nie było bezpośrednio zaplanowanych w jego konstrukcji, a jednak miało realne znaczenie dla uczestników i ich rodzin. Rodzice zauważali m.in. **zmianę postawy dzieci wobec jedzenia** – chęć próbowania nowych produktów, nawet u dzieci z wybiórczością pokarmową. Zgłaszano także **poprawę funkcjonowania społecznego** – dzieci stawały się bardziej otwarte, samodzielne, chętniej uczestniczyły w działaniach grupowych. Program sprzyjał też **poprawie relacji rodzinnych** – rozmowy o programie, wspólne podejmowanie aktywności zdrowotnych czy wdrażanie zaleceń żywieniowych stawały się okazją do zbliżenia i wspólnego działania. Część rodziców deklarowała, że również ich własna świadomość zdrowotna uległa poprawie, a udział dziecka w programie był impulsem do refleksji nad stylem życia całej rodziny.

Z wypowiedzi wynika, że **zmiana nastawienia uczestników** – zwłaszcza wzrost motywacji do podejmowania aktywności fizycznej czy lepszego odżywiania – **była często trwalsza niż same efekty fizyczne**. Dzieci, które odczuwały poprawę i satysfakcję z udziału, częściej kontynuowały aktywność, również poza zajęciami programowymi. Jednocześnie pojawiały się głosy wskazujące na **trudności z utrzymaniem efektów w sytuacji braku wsparcia środowiskowego, a także na rozbieżność pomiędzy wiedzą a jej stosowaniem w praktyce** – szczególnie w obszarze żywienia, gdzie decyzje podejmowane w domu (np. dostępność niezdrowych produktów) mogły osłabiać efekty programu.

Najtrwalsze efekty dotyczyły zwiększenia aktywności fizycznej, rozwoju pozytywnego podejścia do ruchu oraz zmiany w postrzeganiu zdrowego stylu życia – szczególnie u dzieci, które już wcześniej były aktywne. **Większym wyzwaniem** okazywało się utrzymanie zmian żywieniowych, zwłaszcza tam, gdzie nie były one wspierane przez domowe otoczenie. Mniejszą trwałością charakteryzowało się także przestrzeganie zaleceń w rodzinach o niższym poziomie świadomości zdrowotnej.

Rodzice wskazywali również na **potrzebę bardziej indywidualnego podejścia** – np. poprzez uwzględnienie elementów psychodietetyki czy systematyczne włączanie edukacji żywieniowej do programu szkolnego. Takie działania, ich zdaniem, mogłyby zwiększyć trwałość osiągniętych rezultatów i pomóc dzieciom w lepszym utrwaleniu nowych nawyków.

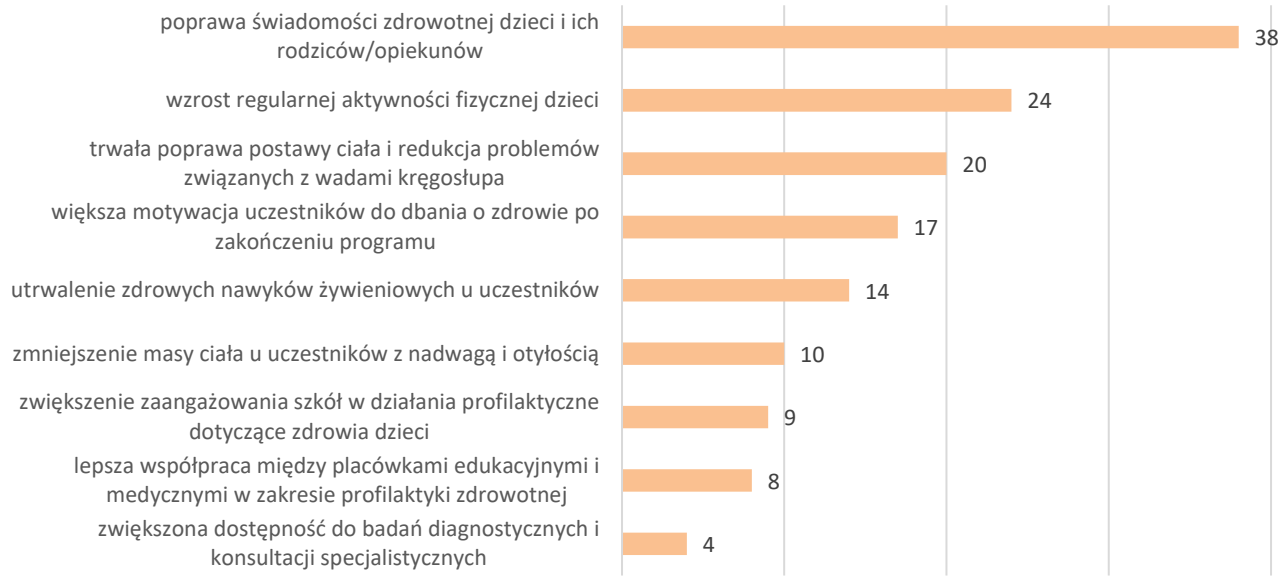
Wyniki badań CATI i TDI z rodzicami uczestników RPZ potwierdzają, że program wywołał trwałe, pozytywne zmiany zarówno w sferze zdrowotnej, jak i psychospołecznej dzieci – zwłaszcza w zakresie samopoczucia, aktywności i relacji rodzinnych. Utrzymanie efektów zależało jednak w dużej mierze od wsparcia środowiskowego i gotowości dziecka do zmiany.

W kolejnej części analizy przywołane zostaną **opinie realizatorów projektów**, zebrane w badaniu CAWI, które pozwolą uzupełnić ocenę trwałości RPZ o perspektywę instytucjonalną – z uwzględnieniem doświadczeń z wdrażania programu, obserwacji dotyczących zachowań uczestników oraz identyfikowanych barier i czynników sukcesu. Realizatorzy większości objętych badaniem projektów (29 na 55 projektów) ocenili swoją wiedzę na temat długoterminowych efektów projektów realizowanych w ramach RPZ jako wysoką lub bardzo wysoką, natomiast realizatorzy kolejnych 21 projektów wskazali na poziom średni. Tylko w przypadku 5 projektów realizatorzy zadeklarowali niską lub bardzo niską orientację w tym zakresie – ich odpowiedzi zostały wykluczone z dalszych analiz, aby zapewnić adekwatność i rzetelność interpretacji wyników.

Zdaniem realizatorów, za **najbardziej trwałe efekty** uznać można przede wszystkim poprawę świadomości zdrowotnej dzieci i ich opiekunów – wskazano na nią w odniesieniu aż

do 38 projektów (wykres 30). Wysoko oceniano również wzrost regularnej aktywności fizycznej (24 wskazania) oraz trwałą poprawę postawy ciała i redukcję problemów związanych z wadami kręgosłupa (20 wskazań). Z kolei zmniejszenie masy ciała czy zwiększenie dostępności do badań i konsultacji specjalistycznych uznawano za trwałe efekty znacznie rzadziej. Wyniki te wskazują, że najtrwalsze zmiany dotyczyły obszarów wiedzy, świadomości i nawyków, natomiast trudniejsze do utrzymania były rezultaty wymagające długoterminowego zaangażowania instytucjonalnego i systemowego.

Wykres 30 Najbardziej trwałe efekty RPZ w opinii realizatorów projektów (CAWI, N=50 projektów)



W odpowiedzi na pytanie o najmniej trwałe efekty programu respondenci znacznie rzadziej udzielali twierdzących odpowiedzi niż w przypadku pytania o efekty najbardziej trwałe (wykres 31).Wśród efektów, które uznano za najmniej trwałe, najczęściej pojawiały się odpowiedzi dotyczące **utrzymania zdrowych nawyków żywieniowych** oraz **zaangażowania szkół i placówek edukacyjnych w działania profilaktyczne** (wskazania odnotowano w obu przypadkach dla 13 projektów). Stosunkowo często wskazywano także na **ograniczoną możliwość dalszego korzystania z usług specjalistów** (12 projektów) oraz **brak kontynuacji współpracy między placówkami edukacyjnymi a medycznymi** (11 projektów).

Warto odnotować, że **efekty stricte zdrowotne**, takie jak **regularna aktywność fizyczna po zakończeniu programu** (10 wskazań) oraz **zmniejszenie masy ciała u dzieci z nadwagą i otyłością** (6 wskazań), również budziły pewne wątpliwości co do ich utrzymania w czasie. Choć te wartości nie są dominujące, ich obecność na liście najmniej trwałych efektów sugeruje, że **utrwalenie prozdrowotnych zmian w stylu życia dzieci po zakończeniu wsparcia może być trudne bez odpowiedniego systemowego otoczenia**.

Na samym dole listy znalazły się wskazania dotyczące **utrzymania świadomości zdrowotnej uczestników** (5 wskazań) oraz **poprawy postawy ciała i zmniejszenia dolegliwości bólowych** (1 wskazanie), co może oznaczać, że akurat te aspekty uznawano za nieco trwalsze – lub mniej narażone na szybki regres.

Najczęściej wymienianym czynnikiem sprzyjającym utrwaleniu efektów RPZ było **indywidualne podejście do uczestników i dostosowanie działań do ich potrzeb** –

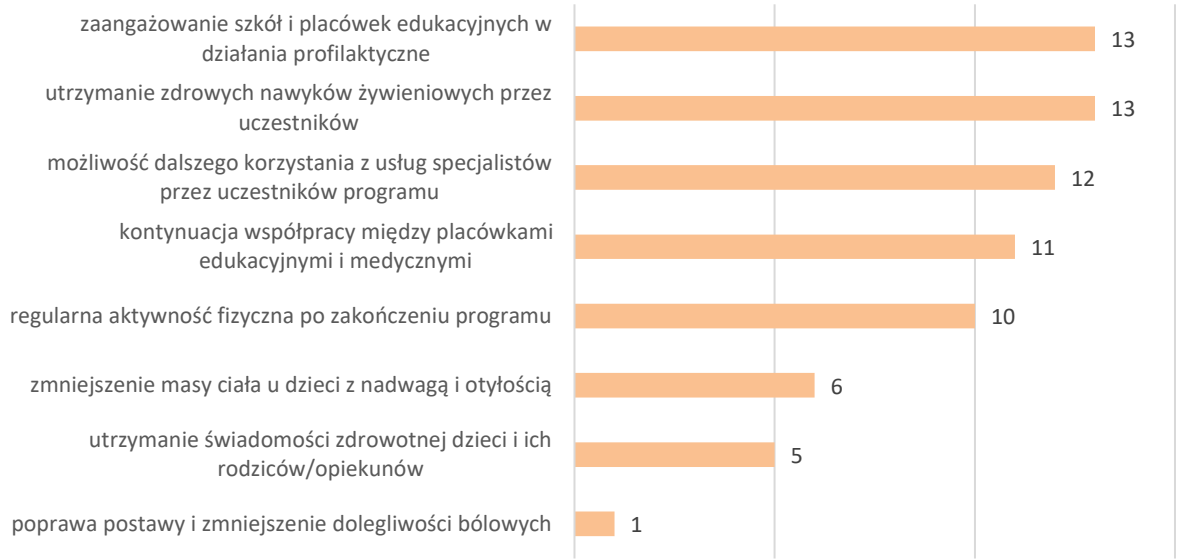
wskazane w przypadku aż 41 projektów (wykres 32). Tuż za nim uplasowała się **wysoka jakość merytoryczna projektu**, w tym kompetencje specjalistów i skuteczność metod interwencyjnych (32 odpowiedzi). Wysoko oceniono również **dobrą organizację i skuteczne zarządzanie projektem** (31 odpowiedzi), co podkreśla znaczenie profesjonalnego przygotowania i realizacji działań w programach zdrowotnych.

Na dalszych miejscach znalazły się **wysoka dostępność usług w ramach programu** (20 odpowiedzi) oraz **kompleksowość i długość interwencji** (15 odpowiedzi), co potwierdza, że dłuższe, spójne i dostępne wsparcie miało większy potencjał do utrwalenia efektów.

Rzadziej wskazywano na czynniki takie jak **systematyczne monitorowanie i bieżące dostosowywanie działań** (9 wskazań), **odpowiednie finansowanie i zasoby** (9), a także **możliwość kontynuowania wsparcia po zakończeniu projektu** (5). Najmniej odpowiedzi dotyczyło **strategii informacyjno-promocyjnej** (2), co może sugerować, że aspekt komunikacyjny był postrzegany jako mniej istotny dla trwałości rezultatów – lub był mniej zauważalny z perspektywy realizatorów.

Ogółem, dane wskazują, że to jakość, dopasowanie i organizacja działań – a nie wyłącznie ich zakres czy długość – były uznawane za kluczowe dla utrwalenia pozytywnych efektów programu. Podkreśla to znaczenie podejścia zorientowanego na uczestnika oraz inwestowania w kadrę, metodykę i zarządzanie, jako fundamentów efektywnych i trwałych interwencji zdrowotnych.

Wykres 31 Najmniej trwałe efekty RPZ w opinii realizatorów projektów (CAWI, N=50 projektów)



Wykres 32 Czynniki sprzyjające trwałości efektów RPZ w opinii realizatorów projektów (CAWI, N=50 projektów)



Wyniki ankiety CAWI dotyczące czynników niesprzyjających trwałości efektów RPZ (wykres 33) wskazują na konkretne bariery systemowe, organizacyjne i środowiskowe, które – zdaniem realizatorów – utrudniały utrwalenie pozytywnych zmian u uczestników po zakończeniu wsparcia.

Wykres 33 Czynniki nie sprzyjające trwałości efektów RPZ w opinii realizatorów projektów (CAWI, N=50 projektów)



Najczęściej wskazywanym problemem był **brak kontynuacji zajęć edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci** (21 odpowiedzi), co jednoznacznie podkreśla znaczenie ciągłości działań w utrzymaniu rezultatów zdrowotnych i psychospołecznych. Wysoko uplasowały się również odpowiedzi dotyczące **ograniczonego finansowania działań profilaktycznych po zakończeniu projektu** (19), a także **niewystarczającego wsparcia rodziców/opiekunów w utrzymaniu zmian** (15), co sugeruje, że długofalowe efekty były często niemożliwe do utrzymania bez środowiskowego wzmocnienia.

Kolejne wskazania odnosiły się do braku możliwości dalszego korzystania z usług specjalistów (14), braku długoterminowej strategii kontynuacji działań (13) oraz ograniczonego dostępu do infrastruktury wspierającej zdrowy styl życia (11). Wskazuje to na potrzebę budowania trwałych struktur wsparcia – zarówno na poziomie instytucjonalnym, jak i lokalnym – które mogłyby przejąć rolę kontynuacyjną po zakończeniu interwencji.

Wskazywano również na czynniki związane z uczestnikami i otoczeniem edukacyjnym, takie jak zbyt krótki okres trwania projektu (10), brak motywacji uczestników (9) czy niewystarczające zaangażowanie szkół w dalsze działania profilaktyczne (8). Rzadziej wymieniano niewystarczające działania promujące kontynuację zdrowego stylu życia (6), ograniczoną współpracę między placówkami edukacyjnymi i medycznymi po zakończeniu projektu (5), czy brak systematycznego monitorowania efektów (3), co może sugerować, że realizatorzy rzadziej mieli możliwość obserwowania długofalowych rezultatów – lub nie uznali ich za najistotniejsze bariery.

Ogólnie rzecz biorąc, zestawienie to ukazuje, że **największym wyzwaniem w utrzymaniu efektów RPZ była brakująca infrastruktura kontynuacji – w postaci zajęć, usług, finansowania i wsparcia rodzin – oraz brak zintegrowanego systemu działań po zakończeniu projektu.** Trwałość efektów w dużej mierze zależała od otoczenia uczestnika i dostępności narzędzi, które pozwoliłyby mu wdrożyć i utrzymać nowe nawyki w codziennym życiu.

Wyniki ankiety CAWI dotyczącej **sposobów zwiększenia trwałości efektów RPZ** ukazują wyraźny konsensus wśród realizatorów co do konieczności wdrażania trwałych, systemowych rozwiązań w obszarze zdrowia publicznego (wykres 34).

Najczęściej wskazywanym działaniem było **włączenie tematyki zdrowia i profilaktyki do programów nauczania** (24 odpowiedzi), co pokazuje, że realizatorzy dostrzegają kluczową rolę edukacji systemowej w budowaniu trwałych nawyków zdrowotnych od najmłodszych lat. Bardzo wysoko oceniono także potrzebę zapewnienia stałego finansowania działań profilaktycznych i zdrowotnych oraz możliwość dalszego korzystania z usług specjalistów (po 23 wskazania), co podkreśla znaczenie ciągłości wsparcia i dostępu do profesjonalnej pomocy po zakończeniu programu.

Realizatorzy wskazywali również na **konieczność kontynuacji działań edukacyjnych w szkołach i przedszkolach** (22 odpowiedzi) oraz umożliwienia dzieciom udziału w darmowych lub dofinansowanych zajęciach sportowych (21), a także przedłużenia okresu realizacji programów (21), aby dać uczestnikom więcej czasu na utrwalenie nowych nawyków.

Nieco rzadziej, ale wciąż istotnie, podnoszono kwestie takie jak: **organizowanie warsztatów i spotkań dla rodziców** (18), **organizacja cyklicznych badań kontrolnych** (14) czy **zachęcanie szkół do podejmowania działań prozdrowotnych** (11). Działania o charakterze informacyjnym i promocyjnym (np. kampanie społeczne, tworzenie systemu monitorowania efektów, współpraca instytucji) również były dostrzegane jako wartościowe, choć zgłaszane nieco rzadziej (7–10 wskazań).

Rekomendacje realizatorów co do zwiększania trwałości efektów RPZ dotyczą zatem przede wszystkim:

- potrzeby systemowości: realizatorzy podkreślają konieczność wbudowania działań profilaktycznych w trwałe struktury edukacyjne i zdrowotne, a nie ograniczania ich do czasowych projektów;
- znaczenie dostępu i finansowania: utrzymanie efektów RPZ wymaga zapewnienia łatwego, stałego dostępu do specjalistycznych usług oraz zabezpieczenia finansowego działań;
- współodpowiedzialność środowisk lokalnych: podkreślano rolę szkół, rodziców i społeczności lokalnych w tworzeniu środowiska sprzyjającego kontynuacji zdrowych praktyk;

- edukacja dzieci i rodzin jako czynnik kluczowy: długofalowe zmiany wymagają równoległej pracy zarówno z dziećmi, jak i z ich opiekunami.

Całościowo odpowiedzi wskazują na wysoką świadomość realizatorów dotyczącą barier i potencjalnych ścieżek wzmacniania trwałości efektów programów zdrowotnych oraz potrzebę ich systemowego, długoterminowego zakotwiczenia.

Wykres 34 Czynniki, które mogłyby zwiększyć trwałość efektów RPZ w opinii realizatorów projektów (N=50)



Zestawienie wyników badań z rodzicami (CATI i TDI) oraz realizatorami (CAWI) ujawnia spójną diagnozę dotyczącą trwałości efektów RPZ. **Za najbardziej utrwalone uznawano**

zmiany w sferze świadomości zdrowotnej, postaw i aktywności fizycznej, natomiast za najtrudniejsze do podtrzymania – efekty związane z nawykami żywieniowymi, redukcją masy ciała i dostępem do specjalistycznego wsparcia po zakończeniu programu.

Obie grupy podkreślały, że trwałość efektów była silnie uzależniona od jakości i dopasowania działań oraz od wsparcia rodzinnego i instytucjonalnego. Utrzymanie zmian było możliwe tam, gdzie program był dobrze zorganizowany, indywidualnie dostosowany i powiązany z codziennym życiem uczestników. Brak mechanizmów kontynuacji – w postaci zajęć, usług czy edukacji – wskazywano jako główną barierę w podtrzymaniu rezultatów.

Wnioski te jasno pokazują, że **długofalowa skuteczność RPZ wymaga nie tylko skutecznej interwencji, ale też trwałego osadzenia programu w systemie lokalnego i rodzinnego wsparcia**.

5.5.4. Uwarunkowania systemowe wzmacniania trwałości efektów zdrowotnych

Konkluzja dotycząca uwarunkowań długofalowej skuteczności RPZ, w tym utrzymania trwałości efektów zdrowotnych, znalazła potwierdzenie w trakcie panelu eksperckiego. W jego trakcie problematyka RPZ okazała się rezonować z wieloma obszarami i poziomami pożądanych zmian, a dużą uwagę poświęcono zwłaszcza **wsparciu dzieci i rodzin we wdrażaniu i utrzymywaniu zdrowych nawyków w ramach lokalnych systemów edukacji** – jako obszaru, w którym uwidaczniają się zarówno słabości działań profilaktycznych, jak tym, który posiada potencjał do inicjowania i kształtowania zdrowych nawyków w społecznościach lokalnych.

W trakcie panelu eksperckiego podkreślono, że utrwalenie pozytywnych efektów zdrowotnych uzyskanych w ramach RPZ jest w dużej mierze uzależnione od systemowego wsparcia w środowisku dziecka, w tym zwłaszcza od funkcjonowania placówek edukacyjnych oraz działań podejmowanych przez samorządy terytorialne jako organy prowadzące i nadzorujące szkoły.

Zidentyfikowane wnioski i potrzeby obejmowały m.in.:

- niewystarczającą świadomość zdrowotną kadry pedagogicznej, zwłaszcza w edukacji przedszkolnej, np. poprzez utrwalanie niekorzystnych nawyków żywieniowych (w tym powszechne nagradzanie dzieci słodyczami),
- niedostateczne wykorzystanie potencjału wychowania fizycznego w klasach I–III, będącego kluczowym okresem dla kształtowania sprawności motorycznej dzieci– konieczność aktywnego nadzoru nad jakością zajęć WF przez dyrektorów szkół i kuratorium,
- potrzebę wcześniejszego włączania dzieci w edukację zdrowotną, także na etapie przedszkolnym – wskazywano tutaj na uruchamianą od września 2025 od IV klas szkoły podstawowej nieobowiązkową **edukację zdrowotną**. Podkreślano, że rozpoczęcie jej dopiero od klasy IV może być zbyt późne ze względu na ugruntowane już nawyki, a także trudności doświadczane przez dzieci w związku ze zwiększeniem obowiązków szkolnych na tym etapie edukacji oraz wchodzenie w okres adolescencji,
- w kontekście nieobowiązkowej edukacji zdrowotnej wskazywano również na potrzebę ewaluowania jej efektów, co powinno dostarczyć argumentów i stanowić podstawę wzmocnienia jej pozycji w systemie nauczania – z myślą o stopniowym włączaniu jej jako obowiązkowego elementu programu od najmłodszych lat;

Jednocześnie podkreślano **ograniczoną skuteczność działań wyłącznie ukierunkowanych na podnoszenie świadomości**. Wskazywano na potrzebę

wprowadzania rozwiązań systemowych, takich jak: ograniczenie dostępności słodyczy w szkołach, inwestycje w kuchnie szkolne (np. wymiana pieców na konwekcyjne, umożliwiające wdrożenie zdrowszych metod przygotowywania posiłków), promowanie aktywnych form dojazdu do szkoły (komunikacja publiczna, rower, hulajnoga), potrzebę aktywnego włączania całej kadry szkolnej (nie tylko nauczycieli, ale także personelu administracyjnego, intendentów, osób przygotowujących posiłki) w działania prozdrowotne. Podkreślano również **znaczenie konkretnych, praktycznych rekomendacji kierowanych do szkół i bezpośrednio do nauczycieli** – takich jak wprowadzanie zakazów przynoszenia słodyczy na wycieczki, czy promowanie zdrowych alternatyw – jako bardziej efektywnych niż ogólne zalecenia. Eksperci zwrócili uwagę, że trwałość efektów RPZ może być realnie wzmacniana tylko wtedy, gdy szkoła, rodzina i samorząd współtworzą spójne środowisko sprzyjające zdrowiu.

Inicjatorem tych zmian powinien być według ekspertów przede wszystkim **samorząd lokalny**, jako organizator systemu oświaty na poziomie przedszkolnym i podstawowym. Samorząd powinien przy tym uwzględniać i wzmacniać zasoby infrastrukturalne szkół i organizacyjne uwarunkowania realizacji działań na rzecz zdrowia dzieci.

Wnioski z badania wskazują, że **trwałość efektów zdrowotnych i psychospołecznych** uzyskanych w ramach programów interwencyjnych **zależy w dużym stopniu od istnienia szeroko dostępnych działań profilaktycznych o charakterze uniwersalnym**, realizowanych niezależnie od udziału w programie. Realizatorzy RPZ najczęściej zwracali uwagę na brak kontynuacji wsparcia po zakończeniu projektu, a jednocześnie podkreślali potrzebę włączenia tematyki zdrowia i profilaktyki do edukacji szkolnej jako kluczowego elementu długofalowej zmiany postaw i nawyków.

W związku z tym zasadne jest wzmacnianie prewencji pierwotnej w populacji ogólnej dzieci – m.in. poprzez działania edukacyjne, przesiewowe i środowiskowe – jako warunku utrzymania trwałych efektów zdrowotnych i zmniejszania potrzeby kosztownych interwencji naprawczych w przyszłości.

5.6. Organizacja i zarządzanie programem

W niniejszym podrozdziale przeanalizowano sposób organizacji i wdrażania Regionalnego Programu Zdrowotnego z perspektywy instytucji odpowiedzialnych za jego realizację oraz partnerów zaangażowanych w poszczególne etapy działań. Ocena objęła m.in. skuteczność struktur koordynacyjnych i decyzyjnych, przepływ informacji oraz komunikację między interesariuszami, jakość współpracy z placówkami edukacyjnymi i ochrony zdrowia, a także zgodność realizacji z założeniami programowymi i harmonogramem działań. Uwzględniono również aspekty operacyjne, takie jak przygotowanie kadry, dostępność zasobów, procedury rekrutacyjne, organizacja świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych, narzędzia monitorowania postępów oraz jakość dokumentacji projektowej. Wskazano ponadto na trudności zgłaszane przez realizatorów, w tym wyzwania związane z zaangażowaniem uczestników i ich rodziców, co w niektórych przypadkach mogło ograniczać potencjalne efekty oddziaływania programu.

5.6.1. Struktura organizacyjna i model wdrażania programu

Model organizacyjny RPZ w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci został skonstruowany z uwzględnieniem standardów wynikających z ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz wytycznych dla programów zdrowotnych realizowanych w ramach funduszy UE. Kluczowe role w cyklu życia programu pełniły instytucje szczebla regionalnego, przy czym podział zadań odwzorowywał pełny

proces wdrażania – od fazy koncepcyjnej, przez operacjonalizację i realizację, po ewaluację efektów.

1. Etap przygotowania programu
Za opracowanie merytoryczne RPZ odpowiedzialny był **Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego (UMWM)**. Do jego zadań należało:

- diagnoza sytuacji epidemiologicznej i identyfikacja potrzeb zdrowotnych dzieci w województwie,
- przygotowanie projektu dokumentu RPZ, z uwzględnieniem struktury modułowej (otyłość, choroby kręgosłupa) oraz wymagań formalnych i legislacyjnych,
- przeprowadzenie procesu konsultacji z jednostkami samorządu terytorialnego,
- opracowanie wersji finalnej dokumentu, uwzględniającej uwagi interesariuszy i rekomendacje eksperckie,
- przygotowanie dokumentacji do przekazania do oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), w tym opis interwencji, mierników i zasad kwalifikacji.

2. Etap programowania i organizacji wdrożenia Na tym etapie do współpracy włączono inne jednostki Urzędu Marszałkowskiego:

- **Departament Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich UMWM** odpowiadał za koordynację RPZ z Regionalnym Programem Operacyjnym (RPO WM 2014–2020), zapewniając zgodność RPZ z celami polityki spójności i logiką interwencji finansowanej z EFS;

- **Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych (MJWPU)**, jako Instytucja Pośrednicząca, była odpowiedzialna za opracowanie dokumentacji konkursowej, ogłoszenie naboru i przeprowadzenie oceny merytorycznej projektów.

3. Etap wdrażania Realizacja RPZ odbywała się poprzez beneficjentów wyłonionych w ramach 3 naborów. Zadania beneficjentów obejmowały:

- organizację działań promocyjnych i informacyjnych,
- rekrutację i kwalifikację uczestników,
- prowadzenie interwencji zdrowotnych i edukacyjnych zgodnie z modułami programu,
- sporządzanie dokumentacji sprawozdawczej.

Na tym etapie MJWPU odpowiedzialna była za rozliczanie projektów oraz ich monitoring i kontrolę.

4. Monitoring i ewaluacja

- **MJWPU** prowadziła systematyczny monitoring wskaźników produktu i rezultatu, kontrolę postępów rzeczowych i finansowych oraz rozliczanie środków.

- **Departament Zdrowia i Polityki Społecznej**, zgodnie z założeniami RPZ, prowadził monitoring programu na podstawie przekazywanych przez Beneficjentów sprawozdań z realizacji RPZ oraz wyników ankiet satysfakcji uczestników programu, które powinny być przekazywane przez beneficjentów. Jak wskazywano wcześniej w raporcie, obowiązek ten był jednak realizowany nie przez wszystkich beneficjentów, co ograniczało możliwości monitorowania przebiegu RPZ zgodnie z określonymi w nim miernikami efektywności.

- Ewaluację RPZ koordynował Departament Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich UMWM.

Dzięki jasno zdefiniowanym kompetencjom, model wdrożeniowy RPZ umożliwiał nie tylko sprawną realizację działań na poziomie operacyjnym, lecz również zapewniał spójność merytoryczną i zarządczą całego procesu – od diagnozy do oceny efektów. Taki układ instytucjonalny był zgodny z zapisami RPZ, z wytycznymi krajowymi i unijnymi dotyczącymi programów zdrowotnych oraz wpisywał się w logikę Osi IX RPO WM 2014–2020. Model wdrożeniowy został także poddany ewaluacji w ramach realizowanego badania, w wyniku czego zidentyfikowano obszary, w których możliwe są usprawnienia, m.in. w zakresie przepływu informacji, koordynacji oraz zaangażowania niektórych interesariuszy.

Dodatkowe rekomendacje płyną z wniosków sformułowanych podczas panelu eksperckiego. W jego ramach zwrócono uwagę, że **podział RPZ na dwa odrębne moduły tematyczne – dotyczące otyłości oraz chorób kręgosłupa – niesie zarówno korzyści, jak i pewne ograniczenia**. Z jednej strony, wspólna grupa odbiorców oraz zintegrowany model wdrażania mogą sprzyjać efektywności organizacyjnej i lepszej koordynacji działań. Z drugiej strony, niektórzy eksperci wskazywali, że – w świetle aktualnych badań – wpływ interwencji w zakresie wad postawy i schorzeń kręgosłupa u dzieci na długoterminowy stan zdrowia może być mniej jednoznaczny niż w przypadku działań skoncentrowanych na profilaktyce otyłości. W związku z tym, rekomendowano dalsze monitorowanie skuteczności komponentu związanego z kręgosłupem oraz rozważenie ewentualnego dostosowania zakresu interwencji w przyszłych edycjach programu.

Przeprowadzone w ramach programu moduły oraz ich efekty nie wskazały istotnych przesłanek uzasadniających realizację wspólnego programu dla obu modułów. Nie zaobserwowano synergii z ich realizacji, a wskazano na istotne różnice tak w zakresie programowania jak i monitorowania obu modułów. Wśród opiniowanych przez AOTMiT programów profilaktyka otyłości i wad postawy zwykle występują jako niezależne programy. Nie wykazano istotnych korzyści ze wspólnego programowania, jednocześnie nie ma żadnych przeszkód aby dany podmiot mógł realizować oba programy niezależnie. Oddzielna realizacja programów pozwoliłaby na uelastycznienie ich realizacji oraz zrównoważenie raportowania.

Wskazano również, że warto rozważyć ograniczenie kosztownych komponentów interwencji, takich jak badania lekarskie – o ile nie są one niezbędne dla danego typu interwencji; w niektórych przypadkach wystarczające może być zaangażowanie np. pielęgniarki, dietetyka czy fizjoterapeuty.

5.6.2. Proces programowania i przygotowania do wdrożenia

Etap przygotowania RPZ realizowany był przez Departament Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego. W ramach prowadzonych prac opracowano założenia merytoryczne programu, dokonano diagnozy sytuacji zdrowotnej w regionie oraz określono strukturę interwencji zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami programów polityki zdrowotnej. Treść dokumentu została przygotowana w sposób klarowny i zgodny z wymaganiami instytucji opiniującej – Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), co znalazło potwierdzenie w pozytywnej opinii wydanej dla programu.

Z punktu widzenia przedstawicieli Instytucji Pośredniczącej (MJWPU), **RPZ był dokumentem czytelnym i funkcjonalnym. Jego struktura umożliwiała beneficjentom poprawne zaplanowanie działań projektowych, co przełożyło się na wysoką jakość**

składanych wniosków – relatywnie niewielki odsetek z nich wymagał odrzucenia z przyczyn merytorycznych, a niezgodności z założeniami RPZ miały charakter jednostkowy.

Tym, co zwiększało spójność założeń RPZ z warunkami jego wdrażania w ramach RPO WM 2014-2020, było zaangażowanie Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej w przygotowywanie kryteriów wyboru projektów przez Departament Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich. Współpraca ta dotyczyła opracowania i opiniowania kryteriów, realizowana była m.in. poprzez udział przedstawicieli Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej w grupach roboczych organizowanych przez Departament Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich oraz udział w posiedzeniach Komitetu Monitorującego RPO WM 2014-2020, na których omawiano kryteria.

W toku realizacji dostrzegalne były jednak także obszary, w których możliwa jest dalsza poprawa, służąca zwiększeniu spójności między dokumentami programowymi RPZ a dokumentacją konkursową przygotowywaną na potrzeby Europejskiego Funduszu Społecznego. W szczególności, przedstawiciele MJWPU wskazywali, że ze względu na odrębność procedur i struktur zaangażowanych w tworzenie dokumentacji konkursowej i RPZ, **zdarzały się trudności interpretacyjne w zakresie niektórych zapisów**. Zgłaszano także potrzebę wcześniejszego włączenia zespołów wdrażających w proces tworzenia programu, co mogłoby ułatwić ich późniejsze zastosowanie w dokumentach konkursowych oraz zwiększyć pewność co do intencji i logiki założeń programowych.

Z perspektywy Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej, realizacja RPZ po uzyskaniu pozytywnej opinii AOTMiT wiązała się z **ograniczonym wpływem na przebieg wdrażania**. Wynikało to z przyjętego modelu, w którym Departament nie był stroną umów podpisywanych z beneficjentami, a obowiązek przekazywania sprawozdań z realizacji spoczywał na beneficjentach w relacji do MJWPU. Jak wskazano w wywiadach, część tych sprawozdań nie trafiała do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej, co ograniczało możliwość bieżącej analizy i oceny postępów programu. Praktyka ta była zgodna z przyjętym podziałem ról, jednak z punktu widzenia spójnego zarządzania treścią programową RPZ – zasadne jest rozważenie rozwiązań umożliwiających usprawnienie obiegu informacji pomiędzy instytucjami.

Reasumując, proces programowania RPZ oceniany jest jako solidnie przygotowany i dobrze osadzony w potrzebach zdrowotnych regionu. Jednocześnie, doświadczenia zebrane w toku realizacji wskazują na potencjał dalszego doskonalenia mechanizmów współpracy między instytucjami zaangażowanymi w różne etapy cyklu życia programu – co mogłoby sprzyjać jeszcze lepszemu wykorzystaniu potencjału programów zdrowotnych w ramach polityki spójności.

5.6.3. Nabory projektów i selekcja wniosków

Proces naboru i oceny projektów realizowanych w ramach RPZ cechował się dużym zainteresowaniem potencjalnych beneficjentów oraz wysoką efektywnością procedur oceny. W ramach trzech ogłoszonych konkursów wpłynęło odpowiednio 91, 115 i 88 wniosków o dofinansowanie. Wysoka liczba zgłoszeń świadczy o dużym zapotrzebowaniu na działania zdrowotne i edukacyjne zaplanowane w ramach RPZ oraz o skutecznej kampanii informacyjnej towarzyszącej konkursom.

Z perspektywy Instytucji Pośredniczącej, dokumentacja RPZ była na tyle przejrzysta i spójna z oczekiwaniami projektowymi, że wnioskodawcy nie napotykali poważniejszych trudności w przygotowaniu wniosków. Zdecydowana większość projektów była oceniana pozytywnie, a przypadki odrzucenia wynikały przede wszystkim z pominięcia elementów obligatoryjnych –

np. braku modułu monitoringu i ewaluacji – co miało charakter incydentalny. W wielu przypadkach, w których **liczba projektów pozytywnie ocenionych przewyższała pierwotnie zaplanowaną alokację środków, podjęto decyzje o jej zwiększeniu**, co umożliwiło przyznanie dofinansowania wszystkim projektom spełniającym kryteria merytoryczne.

Proces selekcji projektów charakteryzował się również wysoką zgodnością ocen z treścią RPZ, co potwierdza adekwatność przyjętych kryteriów wyboru. Dążono do tego, aby wszystkie działania zaplanowane przez beneficjentów pozostawały w pełnej zgodności z logiką interwencji programu – zarówno pod względem struktury modułowej, jak i budżetowej. W opinii osób zaangażowanych w proces oceny, RPZ był dokumentem umożliwiającym sprawne zastosowanie jego założeń w praktyce aplikacyjnej, a projektodawcy w przeważającej większości prawidłowo interpretowali wymagania programowe.

Zarówno przebieg konkursów, jak i liczba wniosków pozytywnie ocenionych wskazują na trafność przyjętej konstrukcji RPZ oraz skuteczność jego implementacji w ramach procedur konkursowych. Jednocześnie doświadczenia zebrane w toku procesu aplikacyjnego mogą stanowić podstawę do dalszych usprawnień – m.in. w zakresie doprecyzowania wymagań formalnych i jeszcze bardziej przejrzystego określania elementów obligatoryjnych w dokumentacji konkursowej. Działania te mogłyby dodatkowo wzmocnić spójność i przewidywalność procesu aplikowania oraz przyczynić się do ograniczenia potrzeby późniejszych korekt i wyjaśnień na etapie oceny projektów.

5.6.4. Wyzwania realizacyjne i działania zaradcze

Realizacja projektów w ramach RPZ napotykała na szereg wyzwań operacyjnych, które w dużej mierze były konsekwencją uwarunkowań zewnętrznych, przede wszystkim **pandemii COVID-19**. Sytuacja epidemiczna znacząco wpłynęła na możliwość prowadzenia działań zaplanowanych w programie, zwłaszcza w zakresie zajęć stacjonarnych, spotkań grupowych oraz aktywności wymagających kontaktu bezpośredniego. Wprowadzone ograniczenia sanitarne – m.in. zakaz zgromadzeń, limit uczestników spotkań grupowych, zamknięcie placówek oświatowych – wymusiły reorganizację harmonogramów, form prowadzenia działań oraz logistyki realizacji projektów. Znaczenie tych trudności znajduje odzwierciedlenie w wynikach ankiety CAWI, która objęła 57 projektów – wśród nich w przypadku 26 respondenci potwierdzili występowanie trudności w trakcie realizacji projektów, w tym największa grupa (obejmująca 10 projektów) wskazywała, że ich źródłem była pandemia i obostrzenia z nią związane.

W odpowiedzi na te wyzwania, realizatorzy podejmowali szereg działań zaradczych. Zajęcia terapeutyczne i edukacyjne były organizowane w mniejszych grupach, zwiększano liczbę dostępnych lokalizacji (np. sal ćwiczeń), a część działań została przeniesiona do formy zdalnej. Równolegle obserwowano ograniczone zaangażowanie części rodziców dzieci objętych wsparciem – obawy o zdrowie dzieci oraz niechęć do udziału w zajęciach prowadzonych w trybie innym niż stacjonarny były czynnikami utrudniającymi realizację założonych celów frekwencyjnych.

Zgłaszano również **problemy z rekrutacją uczestników**, które występowały głównie w sytuacjach, gdy zasięg terytorialny projektu był zbyt wąski. W odpowiedzi, niektórzy beneficjenci podejmowali próby rozszerzenia obszaru objętego interwencją o kolejne powiaty, co – w połączeniu z elastycznym podejściem Instytucji Pośredniczącej – pozwoliło na kontynuowanie realizacji działań w wymaganym zakresie.

W kontekście organizacyjnym, pozytywnie należy ocenić **zdolność instytucji do elastycznego reagowania na zmieniające się warunki realizacji**. Przykładem może być przedłużenie okresu realizacji projektów ponad pierwotnie określone limity czasowe, w odpowiedzi na zakłócenia spowodowane pandemią COVID-19. Zmiany te były efektem współpracy między instytucjami zaangażowanymi w realizację RPZ – MJWPU, Departamentem Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich oraz Departamentem Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM. Beneficjenci, napotykając trudności w realizacji działań w przyjętych terminach, kierowali do MJWPU prośby o przedłużenie czasu trwania projektów. Głosy te były następnie przekazywane do Instytucji Zarządzającej – w tym do wspomnianych departamentów UMWM – które przygotowywały propozycję zmiany okresu realizacji RPZ. Na tej podstawie Zarząd Województwa Mazowieckiego podjął uchwałę umożliwiającą przedłużenie realizacji programu, co w praktyce umożliwiło kontynuację działań przez beneficjentów i pełniejsze wykorzystanie dostępnych środków.

Szczególną wartość miała zatem gotowość instytucji do bieżących konsultacji i adaptowania wymagań proceduralnych w sytuacjach nadzwyczajnych. Działania te przyczyniły się do utrzymania ciągłości wsparcia w warunkach znacznych ograniczeń systemowych, a jednocześnie stworzyły podstawę do dalszego doskonalenia mechanizmów zarządzania ryzykiem oraz elastyczności interwencji zdrowotnych w ramach programów współfinansowanych ze środków EFS.

Warto przy tym zaznaczyć, że **pandemia** – poza utrudnieniami operacyjnymi – stała się również **czynnikiem weryfikującym rzeczywisty potencjał organizacyjny części beneficjentów**. W ocenie przedstawicieli MJWPU, niektóre podmioty napotkały trudności, które wskazują na potrzebę pogłębionej refleksji nad przyszłymi kryteriami naboru wniosków – w tym m.in. możliwością uwzględnienia doświadczenia w realizacji podobnych działań oraz posiadanych zasobów organizacyjnych i kadrowych jako przesłanek zwiększających skuteczność i trwałość interwencji.

5.6.5. Koordynacja i współpraca instytucjonalna

Jak wskazano wcześniej, skuteczna realizacja RPZ wymagała zaangażowania wielu jednostek organizacyjnych, w tym przede wszystkim Mazowieckiej Jednostki Wdrażania Programów Unijnych (MJWPU), Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM oraz Departamentu Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich UMWM. Współpraca między tymi podmiotami przebiegała zgodnie z ustalonym podziałem ról i kompetencji, odzwierciedlającym logikę wdrażania programów finansowanych z Europejskiego Funduszu Społecznego. Koordynacja działań obejmowała m.in. przygotowanie dokumentacji konkursowej, nadzór nad realizacją projektów, przekazywanie informacji dotyczących przebiegu wdrażania oraz podejmowanie decyzji w sytuacjach wymagających zmian systemowych, takich jak wydłużenie okresu realizacji RPZ.

W opinii respondentów reprezentujących poszczególne instytucje, procesy koordynacyjne funkcjonowały poprawnie, choć **dostrzegalne są obszary, w których możliwa jest ich dalsza optymalizacja**. W szczególności zwracano uwagę na potrzebę uspójnienia przepływu informacji pomiędzy departamentami Urzędu Marszałkowskiego oraz zapewnienia bardziej systematycznego włączania zespołów wdrożeniowych (zwłaszcza MJWPU) w fazę tworzenia dokumentów programowych. Doświadczenia z realizacji RPZ wskazują, że wcześniejsza wymiana wiedzy na temat treści programu mogłaby ułatwić interpretację zapisów przez pracowników odpowiedzialnych za wdrażanie, a tym samym zwiększyć płynność i spójność całego procesu.

W toku realizacji RPZ pojawiały się również wyzwania związane z zakresem odpowiedzialności oraz dostępem do informacji. Przykładowo, Departament Zdrowia i Polityki Społecznej – jako autor programu – nie był stroną umowy z beneficjentami, co **ograniczało jego możliwości w zakresie egzekwowania obowiązku sprawozdawczości**. Choć beneficjenci zobowiązani byli w umowach o dofinansowanie projektów do przesyłania rocznych sprawozdań z realizacji programu do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej, w praktyce ich liczba była niepełna, a departament nie dysponował formalnym narzędziem umożliwiającym weryfikację lub wezwanie do uzupełnienia danych. W ocenie respondentów, rozwiązaniem mogłoby być w przyszłości wzmocnienie zapisów umowy (poprzez np. warunkowanie wypłaty transz finansowych od spełnienia obowiązków sprawozdawczych) lub wypracowanie dodatkowego mechanizmu komunikacji i wymiany informacji między beneficjentami a autorem programu.

Zarówno po stronie MJWPU, jak i Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM, podkreślano **znaczenie wzajemnego zrozumienia specyfiki działań – zdrowotnych i funduszowych – jako kluczowego elementu skutecznej współpracy instytucjonalnej**. Doświadczenia z realizacji RPZ wskazują, że sprzyjające warunki dla tej współpracy można budować poprzez wczesne włączenie wszystkich stron w proces planowania oraz bieżące konsultacje na etapie wdrażania i monitorowania projektów.

5.6.6. Monitoring i sprawozdawczość

Monitoring poziomu osiągania rezultatów projektów w ramach RPZ opierał się na standardowych procedurach obowiązujących dla projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, ujętych w Wytycznych dotyczących monitorowania postępu rzeczowego realizacji programów operacyjnych na lata 2014-2020.

Bieżący nadzór nad realizacją działań oraz kontrola sprawozdawczości prowadzona była przez MJWPU. W ocenie respondentów z MJWPU, funkcjonujący system monitorowania umożliwiał identyfikację potencjalnych trudności realizacyjnych oraz bieżące wsparcie beneficjentów – zarówno w ramach wizyt monitoringowych, jak i analizy dokumentacji składanej przez realizatorów.

Z perspektywy pracowników IP, kluczowe znaczenie miało odniesienie rzeczywistych działań projektowych do zapisów zawartych we wniosku o dofinansowanie. Przyjęty model oceny zgodności z założeniami projektu pozwalał na efektywną weryfikację spójności działań z planem oraz umożliwiał reagowanie w sytuacjach wymagających korekt. Przykładem skuteczności tych mechanizmów była opisana wyżej możliwość diagnozowania problemów wynikających z pandemii i wdrażania odpowiednich działań zaradczych (np. zgody na zmianę harmonogramu, modyfikacje form prowadzenia zajęć, itp.).

Równolegle do systemu prowadzonego przez MJWPU, określono również obowiązek przekazywania rocznych sprawozdań z realizacji RPZ do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM – jako autora dokumentu programowego. W praktyce jednak realizacja tego obowiązku napotykała trudności. Część beneficjentów nie przesyłała wymaganych sprawozdań, a Departament Zdrowia i Polityki Społecznej – niebędący stroną umowy – nie dysponował środkami umożliwiającymi formalne egzekwowanie przekazu danych. W konsekwencji, możliwość całościowej analizy realizacji RPZ była ograniczona, a dane trafiające do Departamentu miały często charakter niepełny lub fragmentaryczny. Zdarzało się, że sprawozdania obejmowały tylko część beneficjentów, bez wiedzy o statusie realizacji pozostałych projektów. Konsekwencje tej sytuacji zostały szczegółowo opisane w poprzednich częściach raportu, gdy analiza opierała się na danych o poziomie realizacji mierników efektywności określonych w RPZ.

Doświadczenia z monitoringu RPZ pokazują, że dotychczasowe rozwiązania funkcjonujące po stronie MJWPU okazały się skuteczne w odniesieniu do bieżącej kontroli formalnej i rzeczowej. Jednocześnie dostrzegalne są możliwości usprawnienia obiegu informacji pomiędzy instytucjami – zwłaszcza w zakresie zapewnienia Departamentowi Zdrowia i Polityki Społecznej systematycznego dostępu do danych przekazywanych przez beneficjentów. W przyszłości rozważyć można zarówno wzmocnienie zapisów umownych, jak i wypracowanie narzędzi wspierających bieżącą analizę jakościową i ilościową postępów w realizacji RPZ.

5.6.7. Wnioski z oceny modelu wdrożeniowego

Ocena organizacji i zarządzania RPZ w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci w województwie mazowieckim pozwala na sformułowanie kilku kluczowych wniosków odnoszących się do funkcjonowania przyjętego modelu wdrożeniowego.

Po pierwsze**, struktura instytucjonalna RPZ została zaprojektowana w sposób przejrzysty, z wyraźnym podziałem kompetencji pomiędzy instytucje odpowiedzialne za przygotowanie programu, jego wdrożenie i monitorowanie**. Departament Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM skutecznie przygotował dokument programowy, który był wysoko oceniany przez Instytucję Pośredniczącą oraz beneficjentów jako spójny i użyteczny operacyjnie. Z kolei procesy konkursowe prowadzone przez MJWPU cechowały się wysoką jakością organizacyjną, a elastyczne podejście instytucji pozwoliło na dostosowanie działań do dynamicznie zmieniających się warunków, w tym szczególnie w czasie pandemii COVID-19.

Po drugie, **pandemia ujawniła ograniczenia organizacyjne części realizatorów**, których potencjał – mimo pozytywnej oceny projektów – został zweryfikowany w sytuacjach kryzysowych. Zidentyfikowano potrzebę dalszej refleksji nad kryteriami dostępu do programów zdrowotnych, w tym nad możliwością silniejszego uwzględniania dotychczasowego doświadczenia wnioskodawców oraz ich zasobów operacyjnych, co mogłoby przyczynić się do zwiększenia stabilności realizacji projektów w warunkach niestandardowych.

Po trzecie, **doświadczenia z okresu wdrażania RPZ ujawniły potrzebę dalszego wzmacniania mechanizmów współpracy instytucjonalnej** – zwłaszcza na styku między Departamentem Zdrowia i Polityki Społecznej a MJWPU oraz Departamentem Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich. Wskazane byłoby dążenie do bardziej systematycznego włączania wszystkich stron we wczesne etapy tworzenia programów oraz do pogłębionej wymiany informacji w trakcie ich realizacji. Takie działania mogą przyczynić się do zwiększenia spójności dokumentacji, uspójnienia interpretacji zapisów RPZ i kryteriów konkursowych oraz lepszej koordynacji operacyjnej.

Po czwarte, dostrzegalna jest **potrzeba wzmocnienia mechanizmów sprawozdawczości** – w szczególności w odniesieniu do obowiązku przekazywania rocznych informacji o realizacji programu do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej. Zapewnienie pełnego dostępu do danych przez autora programu może sprzyjać lepszej analizie efektywności działań oraz bardziej kompleksowej ewaluacji ich rezultatów. Możliwości te można rozważyć zarówno na poziomie zapisów umownych, jak i organizacji przepływu informacji w ramach systemu instytucjonalnego.

Uzupełnieniem oceny modelu wdrożeniowego RPZ są wnioski z panelu eksperckiego. Sformułowano podczas niego szereg **postulatów dotyczących konieczności usprawnienia systemu planowania i wdrażania regionalnych programów zdrowotnych**.

Zgłoszono m.in. potrzebę lepszej integracji polityk zdrowotnych z innymi obszarami działalności samorządów wojewódzkich – szczególnie z polityką oświatową. Wskazano, że zdrowie dzieci powinno być przedmiotem wspólnych, międzysektorowych działań, prowadzonych w sposób skoordynowany.
Eksperci postulowali także uproszczenie i dalszą profesjonalizację procesu tworzenia RPZ, poprzez:

- centralizację planowania na poziomie województwa (ograniczenie potrzeby opracowywania oddzielnych RPZ przez samorządy gminne i powiatowe),
- rozwój specjalistycznych kadr – np. poprzez szkolenia, studia podyplomowe i spotkania robocze dla osób odpowiedzialnych za programowanie polityk zdrowotnych,
- stworzenie ogólnoregionalnego systemu benchmarkingu i wymiany doświadczeń z projektowania i wdrażania poszczególnych programów, który wspierałby doskonalenie procesu programowania polityki zdrowotnej,
- testowanie nowych rozwiązań w formie programów pilotażowych, których rezultaty mogłyby stanowić podstawę dalszych działań systemowych.

Podsumowując, model wdrożeniowy RPZ funkcjonował efektywnie w warunkach standardowych i wykazał się elastycznością w sytuacjach kryzysowych. Jednocześnie zidentyfikowano szereg obszarów, w których możliwa jest dalsza poprawa – służąca wzmocnieniu koordynacji, zwiększeniu przejrzystości oraz zapewnieniu spójności i trwałości efektów realizowanych interwencji zdrowotnych.

Warto podkreślić, że jednym z szerszych wniosków wynikających z badania – wykraczających poza ocenę samego modelu wdrożeniowego RPZ – jest **potrzeba zintegrowanego podejścia do polityk publicznych w obszarze zdrowia dzieci i młodzieży.** Wyniki badania potwierdzają, że skuteczność programów zdrowotnych skierowanych do dzieci i młodzieży w dużej mierze zależy od jakości współpracy między instytucjami odpowiedzialnymi za różne obszary polityki publicznej na różnych poziomach – od centralnego po lokalny. W szczególności podkreślano znaczenie wzajemnego zrozumienia specyfiki działań prowadzonych w sektorze zdrowia oraz w systemie edukacji – zarówno na poziomie koncepcyjnym, jak i operacyjnym.

Wnioski z badania potwierdzają, zdrowie dzieci powinno być traktowane jako obszar wspólny, wymagający koordynacji działań międzysektorowych – nie tylko między jednostkami ochrony zdrowia a oświatą, ale także z udziałem instytucji społecznych, organizacji pozarządowych czy samorządów lokalnych.

W związku z tym zasadny jest postulat wzmacniania zintegrowanego podejścia do polityk publicznych, które obejmują promocję zdrowego stylu życia dzieci i młodzieży. Może to obejmować m.in.:

- tworzenie warunków do regularnej współpracy między przedstawicielami szkół, POZ, poradni psychologiczno-pedagogicznych, JST i NGO w ramach lokalnych lub regionalnych zespołów ds. zdrowia dzieci,
- wspólne planowanie i wdrażanie programów o charakterze edukacyjno-zdrowotnym w środowisku szkolnym,
- systemowe uwzględnianie celów zdrowotnych w dokumentach oświatowych, takich jak szkolne programy wychowawczo-profilaktyczne.

Takie podejście sprzyja budowie trwałych struktur współpracy i tworzeniu środowiska wspierającego zdrowie dzieci na poziomie lokalnym, regionalnym i centralnym – jako wspólnej odpowiedzialności różnych instytucji publicznych.

6. Wnioski i rekomendacje

6.1. Odpowiedzi na pytania problemowe

6.1.1. Ocena osiągnięcia poziomu/stopnia celu głównego RPZ

1. Czy został osiągnięty cel główny RPZ tj.: Poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach 2018-2023?

Zgromadzone dane wskazują, że realizacja RPZ przyczyniła się do osiągnięcia założonego celu głównego w zakresie poprawy stanu zdrowia dzieci w województwie mazowieckim – choć stopień realizacji celu był zróżnicowany w zależności od modułu tematycznego oraz możliwości monitorowania efektów zdrowotnych.

W module dotyczącym **chorób kręgosłupa** odnotowano szeroki zasięg działań, dużą liczbę zakwalifikowanych i aktywnie uczestniczących dzieci oraz pozytywne efekty terapeutyczne. Program umożliwił przeprowadzenie pełnego cyklu wsparcia – od diagnozy, przez interwencję fizjoterapeutyczną, po edukację posturalną i profilaktykę. Uczestnicy i realizatorzy oceniali interwencje jako skuteczne i adekwatne do potrzeb.

W module dotyczącym **otyłości** również zrealizowano założone działania – w tym diagnozę, poradnictwo dietetyczne i edukację zdrowotną – jednak osiągnięcie trwałych efektów zdrowotnych okazało się trudniejsze. W części projektów zaobserwowano poprawę stanu zdrowia dzieci (m.in. obniżenie wskaźników BMI), jednak w perspektywie 12 miesięcy po zakończeniu interwencji utrzymanie efektów było wyraźnie niższe. Wskazuje to na potrzebę wzmacniania komponentów podtrzymujących (follow-up), zaangażowania rodziny i otoczenia dziecka oraz działań wspierających zmianę stylu życia.

Analiza wartości mierników efektywności oraz ilościowe i jakościowe dane z wywiadów i badań ankietowych potwierdzają, że RPZ dotarł do szerokiej grupy dzieci, zapewnił im dostęp do kompleksowego wsparcia zdrowotnego i edukacyjnego, a także podniósł świadomość problematyki w środowiskach lokalnych. W tym sensie można uznać, że program skutecznie wypełnił swoje funkcje i **przyczynił się do poprawy stanu zdrowia dzieci**, zgodnie z intencją celu głównego.

Jednocześnie, należy zaznaczyć, że **pełna i precyzyjna ocena długofalowego wpływu programu** była ograniczona ze względu na niepełne dane sprawozdawcze oraz brak systemowych rozwiązań zapewniających kontynuację działań po zakończeniu projektów. W przyszłości wskazane byłoby wzmocnienie systemu monitorowania efektów zdrowotnych oraz lepsze zakotwiczenie działań RPZ w szerszym kontekście polityki zdrowotnej i edukacyjnej.

6.1.2. Ocena osiągnięcia poszczególnych celów szczegółowych RPZ

1. Czy zostały osiągnięte cele szczegółowe RPZ?

Cele szczegółowe RPZ zostały zdefiniowane oddzielnie dla dwóch modułów tematycznych – otyłości i chorób kręgosłupa – i obejmowały: (1) zwiększenie wykrywalności otyłości/schorzeń kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego, (2) zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia wśród dzieci i ich rodziców, (3) zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości/chorób kręgosłupa wśród uczestników programu.

Na podstawie dostępnych danych można stwierdzić, że **większość celów szczegółowych została osiągnięta**, przy czym stopień realizacji był zróżnicowany pomiędzy modułami, a niektóre wskaźniki mogły być ocenione jedynie w ograniczonym zakresie ze względu na niepełność danych sprawozdawczych.

W module dotyczącym **chorób kręgosłupa** odnotowano szeroki dostęp do usług diagnostycznych i fizjoterapeutycznych dla dzieci – w wielu projektach przeprowadzono badania przesiewowe i wdrożono interwencje dostosowane do indywidualnych potrzeb uczestników. Zrealizowano także komponent edukacyjny, skierowany zarówno do dzieci, jak i ich opiekunów oraz kadry szkolnej. Dane ilościowe i jakościowe wskazują na znaczące podniesienie świadomości posturalnej oraz częstsze podejmowanie przez dzieci aktywności fizycznej.

W module dotyczącym **otyłości** działania diagnostyczne i edukacyjne również zostały wdrożone, jednak trudniejsze okazało się uzyskanie trwałych efektów zdrowotnych. Mimo że część uczestników osiągnęła poprawę wskaźników masy ciała, efekty te często były nietrwałe, a ich utrzymanie po zakończeniu interwencji – ograniczone. Jednocześnie program miał pozytywny wpływ na poziom wiedzy uczestników dotyczący zdrowego odżywiania i stylu życia, choć jego przełożenie na zmianę zachowań nie zawsze było pełne.

Zasadnym byłoby **zastosowanie jako alternatywnego (drugiego obok redukcji masy ciała) wskaźnika efektu zdrowotnego - wskaźnika BMI** (monitorowanego w programie), zwłaszcza w kontekście postulowanego w raporcie wydłużenia czasu trwania programu lub/i obserwacji efektów po zakończeniu realizacji programu. W grupach wiekowych dzieci biorących udział w programie możliwa jest sytuacja braku spadku masy ciała przy uzyskaniu spadku BMI co stanowiłoby uzyskanie założonego efektu programu.

Realizatorzy i uczestnicy podkreślali pozytywne zmiany w zakresie wiedzy i postaw zdrowotnych, przy jednoczesnym sygnalizowaniu barier środowiskowych – m.in. niskiego wsparcia w rodzinach oraz trudności we wdrażaniu zaleceń w warunkach domowych i szkolnych.

Podsumowując, można stwierdzić, że **cele szczegółowe RPZ zostały w większości osiągnięte**, szczególnie w zakresie zwiększenia dostępności interwencji oraz podniesienia poziomu wiedzy i świadomości zdrowotnej. Wyzwania dotyczyły przede wszystkim utrzymania efektów w dłuższej perspektywie oraz wdrażania zmian stylu życia w środowisku dziecka. Wskazuje to na potrzebę dalszego rozwoju komponentów wspierających trwałość efektów oraz zintegrowania działań RPZ z innymi politykami publicznymi.

2. Czy i w jakim zakresie stopień osiągnięcia poszczególnych celów Programu wynika z kontekstu realizacji Programu; tj. czy ewentualne odstępstwa od zakładanego stopnia osiągnięcia celów znajdują swoje uzasadnienie w czynnikach zewnętrznych oraz jak stopień ich osiągnięcia jest oceniany przez przedstawicieli realizatora Programu?

Stopień osiągnięcia celów RPZ był w istotnym stopniu kształtowany przez **zewnętrzny kontekst realizacji programu**, w szczególności przez zakłócenia wywołane pandemią COVID-19. Zgromadzone dane jakościowe oraz obserwacje przedstawicieli instytucji wdrażających i nadzorujących wskazują, że wiele odnotowanych trudności realizacyjnych – a w konsekwencji ograniczenia w osiąganiu pełnych rezultatów – miało charakter **czynników niezależnych od samych beneficjentów** i dotyczyło m.in.:

- konieczności wstrzymania lub ograniczenia zajęć stacjonarnych z uwagi na przepisy sanitarne,
- ograniczonej frekwencji i rezygnacji części uczestników (z obawy przed zakażeniem, braku zgody rodziców),
- problemów z organizacją zajęć w mniejszych grupach, co wymagało większej liczby lokalizacji i kadry,
- trudności rekrutacyjnych oraz utrudnionego kontaktu z rodzinami dzieci w czasie lockdownów.

Pandemia była również czynnikiem, który **zweryfikował potencjał organizacyjny części beneficjentów** – niektóre podmioty, mimo wcześniejszej pozytywnej oceny wniosków, nie poradziły sobie z dostosowaniem projektów do warunków kryzysowych. W ocenie MJWPU może to wskazywać na potrzebę bardziej zróżnicowanych kryteriów oceny w przyszłych naborach (np. uwzględniających doświadczenie i zasoby operacyjne wnioskodawców).

Przedstawiciele instytucji realizujących oceniali jednak, że **pomimo licznych utrudnień, działania RPZ były realizowane zgodnie z intencją programu**, a wsparcie dla beneficjentów było organizowane elastycznie i adekwatnie do sytuacji. W przypadku napotkanych trudności, wdrażano mechanizmy zaradcze, takie jak modyfikacja form zajęć (np. tryb zdalny), wydłużenie okresu realizacji projektów czy rozszerzanie zasięgu terytorialnego działań.

Zarówno dane ilościowe, jak i wypowiedzi przedstawicieli instytucji wskazują, że przyjęta elastyczność i otwartość na potrzeby beneficjentów umożliwiły zrealizowanie znacznej części celów RPZ, mimo trudnych warunków realizacyjnych. W ocenie respondentów z MJWPU i Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej, program w dużej mierze spełnił swoje funkcje, a dostrzeżone odstępstwa od zakładanych rezultatów można uzasadnić wyjątkowym charakterem sytuacji pandemicznej.

3. Jak osiągnięty poziom mierników przekłada się na poziom realizacji celu głównego Programu: poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach 2018-2023?

Zgromadzone w ramach ewaluacji dane ilościowe i jakościowe wskazują, że poziom realizacji mierników programu – zarówno wskaźników produktu, jak i efektu – w znacznym stopniu przyczynił się do osiągnięcia celu głównego RPZ. Program zapewnił szeroki dostęp do interwencji diagnostycznych, terapeutycznych i edukacyjnych wśród dzieci objętych działaniami w obu modułach tematycznych. Wskaźniki efektywności, choć zróżnicowane w zależności od modułu i projektu, potwierdzają, że działania te miały **realny wpływ na poprawę stanu zdrowia dzieci uczestniczących w programie**.

W module dotyczącym **chorób kręgosłupa** osiągnięto bardzo wysokie wartości wskaźników realizacyjnych – zarówno liczby przebadanych dzieci, jak i uczestników zajęć terapeutycznych oraz edukacyjnych. Dane sprawozdawcze oraz opinie realizatorów wskazują na odczuwalną poprawę stanu zdrowia dzieci (np. zmniejszenie dolegliwości

bólowych, poprawa postawy, wzrost aktywności fizycznej), co wskazuje na pełną realizację zakładanych efektów w tym obszarze.

W module dotyczącym **otyłości** osiągnięcie efektów zdrowotnych było bardziej zróżnicowane. Wskaźniki wskazujące na poprawę stanu zdrowia (np. redukcję BMI, poprawę wskaźnika WHtR) zostały zrealizowane, choć efekty te miały charakter krótkoterminowy i często nie utrzymywały się po zakończeniu interwencji. Zidentyfikowane w badaniu bariery środowiskowe (brak wsparcia w rodzinie, stygmatyzacja, niska akceptacja działań dietetycznych) miały wpływ na ograniczoną trwałość rezultatów, co należy uznać za istotne wyzwanie dla skuteczności interwencji w tym obszarze.

Warto również zauważyć, że ze względu na niepełność sprawozdań z części projektów, dostępne dane nie pozwalały w pełni oszacować całościowego wpływu RPZ na populację uczestniczącą – szczególnie w zakresie długofalowych efektów zdrowotnych. Mimo to, na podstawie zgromadzonych i przeanalizowanych mierników można uznać, że **program przyczynił się do poprawy stanu zdrowia dzieci w zakresie objętym interwencją**, co pozostaje w zgodzie z jego celem głównym.

6.1.3. Ocena zgłaszalności do programu

1. W jakim stopniu działania informacyjne (akcja informacyjna) o programie przyczyniły się do wzrostu zgłaszalności do udziału w nim, biorąc pod uwagę sugerowane sposoby rozpowszechniania informacji o Programie?

Działania informacyjne prowadzone w ramach RPZ odegrały istotną rolę w budowaniu zgłaszalności do udziału w projektach, szczególnie w początkowych fazach realizacji. W badaniu jakościowym przedstawiciele MJWPU wskazywali, że skuteczna rekrutacja uczestników była ściśle powiązana z intensywnością i formą prowadzonych działań promocyjnych, a **dobrze zaplanowana i lokalnie osadzona akcja informacyjna** pozwalała na skuteczne dotarcie do rodziców i dzieci.

Najczęściej stosowanymi kanałami dotarcia były szkoły – zarówno poprzez spotkania informacyjne, jak i materiały drukowane, ulotki, plakaty, czy też informacje zamieszczane na stronach internetowych placówek. Bezpośredni kontakt z personelem edukacyjnym oraz dyrekcją szkół znacząco ułatwiał rozpowszechnianie informacji i zwiększał wiarygodność programu w oczach rodziców. W niektórych przypadkach stosowano także media lokalne, portale społecznościowe, czy rekomendacje od wcześniej zaangażowanych uczestników.

Zebrane dane ankietowe wśród beneficjentów oraz wywiady z przedstawicielami MJWPU wskazują, że **tam, gdzie działania informacyjne były intensywne i prowadzone w sposób dostosowany do specyfiki lokalnej społeczności, przekładały się one bezpośrednio na większą liczbę zgłoszeń do programu**. Potwierdzają to opinie także rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ. W projektach, w których informowanie ograniczało się jedynie do pasywnych form przekazu (np. ogłoszeń na stronach internetowych), rekrutacja była znacznie trudniejsza, szczególnie w module dotyczącym otyłości, gdzie dodatkowym czynnikiem była wrażliwość tematu.

Jednocześnie, część badanych zwracała uwagę na **ograniczenia związane ze społecznym odbiorem problemu otyłości** – etykieta programu jako „dla dzieci z otyłością" bywała zniechęcająca i mogła wpływać na mniejszą chęć zgłaszania się do udziału. Z tego względu, kluczowe znaczenie miało nie tylko to, *czy* informowano o programie, ale *jak* to robiono – ważne było, aby komunikacja była pozytywna, niepiętnująca i podkreślająca prozdrowotny, wspierający charakter działań.

Podsumowując, można stwierdzić, że **działania informacyjne istotnie przyczyniły się do wzrostu zgłaszalności do programu**, szczególnie tam, gdzie prowadzono je aktywnie i z uwzględnieniem lokalnego kontekstu. Jednocześnie doświadczenia realizatorów wskazują, że w przyszłości warto położyć jeszcze większy nacisk na formę przekazu – tak, aby zwiększyć responsywność społeczności lokalnych, a zarazem przeciwdziałać barierom związanym ze stygmatyzacją.

2. Jaka była zgłaszalność w poszczególnych etapach realizacji Programu (tj. jakie były zmiany w liczbie i strukturze osób zgłaszających się w kolejnych etapach)?

Analiza danych zgromadzonych w trakcie ewaluacji wskazuje, że **zgłaszalność do udziału w RPZ była wysoka**, co należy uznać za jedną z mocnych stron programu. Łącznie zgłoszono udział 16 753 dzieci – w tym 11 799 w module dotyczącym chorób kręgosłupa i 4 954 w module dotyczącym otyłości. Dane te odpowiadają **miernikowi 1 (liczba zgłoszeń)** i potwierdzają, że program cieszył się znacznym zainteresowaniem. Ze względu na niską dostępność danych dot. tego miernika należy założyć, że poziom zgłaszalności do RPZ był jeszcze wyższy.

Zgłaszalność **przekładała się co do zasady na wysoką liczbę dzieci zakwalifikowanych do programu** (miernik 4). Z danych sprawozdawczych wynika, że relatywnie nieduża grupa dzieci niekwalifikowała się do programu ze względu na niespełnianie kryteriów medycznych. Wskaźnik negatywnej kwalifikacji medycznej był niski (średnio 14,5%, mediana 6%), a w wielu projektach nie odnotowano żadnych wykluczeń zdrowotnych, co potwierdza, że rekrutacja była skutecznie ukierunkowana na odpowiednie grupy docelowe.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że **ocena dynamiki zgłaszalności w kolejnych etapach realizacji RPZ jest utrudniona** ze względu na ograniczoną dostępność danych sprawozdawczych. Nie wszyscy beneficjenci raportowali dane za wszystkie lata realizacji projektu, a część informacji pochodzi z niepełnych zestawień, co ogranicza możliwość precyzyjnej analizy trendów zgłaszalności w czasie.

Mimo tych ograniczeń, dostępne dane jakościowe oraz relacje realizatorów projektów sugerują, że **poziom zgłaszalności utrzymywał się na relatywnie wysokim poziomie przez większość okresu realizacji**, z wyjątkiem okresów zakłóceń spowodowanych pandemią COVID-19. W tym czasie obserwowano trudności z rekrutacją, spadek frekwencji i wycofywanie się części uczestników, co skłaniało realizatorów do podejmowania działań zaradczych – m.in. rozszerzania zasięgu terytorialnego projektów, zmiany formuły realizacji wsparcia, wydłużania okresu realizacji projektu.

Podsumowując, **zgłaszalność do RPZ była wysoka i – w miarę dostępności danych – przekładała się na realne uczestnictwo dzieci w programie**. Choć analiza zmian zgłaszalności w czasie jest ograniczona z uwagi na braki w raportowaniu, ogólny obraz wskazuje na sprawną realizację procesu rekrutacyjnego i pozytywny odbiór programu w społecznościach lokalnych.

3. Jakie były bariery/trudności wpływające negatywnie (tj. ujemnie) na zgłaszalność do Programu na jego poszczególnych etapach, które zostały zidentyfikowane z perspektywy beneficjentów oraz z perspektywy rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie?

Analiza wyników badania wskazuje, że mimo ogólnie wysokiego poziomu zgłaszalności do RPZ, zidentyfikowano szereg **barier i trudności**, które w różnym stopniu wpływały na

ograniczenie liczby dzieci zgłaszających się do programu – zarówno w jego początkowej fazie, jak i w dalszych etapach rekrutacji i uczestnictwa. Bariery te dotyczyły zarówno **czynników instytucjonalnych i systemowych**, jak i **indywidualnych postaw rodziców oraz uwarunkowań społeczno-kulturowych**.

Z perspektywy **realizatorów projektów** (beneficjentów RPZ – przy czym zdecydowana większość realizatorów nie doświadczała trudności na etapie rekrutacji), najczęściej wskazywanymi utrudnieniami były:

- **trudności w rekrutacji w okresie pandemii COVID-19** – obawy zdrowotne rodziców, ograniczenia sanitarne oraz zakaz organizacji zajęć w grupach utrudniały prowadzenie działań informacyjnych oraz spotkań rekrutacyjnych,
- **niski poziom zaangażowania rodziców** – niska aktywność lub obojętność rodziców w stosunku do działań programowych ograniczała skuteczność kampanii rekrutacyjnych, zwłaszcza w module otyłości,
- **niedostateczna współpraca z placówkami edukacyjnymi –** nawiązania takiej współpracy na etapie rekrutacji, a nawet wcześniej, czyli przygotowywania projektu, stanowiło istotny czynnik sukcesu rekrutacyjnego,
- **ograniczona dostępność grupy docelowej –** dotyczyło to sytuacji, w których na terenie danej gminy czy powiatu analogiczne wsparcie oferowało kilku beneficjentów, w efekcie podejmowano działania zaradcze w postaci np. poszerzania zasięgu terytorialnego projektu o kolejne gminy czy powiaty.

Z kolei z perspektywy **rodziców/opiekunów dzieci**, które uczestniczyły w programie, identyfikowano następujące czynniki utrudniające zgłoszenie się do RPZ:

- **stygmatyzujący charakter diagnozy otyłości** – określenie „program dla dzieci z otyłością" postrzegane było przez część rodziców jako etykietujące i zniechęcające, co ograniczało zgłaszalność, zwłaszcza na wczesnym etapie programu;
- **niedostateczne zrozumienie celów i korzyści z udziału** – część rodziców miała trudności ze zrozumieniem założeń programu lub nie traktowała go jako wartościowego wsparcia zdrowotnego;
- **niedogodności logistyczne** – np. konieczność dowozu dziecka na zajęcia poza godzinami lekcyjnymi lub poza miejscowość zamieszkania (przy czym utrudnienia te sygnalizowała tylko część rodziców, większość była w tym zakresie zadowolona ze sposobu organizacji wsparcia).

Podsumowując, zgłaszalność do RPZ mogła być ograniczana zarówno przez czynniki niezależne od beneficjentów (np. pandemia), jak i przez **uwarunkowania społeczne, kulturowe i relacyjne**, w tym postawy wobec problemu otyłości oraz poziom zaangażowania rodziców. Wnioski te wskazują na potrzebę dalszego wzmacniania komponentów komunikacyjnych, edukacyjnych i środowiskowych, które budują akceptację społeczną i aktywne uczestnictwo w działaniach profilaktycznych.

W tym kontekście szczególnie istotna okazuje się również **kwestia języka i sposobu komunikowania o programie**. Z wywiadów z rodzicami uczestników programu wynika, że używanie w przekazach informacyjnych pojęć takich jak „otyłość u dzieci" mogło działać zniechęcająco i stygmatyzująco – zarówno wobec dzieci, jak i ich rodzin. Wskazuje to na znaczenie tzw. barier symbolicznych, które mogą wpływać na decyzję o zgłoszeniu się do

programu, niezależnie od jego faktycznej wartości merytorycznej. Wnioski z niniejszego badania mogą stanowić przyczynek do szerszej refleksji nad językiem wykorzystywanym w działaniach promujących wsparcie w obszarach szczególnie wrażliwych społecznie – takich jak zdrowie, w tym zdrowie psychiczne, niepełnosprawność czy zagrożenie wykluczeniem społecznym.

Z perspektywy działań Instytucji Pośredniczącej, odpowiedzialnej za prowadzenie działań informacyjno-promocyjnych prowadzonych w ramach wdrażania programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021–2027, zasadne wydaje się uwzględnienie zasady wrażliwości językowej jako elementu skutecznej komunikacji społecznej, np. poprzez:

- unikanie problematyzującego języka w opisie interwencji, skierowanym do potencjalnych uczestników,
- promowanie wśród potencjalnych beneficjentów stosowania narracji opartej na pozytywnych celach, takich jak rozwój, samodzielność, aktywność,
- uwzględnianie kryterium językowej inkluzywności przy ocenie materiałów promocyjnych i kampanii informacyjnych,
- testowanie kluczowych haseł i komunikatów z przedstawicielami grup docelowych.

Powyższe zalecenia powinny wpisywać się w ogólny standard komunikacji w działaniach publicznych, zwłaszcza tych dotyczących interwencji zdrowotnych i społecznych.

4. Jakie były czynniki wpływające pozytywnie (tj. dodatnio) na zgłaszalność do Programu na jego poszczególnych etapach, które zostały zidentyfikowane z perspektywy beneficjentów oraz z perspektywy rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie?

Zarówno analiza danych ilościowych, jak i jakościowych wykazała szereg czynników, które miały **pozytywny wpływ na poziom zgłaszalności dzieci do RPZ**, zarówno w module dotyczącym chorób kręgosłupa, jak i w module otyłości. Czynniki te można podzielić na związane z działaniami organizacyjnymi realizatorów oraz uwarunkowania motywacyjne i społeczne po stronie rodzin.

Z perspektywy **realizatorów projektów (beneficjentów RPZ)**, najważniejszymi czynnikami sprzyjającymi rekrutacji były:

- **skuteczna współpraca ze szkołami** – instytucje edukacyjne stanowiły główny kanał komunikacji z rodzicami, a ich zaangażowanie w promocję programu istotnie wpływało na liczbę zgłoszeń,
- **dobrze zaplanowane działania informacyjne i promocyjne** – kampanie lokalne, bezpośrednie spotkania z rodzicami, ulotki, plakaty oraz rekomendacje nauczycieli były oceniane jako skuteczne narzędzia informowania,
- **wizerunek programu jako działań ogólnoprofilaktycznych, a nie interwencji stygmatyzujących** – tam, gdzie komunikowano RPZ jako program „dla zdrowia i sprawności dzieci", zainteresowanie było większe,
- **dostępność programu i jego lokalna realizacja** – zajęcia organizowane blisko miejsca zamieszkania oraz bezpłatny charakter wsparcia obniżały barierę wejścia i ułatwiały uczestnictwo.

Z perspektywy **rodziców i opiekunów dzieci**, które wzięły udział w programie, pozytywnie oceniane były:

- **jasne korzyści zdrowotne i edukacyjne** – rodzice dostrzegali wartość programu w poprawie stanu zdrowia dziecka, wczesnym wykrywaniu problemów oraz edukacji w zakresie zdrowego stylu życia,
- **profesjonalizm i zaangażowanie personelu realizującego działania** – pozytywny kontakt z fizjoterapeutami, dietetykami i edukatorami był wskazywany jako czynnik budujący zaufanie do programu,
- **szybka ścieżka zakwalifikowania i brak formalnych barier** – prosty proces zapisów oraz dostępność programu bez skierowań medycznych ułatwiały decyzję o zgłoszeniu dziecka,
- **efekt rekomendacji i lokalnej rozpoznawalności** – w mniejszych miejscowościach program zyskiwał popularność dzięki rekomendacjom „z ust do ust" oraz pozytywnym opiniom rodziców i nauczycieli.

Warto również podkreślić, że w niektórych projektach zaobserwowano **aktywną postawę samych dzieci**, które – po pozytywnym doświadczeniu zajęć – zachęcały swoich rówieśników do udziału, co budowało efekt społecznej akceptacji i normalizacji udziału w działaniach RPZ.

Podsumowując, czynniki sprzyjające zgłaszalności miały zarówno charakter **organizacyjny (jakość i sposób wdrażania działań informacyjnych)**, jak i **społeczno-motywacyjny (zaufanie, widoczne korzyści, brak stygmatyzacji)**. Ich obecność istotnie wzmacniała skuteczność rekrutacji i powinna stanowić punkt odniesienia dla projektowania przyszłych programów zdrowotnych skierowanych do dzieci i młodzieży.

5. Czy i jakie inne czynniki miały wpływ na zgłaszalność do Programu, poza działaniami podejmowanymi w ramach promocji Programu?

Poza formalnie prowadzonymi działaniami informacyjnymi i promocyjnymi, zgłaszalność do RPZ była kształtowana także przez szereg **czynników zewnętrznych i kontekstowych**, które wykraczały poza bezpośrednie oddziaływanie realizatorów projektów. Zidentyfikowane w toku badania czynniki miały zarówno charakter wspierający, jak i ograniczający.

Do czynników **sprzyjających zgłaszalności**, poza działaniami promocyjnymi, należały:

- **lokalne zaangażowanie szkół i nauczycieli**, którzy pełnili nieformalną rolę ambasadorów programu, rekomendując go rodzicom i wspierając działania rekrutacyjne,
- **pozytywny odbiór wcześniejszych edycji RPZ lub innych programów zdrowotnych realizowanych przez tych samych beneficjentów** – zbudowane wcześniej zaufanie do organizatora zwiększało gotowość rodziców do zgłoszenia dziecka,
- **łatwość dostępu logistycznego** – realizacja zajęć w szkołach lub w ich bezpośrednim sąsiedztwie eliminowała barierę transportową i organizacyjną,
- **bezpłatny charakter udziału w programie**, co w opinii rodziców miało istotne znaczenie w kontekście ograniczonych zasobów domowych,
- **presja rówieśnicza o charakterze pozytywnym** – dzieci, które uczestniczyły w zajęciach, zachęcały inne, co zwiększało responsywność grup szkolnych.

Z drugiej strony, w analizie zgłaszalności pojawiły się również **czynniki o charakterze ograniczającym**, niezależne od jakości promocji:

- **społeczny odbiór problemu otyłości** – obecne w części środowisk podejście stygmatyzujące lub marginalizujące wagę problemu skutkowało mniejszą gotowością do uczestnictwa w programie w module otyłości,
- **efekty pandemii**, które zmieniły codzienne priorytety rodzin i ograniczyły dostęp do kanałów tradycyjnej rekrutacji (np. spotkań w szkołach).

Wnioski te wskazują, że zgłaszalność do programu była **wypadkową wielu czynników**, z których nie wszystkie mogły być kontrolowane lub kompensowane poprzez działania promocyjne. W przyszłości warto uwzględniać te elementy w planowaniu interwencji – m.in. poprzez głębsze osadzenie programów w lokalnych środowiskach, współpracę z instytucjami edukacyjnymi i społecznymi oraz działania wspierające zaangażowanie rodzin, w tym działania przeciwdziałające stygmatyzacji.

6. Jakie były najlepsze sposoby rozpowszechniania informacji o Programie w opinii rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie oraz personelu medycznego?

Zidentyfikowano kilka kanałów i form komunikacji, które zostały ocenione jako najbardziej efektywne w kontekście informowania o możliwości udziału w RPZ.

Z perspektywy **rodziców i opiekunów dzieci**, najskuteczniejszymi sposobami dotarcia z informacją o programie były:

- **informacje przekazywane za pośrednictwem szkół** – zwłaszcza wychowawców i pedagogów, którzy cieszyli się zaufaniem rodziców i stanowili wiarygodne źródło informacji;
- **bezpośrednie spotkania informacyjne w placówkach oświatowych** – krótkie prezentacje dla rodziców po zebraniach szkolnych były wskazywane jako bardzo skuteczne;
- **rekomendacje od innych rodziców** – efekt tzw. „poczty pantoflowej" działał szczególnie silnie w mniejszych miejscowościach i w projektach realizowanych etapowo w kolejnych szkołach;
- **kontakt telefoniczny lub bezpośredni z realizatorami** – możliwość uzyskania odpowiedzi na pytania i rozwiania wątpliwości zwiększała zaufanie i gotowość do zgłoszenia dziecka.

Z kolei z perspektywy **personelu medycznego zaangażowanego w realizację RPZ** (tj. przedstawicieli realizatorów), najskuteczniejsze formy promocji to:

- **ścisła współpraca ze szkołami**, zarówno na poziomie dyrekcji, jak i nauczycieli WF-u, wychowawców oraz pedagogów szkolnych – umożliwiała szybkie dotarcie do grupy docelowej,
- zaangażowanie kadry placówek edukacyjnych w działania promocyjne – nauczyciele i pracownicy szkół pełnili rolę „lokalnych ambasadorów" programu,
- dobrze przemyślany przekaz – skuteczność działań informacyjnych była większa tam, gdzie RPZ nie był przedstawiany jako „program dla dzieci z otyłością", lecz jako oferta wsparcia zdrowego rozwoju i sprawności fizycznej.

Zarówno rodzice, jak i realizatorzy podkreślali, że **przekaz powinien być prosty, nienacechowany medycznie, skoncentrowany na „zdrowiu i dobrej formie" dziecka**, a nie na diagnozowaniu problemów. W module dotyczącym otyłości skuteczność komunikacji była szczególnie silnie związana z unikaniem języka stygmatyzującego i skupieniem się na korzyściach rozwojowych, a nie na wadze jako takiej.

Podsumowując, najlepsze efekty przynosiły **lokalne, bezpośrednie i personalne formy komunikacji**, osadzone w środowisku szkoły i rodziny, wspierane przez autorytet osób znanych i zaufanych przez rodziców. To one najskuteczniej aktywizowały potencjalnych uczestników programu.

7. Skąd mieszkańcy województwa mazowieckiego chcieliby czerpać informacje na temat Programu? Jakie inne drogi rozpowszechniania informacji o Programie można wykorzystać w kolejnych edycjach?

Wyniki badania jednoznacznie wskazują, że rodzice i opiekunowie dzieci **najchętniej czerpaliby informacje o programach zdrowotnych takich jak RPZ ze źródeł, które uznali wcześniej za najbardziej skuteczne i wiarygodne**. Oznacza to, że oceny skuteczności i preferencje informacyjne były w dużym stopniu zbieżne.

W badaniu CATI oraz wywiadach jakościowych respondenci najczęściej wskazywali następujące kanały jako **zarówno efektywne, jak i preferowane**:

- **szkoły jako podstawowe źródło informacji** – rodzice oczekują, że o programach zdrowotnych dla dzieci będą informowani bezpośrednio przez wychowawców, pedagogów lub dyrekcję placówek edukacyjnych,
- **bezpośrednie spotkania informacyjne z organizatorami programu** – dające możliwość rozmowy, zadania pytań i poznania założeń programu „z pierwszej ręki”,
- **materiały drukowane dostępne w szkołach, przedszkolach i przychodniach** – ulotki i plakaty umieszczone w miejscach codziennego kontaktu z instytucjami publicznymi były wskazywane jako łatwo dostępne i wiarygodne źródło informacji,
- **lokalne kanały informacyjne – strony internetowe szkół, gminne profile społecznościowe, lokalne portale i media** – pozwalające szybko dotrzeć do mieszkańców z bieżącymi informacjami.

Rodzice podkreślali, że **najchętniej przyjmują informacje pochodzące z bliskiego otoczenia dziecka** – od nauczycieli, pracowników szkoły czy znajomych rodziców – co wzmacnia przekaz i ogranicza nieufność.

W kontekście **możliwych do wdrożenia w przyszłości dodatkowych kanałów**, wskazywano również:

- **media społecznościowe jako uzupełnienie tradycyjnych form promocji** – zwłaszcza w przypadku młodszych rodziców, którzy korzystają z Facebooka lub lokalnych grup internetowych,
- **informacje przekazywane przez lekarzy POZ lub pielęgniarki środowiskowe** – choć ta forma była mniej powszechna, uznawano ją za potencjalnie skuteczną, o ile zostanie dobrze osadzona w strukturach lokalnych,
- **kampanie edukacyjne prowadzone we współpracy z samorządami lokalnymi** – np. w ramach wydarzeń rodzinnych, dni zdrowia czy festynów gminnych.

Podsumowując, **źródła informacji ocenione jako najskuteczniejsze w obecnej edycji programu są równocześnie tymi, które mieszkańcy chcieliby widzieć w przyszłości jako podstawowe kanały komunikacji**. Wskazuje to na potrzebę dalszego inwestowania w lokalne, bezpośrednie i zaufane formy informowania, osadzone w środowisku edukacyjnym i codziennym życiu rodzin.

W świetle powyższych wniosków warto sformułować zalecenie dotyczące ogólnie interwencji publicznych w obszarze zdrowia dzieci. Mianowicie, zasadne jest, aby **działania**

informacyjno-promocyjne prowadzone w ramach programów zdrowotnych w nowej perspektywie finansowej – w tym Funduszy Europejskich dla Mazowsza 2021–2027 – **systemowo wykorzystywały potencjał środowiska szkolnego jako głównego kanału dotarcia do rodzin z dziećmi**.

W szczególności warto, by w działaniach informacyjno-promocyjnych skierowanych do tej grupy docelowej w większym stopniu stosowano model komunikacji oparty na:

- budowaniu relacji z placówkami edukacyjnymi jako naturalnymi partnerami w przekazie informacji o dostępnych formach wsparcia,
- projektowaniu materiałów promocyjnych dostosowanych do realiów szkolnych – prostych, atrakcyjnych i skierowanych jednocześnie do dzieci i ich opiekunów,
- wspieraniu szkół w pełnieniu roli lokalnych punktów informacyjnych, w tym np. poprzez zaangażowanie wychowawców, pedagogów i szkolnych specjalistów jako ambasadorów działań zdrowotnych.

Zidentyfikowane preferencje informacyjne rodziców wskazują jednoznacznie, że skuteczność komunikacji w obszarze zdrowia publicznego zależy nie tylko od treści, ale przede wszystkim od formy i kontekstu jej przekazania – w sposób bezpośredni, zaufany i osadzony w codziennym otoczeniu rodziny. Włączenie szkół w planowanie kampanii informacyjnych może znacząco zwiększyć zasięg i skuteczność przyszłych działań profilaktycznych oraz edukacyjnych.

6.1.4. Ocena osiągnięcia oczekiwanych efektów określonych w RPZ

1. Czy zostały osiągnięte oczekiwane efekty określone w RPZ?

Analiza danych ilościowych i jakościowych zgromadzonych w toku ewaluacji wskazuje, że w znacznej mierze udało się osiągnąć oczekiwane efekty określone w programie.

Z perspektywy mierników efektywności, kluczowe efekty założone w RPZ zostały zrealizowane w stopniu zadowalającym, mimo występujących ograniczeń w sprawozdawczości i różnej dostępności danych dla poszczególnych projektów. Uczestnictwo w programie potwierdziło ponad 20 tys. dzieci, a wskaźniki dotyczące wykrywalności schorzeń, poprawy stanu zdrowia oraz wzrostu poziomu wiedzy zdrowotnej – zarówno u dzieci, jak i ich opiekunów – wykazują wyraźne pozytywne tendencje.

Zgodnie z opiniami realizatorów i uczestników, program skutecznie odpowiadał na potrzeby zdrowotne dzieci w zakresie profilaktyki i terapii otyłości oraz chorób kręgosłupa. Wysoką skuteczność wykazywały zwłaszcza działania edukacyjne, które były dobrze oceniane pod względem użyteczności i jakości przekazu.

Jednocześnie warto zauważyć, że trwałość efektów – mierzona w perspektywie 6 i 12 miesięcy po zakończeniu programu – była zróżnicowana. Dane sprawozdawcze i wyniki badań jakościowych wskazują, że w części przypadków obserwowano spadek utrzymania pozytywnych efektów zdrowotnych, zwłaszcza w module dotyczącym otyłości. Wynikało to m.in. z ograniczonego zaangażowania rodziców oraz braku systemowego wsparcia po zakończeniu interwencji.

Mimo tych ograniczeń, zebrane dane pozwalają stwierdzić, **że RPZ przyniósł wymierne efekty zdrowotne, edukacyjne i społeczne wśród uczestników, potwierdzając zasadność i skuteczność przyjętej formuły wsparcia**. Program został pozytywnie oceniony zarówno przez uczestników, jak i realizatorów, a jego rezultaty uznać można za

wartościowe z perspektywy zdrowia publicznego i profilaktyki schorzeń cywilizacyjnych u dzieci.

2. Jaki był stosunek kosztów zaplanowanych do kosztów rzeczywistych w kontekście zaplanowanych i rzeczywistych rezultatów wsparcia oferowanego w ramach realizacji Programu oraz czy w efekcie wsparcie to można uznać za efektywne, czyli na ile stopień osiągniętych efektów w zakresie wdrażania Programu jest adekwatny do poniesionych na nie nakładów?

Koszty jednostkowe interwencji w RPZ ustalono na podstawie analizy wycen pięciu potencjalnych beneficjentów, przy zastosowaniu średniej arytmetycznej. Takie podejście, zgodne z wytycznymi krajowymi i unijnymi, umożliwiło osadzenie planowania finansowego w realiach rynkowych i zapewniło spójność budżetową między projektami. W trakcie oceny wniosków MJWPU nadzorowała zgodność planowanych budżetów z tymi stawkami, co w praktyce zostało zrealizowane.

Realizacja projektów wykazała jednak pewne rozbieżności między planowanymi a rzeczywistymi kosztami – wynikające głównie z reorganizacji działań w okresie pandemii. Część wydatków uległa obniżeniu (np. brak wynajmu sal w przypadku zajęć zdalnych), inne wzrosły (np. transport, promocja, dostosowanie do wymogów sanitarnych). Dzięki możliwości elastycznego zarządzania budżetem, beneficjenci kompensowali zmiany wewnątrz projektów, nie przekraczając dostępnego dofinansowania.

W świetle zgromadzonych danych i opinii realizatorów, relacja nakładów do osiągniętych efektów została oceniona pozytywnie. Większość celów i wskaźników RPZ została zrealizowana, a program uzyskał wysokie oceny w zakresie skuteczności i użyteczności działań. Z perspektywy instytucji wdrażających oraz beneficjentów wsparcie udzielane w ramach RPZ można uznać za efektywne.

6.1.5. Ocena efektywności programu, zgodnie z miernikami efektywności w ramach realizacji RPZ, oraz stopnia osiągniętych wartości mierników i wskaźników

1. Jakie zostały osiągnięte wartości mierników efektywności w ramach realizacji RPZ?

Wartości mierników efektywności zostały przedstawione w tabeli 11.

Tabela 11 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące kluczowych etapów interwencji, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N= 93, w tym n=34 dla modułu dotyczącego otyłości, n=67 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:	**16 753**	**70**
1.1. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości	4 954	53
1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa	11 799	73
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym:	**14 060**	**70**
2.1. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości	3 475	53
2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa	10 505	73
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne)	**2 540**	**70**
4. Liczba uczestników programu w tym:	**19 665**	**100**
4.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości	5 976	91
4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	12 835	96
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	**722**	**71**
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program w tym:	**9 794**	**56**
6.1. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości	2 523	38
6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa	7 271	60
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**8 764**	**71**
7.1. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości	1 971	56
7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa	6 793	73
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:	**166 766**	**70**
8.1. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:	10 499	56
8.1.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	9 932	53
8.1.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	478	53
8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w tym:	155 906	73
8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	134 014	73
8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	21 791	73
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:	**28 294**	**70**

9.1. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:	7 666	50
9.1.1. liczba badań początkowych	1 998	50
9.1.2. liczba badań w środku interwencji	1 498	50
9.1.3. liczba badań końcowych	1 448	50
9.1.4. liczba innych badań	2 722	50
9.2. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa programu, w tym:	20 628	73
9.2.1. liczba badań początkowych	7 072	73
9.2.2. liczba badań w środku interwencji	4 938	73
9.2.3. liczba badań końcowych	4 714	73
9.2.4. liczba innych badań	3 904	73
10. Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych (tylko moduł dot. otyłości)	**5 512**	**53**
11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:	**4 785**	**70**
11.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym **otyłości**, w tym:	2 341	41
11.1.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości	1 657	41
11.1.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości	1 353	41
11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, w tym:	2 438	73
11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 410	73
11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 341	73
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**26 632**	**70**
12.1. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:	5 944	41
12.1.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	2 987	41
12.1.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	2 957	41
12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	20 802	73
12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	11 263	73
12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	9 539	73
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:	**216**	**70**

13.1. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości	39	53
13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa	177	73
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**6 932**	**70**
14.1. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości	1 449	50
14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa	5 858	73
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**10 568**	**62**
15.1. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	3 222	50
15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	7 346	73
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**11 313**	**77**
16.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	3 071	50
16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	4 346	93
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**6 675**	**58**
17.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	1 378	41
17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	5 297	78
18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**3 933**	**32**
18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **6 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego w tym:	**2 302**	**30**
18.1.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w **module dotyczącym otyłości,** od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	546	29

18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w **module dotyczącym chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	1 756	31
18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **12 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**1 631**	**24**
18.2.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w **module dotyczącym otyłości**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	336	18
18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w **module dotyczącym chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	1 295	27
19. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**490**	**29**
20. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**313**	**18**
21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**1 484**	**31**
22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**1 145**	**27**
23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**1 774**	**27**
23.1. liczba uczestników programu w **module dotyczącym otyłości**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	498	26
23.2. liczba uczestników programu w **module dotyczącym chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	1 276	30
24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**1 351**	**23**

24.1. liczba uczestników programu w **module dotyczącym otyłości**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	308	15
24.2. liczba uczestników programu w **module dotyczącym chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	1 043	25

6.1.6. Problemy zidentyfikowane przez interesariuszy RPZ oraz sposoby ich rozwiązania

1. Czy wystąpiły czynniki utrudniające osiągnięcie założonych celów? Jakie to były czynniki?

W trakcie realizacji RPZ zidentyfikowano szereg czynników, które w ocenie interesariuszy mogły w różnym stopniu utrudniać osiągnięcie zakładanych celów. Część z nich miała charakter zewnętrzny, związany z uwarunkowaniami systemowymi i epidemiologicznymi, inne dotyczyły ograniczeń operacyjnych i organizacyjnych po stronie realizatorów lub uczestników.

Najczęściej wskazywanym czynnikiem zakłócającym realizację RPZ była **pandemia COVID-19**, która wpłynęła na możliwość prowadzenia zajęć grupowych, ograniczyła rekrutację oraz obniżyła frekwencję. Konieczność przejścia na formy zdalne w niektórych projektach obniżała potencjalną skuteczność interwencji, zwłaszcza w działaniach wymagających bezpośredniego kontaktu (np. fizjoterapii).

Kolejnym wyzwaniem była **ograniczona aktywność części rodziców**, co szczególnie dotyczyło modułu otyłości. Niski poziom zaangażowania rodziców w działania edukacyjne i wspierające dzieci po zakończeniu zajęć stanowił barierę dla trwałości efektów.

Zgłaszano również **problemy organizacyjne** związane głównie z logistyką realizacji wsparcia, zwłaszcza pogodzeniem harmonogramu wsparcia w projekcie z innymi zajęciami pozaszkolnymi, w których uczestniczyły dzieci, czy z dojazdem na zajęcia i spotkania, zwłaszcza na terenach mniej zurbanizowanych.

Z perspektywy instytucjonalnej, interesariusze wskazywali także na **niedostateczną koordynację między departamentami i instytucjami zaangażowanymi w realizację RPZ**, w tym niedostatki systemowych mechanizmów wymiany informacji i konsultacji.

W zakresie monitorowania i oceny efektów programu, problemem była **niewystarczająca sprawozdawczość ze strony beneficjentów** do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM – mimo formalnego obowiązku składania sprawozdań, wiele z nich nie zostało przekazanych, co ograniczyło możliwości pełnej oceny postępów i efektów.

2. Czy wystąpiły czynniki utrudniające osiągnięcie założonych efektów? Jakie to były czynniki?

Realizacja RPZ napotkała szereg czynników, które mogły wpływać negatywnie nie tyle na samo wdrożenie działań, ile na **pełne osiągnięcie ich zamierzonych efektów zdrowotnych, edukacyjnych i społecznych**. Analiza danych z badania wykazała, że skuteczność programu – rozumiana jako trwała poprawa stanu zdrowia dzieci oraz zmiana postaw i nawyków zdrowotnych – była wrażliwa na warunki realizacji, poziom zaangażowania uczestników i otoczenia oraz charakter interwencji.

Jednym z głównych czynników była **ograniczona trwałość efektów zdrowotnych**, szczególnie w module dotyczącym otyłości. Pomimo początkowej poprawy wskaźników zdrowotnych, w większości projektów obserwowano ich pogorszenie po 12 miesiącach od zakończenia udziału w programie. Główną przyczyną była **niewystarczająca zmiana stylu życia i brak długofalowego wsparcia środowiskowego**, zwłaszcza ze strony rodziny i szkoły.

Z tym problemem wiąże się **niskie zaangażowanie rodziców** w działania edukacyjne oraz w proces wspierania dzieci w utrzymaniu wypracowanych efektów. Zidentyfikowano także

brak zrozumienia lub akceptacji dla zaleceń zdrowotnych w środowisku rodzinnym, co ograniczało wdrażanie zaleceń dietetycznych i aktywności fizycznej.

W module otyłości barierą był również **społeczny odbiór tematyki programu** – termin „otyłość" miał w niektórych przypadkach efekt stygmatyzujący, zniechęcając rodziny do aktywnego udziału, a dzieci – do otwartego korzystania ze wsparcia. Pojawiały się też sytuacje braku wsparcia ze strony rówieśników lub napiętnowania dzieci podejmujących działania prozdrowotne.

Wśród czynników o charakterze organizacyjnym wskazywano na **trudności w prowadzeniu zajęć zdalnych** (wymuszonych przez pandemię), które – mimo obniżenia kosztów – były mniej efektywne w działaniach wymagających kontaktu bezpośredniego, np. korekty postawy w ćwiczeniach fizjoterapeutycznych.

Podsumowując, osiągnięcie pełnych efektów RPZ ograniczały przede wszystkim: brak długofalowego wsparcia środowiskowego dla dzieci, niewystarczające zaangażowanie rodziców, stygmatyzacja tematu otyłości oraz obniżona efektywność działań prowadzonych w warunkach pandemicznych. Czynniki te mają charakter systemowy i kulturowy, a ich ograniczenie wymaga działań wykraczających poza pojedyncze interwencje projektowe.

3. Czy wystąpiły czynniki utrudniające osiągnięcie założonych mierników? Jakie to były czynniki?

W toku realizacji RPZ zidentyfikowano czynniki, które mogły utrudniać pełną realizację zakładanych mierników, zarówno na poziomie produktu (np. liczba uczestników działań), jak i efektu (np. poprawa stanu zdrowia, trwałość rezultatów). Ich realizacja była zróżnicowana w zależności od projektu, modułu oraz kontekstu lokalnego. Czynniki te pokrywają się w znacznej mierze z tymi wskazywanymi jako bariery osiągania celów i efektów RPZ.

Jednym z istotnych ograniczeń była pandemia **COVID-19**, która wpłynęła bezpośrednio na realizację wskaźników dotyczących liczby działań, uczestników oraz czasu trwania interwencji. Zajęcia musiały być reorganizowane lub prowadzone zdalnie, co w niektórych przypadkach obniżało frekwencję, skracało czas trwania działań lub ograniczało liczbę grup, a co za tym idzie – bezpośrednio wpływało na możliwość osiągnięcia zakładanych wartości wskaźników.

Zidentyfikowano również wspominane wcześniej **problemy w obszarze sprawozdawczości** oraz trudności w interpretacji i dokumentowaniu osiągnięcia niektórych wskaźników, np. dotyczących liczby przeprowadzonych zajęć czy badań ankietowych.

4. Czy Instytucja Zarządzająca RPO WM 2014-2020 zidentyfikowała jakieś problemy podczas zarządzania i monitorowania RPZ? Jakie to były problemy, czy i jakie podjęto działania modyfikujące?

Instytucja Zarządzająca RPO WM 2014–2020, działająca poprzez odpowiednie departamenty Urzędu Marszałkowskiego Województwa Mazowieckiego, zidentyfikowała w toku realizacji RPZ kilka kwestii, które wymagały interwencji lub dostosowania podejścia zarządczego. Kluczowe problemy dotyczyły przede wszystkim ograniczeń wynikających z uwarunkowań pandemicznych, jak również trudności w zakresie komunikacji między instytucjami oraz sprawozdawczości ze strony beneficjentów.

Jednym z najczęściej wskazywanych problemów było ograniczenie możliwości prowadzenia zajęć zgodnie z pierwotnymi założeniami programowymi w okresie pandemii COVID-19. W związku z zakazem zgromadzeń i ograniczeniami sanitarnymi, realizacja części działań

(zwłaszcza grupowych zajęć fizjoterapeutycznych i edukacyjnych) była czasowo zawieszana lub wymagała reorganizacji. W odpowiedzi na te trudności, MJWPU – we współpracy z Departamentem Zdrowia i Polityki Społecznej i Departamentem Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich – wdrożyła elastyczne podejście do wydłużania okresu realizacji projektów oraz umożliwiła modyfikację harmonogramów i form realizacji działań. Propozycje przedłużenia były zgłaszane przez beneficjentów do MJWPU, które następnie kierowało je do Instytucji Zarządzającej – ostateczne decyzje podejmowane były przez Zarząd Województwa Mazowieckiego.

Drugim obszarem wymagającym usprawnienia była **niesatysfakcjonująca sprawozdawczość ze strony beneficjentów względem Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej UMWM**, mimo zapisów w umowach zobowiązujących do składania rocznych raportów. Problemy te wynikały m.in. z faktu, że Departament Zdrowia i Polityki Społecznej nie był stroną umowy z beneficjentami, a więc nie miał formalnych narzędzi egzekwowania obowiązków sprawozdawczych. Zgłaszano również trudności w pełnym monitorowaniu postępów programu na poziomie instytucji tworzącej RPZ, co ograniczało dostęp do danych o realizacji i efektach.

Dodatkowo, w trakcie realizacji RPZ dostrzeżono potrzebę usprawnienia **koordynacji między departamentami i instytucjami odpowiedzialnymi za różne aspekty programu** – wskazano m.in. potrzebę konsultacji programów zdrowotnych z instytucjami wdrażającymi, aby zapewnić ich spójność z dokumentacją konkursową i kryteriami EFS. W momencie opracowywania niniejszego raportu, potrzeba ta została już uwzględniona w sposobie organizacji współpracy ukierunkowanej na finansowanie regionalnych programów zdrowotnych w województwie mazowieckim ze środków EFS+.

5. Czy Instytucja Pośrednicząca zidentyfikowała jakieś problemy podczas wdrażania i monitorowania RPZ? Jakie to były problemy, czy i jakie podjęto działania modyfikujące?

Mazowiecka Jednostka Wdrażania Programów Unijnych (MJWPU), jako Instytucja Pośrednicząca odpowiedzialna za ocenę, wdrażanie i monitoring projektów realizowanych w ramach RPZ, zidentyfikowała szereg wyzwań organizacyjnych i operacyjnych, które wpływały na realizację programu. Kluczowe trudności dotyczyły przede wszystkim warunków zewnętrznych (zwłaszcza pandemii COVID-19), ale także czynników lokalnych, związanych z procesem rekrutacji uczestników i współpracą instytucjonalną.

Istotnym wyzwaniem były ograniczenia wynikające z pandemii – m.in. zakaz zgromadzeń, konieczność reorganizacji zajęć i wprowadzenia trybu zdalnego. W odpowiedzi MJWPU wdrożyła elastyczne podejście do modyfikacji projektów, dopuszczając zmiany harmonogramów, form realizacji oraz wydłużenia czasu trwania działań. Wnioski o przedłużenie były przekazywane przez MJWPU do Instytucji Zarządzającej, a następnie zatwierdzane przez Zarząd Województwa Mazowieckiego.

W zakresie rekrutacji uczestników, opiekunowie projektów wskazywali na trudności wynikające nie tyle z braku zapotrzebowania, co z **ograniczonym zainteresowaniem części rodziców**. W module dotyczącym otyłości pojawiała się bariera w postaci **społecznego odbioru terminu „otyłość" oraz niechęci do udziału w działaniach, które mogły być postrzegane jako stygmatyzujące**. Zauważono również, że rodzice nie zawsze akceptowali potrzebę wdrażania działań terapeutycznych i edukacyjnych w odniesieniu do własnych dzieci, co wpływało na efektywność rekrutacji.

W przypadku projektów realizowanych na tych samych lub sąsiednich obszarach, pojawiały się także **problemy z nasyceniem ofertą wsparcia oraz ograniczoną skutecznością współpracy ze szkołami** – szczególnie tam, gdzie nie prowadzono jej w sposób wystarczająco zorganizowany i systemowy. W takich sytuacjach MJWPU dopuszczała modyfikacje projektów, w tym możliwość **poszerzenia zasięgu terytorialnego działań na kolejne powiaty lub gminy**. Zmiany te były realizowane w ramach dostępnych budżetów, bez zwiększania poziomu dofinansowania.

Z perspektywy MJWPU również wskazywano na ograniczenia w zakresie komunikacji instytucjonalnej i konieczność silniejszej współpracy między jednostkami zaangażowanymi w RPZ.

6. Czy beneficjenci zidentyfikowali jakieś problemy podczas realizowania RPZ? Jakie to były problemy, czy i jakie podjęto działania modyfikujące?

Większość realizatorów projektów, w ramach ankiety CAWI, nie zgłaszała istotnych trudności wykraczających poza te, które wynikały z uwarunkowań zewnętrznych. Najczęściej wskazywanym problemem były ograniczenia związane z pandemią COVID-19, które wymusiły reorganizację zajęć, zmianę trybu pracy i wprowadzenie form zdalnych. Drugim istotnym wyzwaniem było ograniczone zaangażowanie rodziców – szczególnie w module otyłości, gdzie temat interwencji bywał trudny do zaakceptowania lub budził opór. W odpowiedzi na te trudności beneficjenci podejmowali działania dostosowawcze, w tym modyfikacje organizacyjne i większe zaangażowanie szkół w proces rekrutacji.

7. Czy działania dotyczące rekrutacji do udziału w badaniach zostały prawidłowo zaplanowane (były trafne w stosunku do grupy docelowej, skuteczne)?

Działania rekrutacyjne zostały zasadniczo dobrze dopasowane do specyfiki grupy docelowej i opierały się na współpracy z placówkami oświatowymi, co okazało się trafnym i skutecznym rozwiązaniem. W większości projektów umożliwiło to osiągnięcie zakładanej liczby uczestników. Występujące trudności rekrutacyjne miały charakter jednostkowy i wynikały głównie z lokalnych uwarunkowań, ograniczonej współpracy z placówkami lub społecznego odbioru tematyki otyłości.

8. Jakie można wskazać rozwiązania niwelujące zidentyfikowane problemy we wdrażaniu RPZ?

W toku realizacji RPZ beneficjenci i instytucje zaangażowane we wdrażanie programu wypracowały szereg rozwiązań, które pozwalały na bieżąco reagować na pojawiające się trudności. Najczęściej stosowanymi mechanizmami były: elastyczne podejście do harmonogramów i form realizacji działań (w tym przejście na tryb zdalny), dopuszczanie zmian terytorialnego zasięgu projektów oraz wzmocnienie współpracy ze szkołami i lokalnymi instytucjami. Z perspektywy instytucjonalnej kluczowe znaczenie miała współpraca między MJWPU a IZ, umożliwiająca podejmowanie decyzji o wydłużeniu okresu realizacji RPZ. W przyszłości rozwiązaniami wzmacniającymi wdrażanie mogą być: wcześniejsze konsultowanie treści RPZ z instytucjami wdrażającymi, wypracowanie standardów współpracy z placówkami oświatowymi oraz doprecyzowanie zapisów dotyczących sprawozdawczości.

9. Jakie doświadczenia z dotychczasowego wdrażania RPZ można wykorzystać po 2023 roku?

Doświadczenia z realizacji RPZ w latach 2018–2023 dostarczają cennych wniosków na potrzeby projektowania przyszłych interwencji zdrowotnych. Potwierdzona została skuteczność modelu opartego na współpracy ze szkołami oraz lokalnym zakorzenieniu działań, co powinno pozostać fundamentem przyszłych programów. Uznanie zyskało także elastyczne podejście instytucji do zarządzania projektami – w tym reagowanie na zmienne warunki realizacji. Wskazane jest kontynuowanie podejścia modułowego, które umożliwia dopasowanie wsparcia do konkretnych potrzeb zdrowotnych. Równocześnie warto wzmocnić komponent edukacyjny skierowany do rodziców oraz zadbać o lepszą koordynację instytucjonalną na poziomie instytucji planujących i wdrażających RPZ. Te elementy mogą zwiększyć trwałość efektów i ułatwić wdrażanie podobnych programów w kolejnych okresach programowania.

10. Jakie problemy związane z wdrażaniem Programu wśród mieszkańców województwa mazowieckiego z populacji docelowej były zgłaszane przez rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie oraz jaka była specyfika poszczególnych zidentyfikowanych problemów, tj. czego dotyczyły problemy, jakie miały źródło oraz jakie czynniki mogły mieć wpływ na pojawienie się ich w trakcie realizacji Programu?

Rodzice i opiekunowie dzieci uczestniczących w RPZ wskazywali na kilka trudności, które w ich ocenie utrudniały pełne skorzystanie z oferowanego wsparcia. Najczęściej powtarzającym się problemem był **społeczny odbiór tematyki otyłości**, który budził opór, wstyd lub niechęć do uczestnictwa – zarówno wśród dzieci, jak i ich rodzin. Termin „otyłość" był odbierany jako stygmatyzujący, a przystąpienie do programu mogło być postrzegane jako publiczne przyznanie się do problemu. Utrudniało to rekrutację i obniżało zaangażowanie rodziców w działania edukacyjne i wspierające.

Rodzice sygnalizowali również, że **w otoczeniu dziecka – zarówno rówieśniczym, jak i rodzinnym – nie zawsze istniało zrozumienie i wsparcie dla podejmowanych działań prozdrowotnych**, co negatywnie wpływało na motywację dzieci do kontynuowania zaleceń poza zajęciami. Część dzieci wdrażających zmiany w diecie lub stylu życia doświadczała niezrozumienia, a nawet żartów ze strony rówieśników.

Pojawiały się również **problemy organizacyjne**, np. trudności w dowożeniu dzieci na zajęcia, szczególnie na terenach wiejskich, oraz niedopasowanie godzin zajęć do obowiązków zawodowych rodziców. Źródłem tych trudności były lokalne uwarunkowania logistyczne, ograniczone zasoby kadrowe i infrastrukturalne oraz ograniczona elastyczność harmonogramów.

Czynniki wpływające na pojawienie się tych problemów obejmowały zarówno **uwarunkowania społeczne i kulturowe**, jak i **czynniki organizacyjne po stronie realizatorów** (np. niewystarczająca komunikacja, zbyt małe wsparcie informacyjne dla rodziców na etapie wdrażania). Wskazuje to na potrzebę silniejszego zakorzenienia programów zdrowotnych w otoczeniu społecznym dziecka oraz systemowego podejścia do promocji zdrowia w środowisku domowym i szkolnym.

11. Jakie były efekty działań, które zostały podjęte w celu zniwelowania zidentyfikowanych problemów, tj. czy działania naprawcze były skuteczne, a jeśli nie, to dlaczego?

Działania naprawcze podejmowane przez beneficjentów i instytucje wdrażające miały charakter przede wszystkim operacyjny i dostosowawczy. W odpowiedzi na ograniczenia pandemiczne skutecznie wdrażano zmiany w harmonogramach i formach zajęć.

W przypadku problemów związanych z niskim zaangażowaniem rodziców oraz społecznie wrażliwym odbiorem tematu otyłości, podejmowano intensyfikację współpracy ze szkołami oraz indywidualizację komunikacji z rodzinami. Działania te przynosiły efekty tam, gdzie opierały się na zaufanych relacjach (np. zaangażowaniu wychowawców), jednak nie w pełni niwelowały barier wynikających z postaw społecznych i kulturowych.

Część trudności – zwłaszcza tych dotyczących trwałości efektów zdrowotnych oraz ograniczeń w sprawozdawczości – miała charakter systemowy i nie mogła zostać całkowicie usunięta w trakcie realizacji RPZ. Wskazuje to na potrzebę dalszego doskonalenia narzędzi monitorowania oraz działań wzmacniających otoczenie dziecka (rodzinę, szkołę) w przyszłych edycjach programów zdrowotnych

12. Jakie działania podjęto w celu zniwelowania wpływu czynników utrudniających osiągnięcie założonych celów?

W celu ograniczenia wpływu czynników zewnętrznych, w szczególności pandemii COVID-19, instytucje wdrażające oraz beneficjenci podejmowali działania adaptacyjne, umożliwiające kontynuację interwencji. Kluczowe znaczenie miało elastyczne zarządzanie czasem trwania projektów, modyfikacje form realizacji zajęć oraz usprawnienie współpracy ze szkołami w zakresie rekrutacji i komunikacji z rodzicami. Dzięki tym działaniom możliwe było utrzymanie spójności realizacji z celami RPZ.

13. Jakie działania podjęto w celu zniwelowania wpływu czynników utrudniających osiągnięcie założonych efektów?

Dla poprawy efektywności interwencji podejmowano działania wspierające środowisko dziecka – w tym wzmocnienie współpracy z placówkami edukacyjnymi oraz zwiększenie nacisku na indywidualizację przekazu edukacyjnego. W przypadku zajęć prowadzonych zdalnie, dostosowywano materiały i tryb pracy, aby zminimalizować utratę jakości oddziaływań. Mimo to, część barier – takich jak niskie zaangażowanie rodziców czy społeczna stygmatyzacja otyłości – pozostała trudna do całkowitego wyeliminowania.

14. Jakie działania podjęto w celu zniwelowania wpływu czynników utrudniających osiągniecie założonych mierników?

Aby utrzymać zakładane wartości wskaźników, dopuszczano modyfikacje projektów w zakresie zasięgu terytorialnego, harmonogramów oraz organizacji zajęć. Tam, gdzie pojawiły się trudności rekrutacyjne lub ograniczenia organizacyjne, wdrażano dodatkowe działania promocyjne i logistyczne. Równocześnie instytucje wdrażające zachowały mechanizmy kontroli budżetowej i formalnej, umożliwiające osiągnięcie mierzalnych rezultatów w ramach obowiązujących limitów i kryteriów.

15. Czy w przypadku trudności w rekrutacji, modyfikowano działania i jakie były tego efekty?

Tak, w przypadku problemów z rekrutacją beneficjenci modyfikowali działania – m.in. poprzez intensyfikację współpracy ze szkołami, poszerzanie zasięgu terytorialnego projektów oraz dostosowanie komunikacji, zwłaszcza w module otyłości. Działania te przynosiły wymierne efekty w postaci zwiększenia zgłaszalności i pozwalały na osiągnięcie założonych wskaźników uczestnictwa, choć ich skuteczność była zróżnicowana w zależności od lokalnego kontekstu i stopnia zaangażowania instytucji partnerskich.

16. Jakie inne formy wsparcia mogłyby zostać zastosowane, żeby umożliwić beneficjentom skuteczne realizowanie działań związanych z wdrażaniem Programu?

Opinie beneficjentów wskazują na potrzebę wzmocnienia komponentu informacyjno-edukacyjnego skierowanego do rodziców oraz na znaczenie wsparcia instytucjonalnego w zakresie rekrutacji i organizacji zajęć – zwłaszcza poprzez trwałe partnerstwa ze szkołami i samorządami lokalnymi. Wskazywano również na potrzebę większej integracji działań z systemem ochrony zdrowia i oświaty.

17. W jaki sposób można zmodyfikować udzielone beneficjentom formy wsparcia, aby efektywniej wspomagały ich one w skutecznym realizowaniu działań związanych z wdrażaniem Programu?

Aby skuteczniej wspierać beneficjentów w realizacji działań, formy wsparcia mogłyby zostać uzupełnione o elementy wzmacniające współpracę międzysektorową i lokalne partnerstwa – zwłaszcza ze szkołami i instytucjami samorządowymi. Zwiększenie komponentu edukacyjnego skierowanego do rodzin oraz wprowadzenie narzędzi wspierających utrzymanie efektów po zakończeniu interwencji (np. programy kontynuacyjne, wysokiej jakości edukacja zdrowotna, zapewnienie w szkołach wykwalifikowanej kadry o odpowiednim poziomie zaangażowania) mogłoby poprawić trwałość rezultatów.

6.1.7. Ocena jakości świadczeń w ramach realizacji RPZ na podstawie ankiety satysfakcji uczestnika programu oraz na podstawie ankiet satysfakcji z warsztatów

1. Jak uczestnicy/osoby, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ oceniają:

- **stosunek beneficjenta/realizatora do uczestnika (życzliwość, zaangażowanie, troska o badanego),**
- **komunikatywność beneficjenta/realizatora (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji),**
- **zapewnianie przez beneficjenta/realizatora intymności uczestników podczas udzielania świadczeń,**
- **punktualność beneficjenta/realizatora,**
- **sprawność obsługi zapewnionej przez beneficjenta/realizatora.**

Z perspektywy uczestników RPZ jakość realizacji świadczeń była oceniana bardzo wysoko. Zarówno dzieci, jak i ich opiekunowie pozytywnie wypowiadali się o stosunku realizatorów do uczestników – podkreślano ich życzliwość, empatię i zaangażowanie, które budowały zaufanie oraz sprzyjały aktywnemu udziałowi w zajęciach. Istotnym atutem programu było także wyraźnie zauważalne indywidualne podejście do potrzeb dzieci.

Komunikatywność personelu była oceniana jako bardzo dobra – respondenci wskazywali na zrozumiały, jasny i spokojny sposób przekazywania informacji, zarówno w kontekście organizacyjnym, jak i zdrowotnym. Działania informacyjne realizowane przez beneficjentów uznawane były za adekwatne i wystarczające.

W opinii uczestników świadczenia były udzielane w sposób zapewniający intymność i poczucie bezpieczeństwa – nie odnotowano sygnałów świadczących o nieprzestrzeganiu tej zasady. Dotyczyło to zarówno zajęć grupowych, jak i indywidualnych form wsparcia, takich jak konsultacje lekarskie czy dietetyczne.

Punktualność i sprawność organizacyjna również zostały ocenione pozytywnie. Zajęcia odbywały się zgodnie z harmonogramem, a proces obsługi uczestników był sprawny i dobrze skoordynowany. Szczególnie doceniano terminowość oraz dostępność informacji o planowanych działaniach.

Podsumowując, z perspektywy uczestników RPZ, jakość i organizacja świadczeń były mocnym elementem programu, wpływającym pozytywnie na jego ogólny odbiór oraz zaangażowanie beneficjentów w proces terapeutyczno-edukacyjny.

2. Czy uczestnicy/osoby, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ zgłaszali inne uwagi podczas wypełniania ankiety satysfakcji uczestnika programu?Rodzice/opiekunowie dzieci uczestniczących w RPZ nie zgłaszali dodatkowych uwag nt. satysfakcji z udzielonych świadczeń. W toku wywiadów jakościowych (TDI) ustalono natomiast, że pojawiały się sugestie dotyczące **wydłużenia czasu trwania programu**, co świadczy o pozytywnym odbiorze interwencji i chęci kontynuacji udziału. Pojedyncze głosy dotyczyły również potrzeby **większej indywidualizacji wsparcia.** Uwagi te miały charakter konstruktywny i nie wpływały na ogólnie pozytywną ocenę programu ze strony rodziców/opiekunów uczestników.

3. Czy uczestnicy/osoby, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ pozytywnie oceniają udział w programie?

Uczestnicy programu – zarówno dzieci, jak i ich opiekunowie – **jednoznacznie pozytywnie oceniali udział w RPZ**. Uznawano go za użyteczny, potrzebny i wartościowy. Szczególnie wysoko oceniano możliwość skorzystania z kompleksowego wsparcia obejmującego diagnostykę, zajęcia terapeutyczne, edukację zdrowotną i konsultacje specjalistyczne.

Uczestnicy podkreślali, że udział w programie przyczynił się do **zwiększenia świadomości zdrowotnej**, poprawy stanu zdrowia, a także do wzmocnienia motywacji do zmiany stylu życia. W opinii wielu respondentów program stanowił unikalną szansę na uzyskanie dostępu do specjalistycznej opieki, która w standardowych warunkach mogłaby być trudniej dostępna.

Pozytywny odbiór programu był widoczny niezależnie od lokalizacji projektu, co świadczy o jego trafności i akceptacji społecznej. Satysfakcja uczestników była istotnym elementem sukcesu RPZ i potwierdzała zasadność przyjętego modelu wsparcia.

4. Czy uczestnicy/osoby, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ dokonaliby jakiś zamian w realizacji RPZ? Jeśli tak, to jakich?

Rodzice dzieci biorących udział w RPZ wskazywali przede wszystkim na potrzebę większej **indywidualizacji wsparcia**, zwłaszcza w zakresie zajęć ruchowych, tj. dostosowanie ich do wieku dzieci czy do rodzajów schorzeń kręgosłupa. Podkreślano, że praktyczne wskazówki – takie jak gotowe propozycje jadłospisów czy szczegółowe zalecenia dostosowane do sytuacji domowej – byłyby dużym ułatwieniem w stosowaniu zaleceń zarówno w trakcie, jak i po zakończeniu programu.

Rodzice sygnalizowali również wyzwania związane z odbieraniem terminu „otyłość”, który dla części rodzin miał wydźwięk stygmatyzujący i wpływał na decyzję o udziale w programie.

5. Czy w opinii uczestników/osób, które otrzymały wsparcie w ramach RPZ powinien być kontynuowany w następnych latach?

Tak – wnioski z badania jednoznacznie wskazują, że uczestnicy RPZ pozytywnie oceniali program i **opowiadali się za jego kontynuacją w kolejnych latach**. W ich opinii program

odpowiadał na realne potrzeby zdrowotne dzieci, a dostęp do bezpłatnego, kompleksowego wsparcia (diagnostycznego, terapeutycznego i edukacyjnego) był dużą wartością.

Rodzice podkreślali również, że RPZ wypełniał lukę w dostępie do specjalistycznych świadczeń oraz wzmacniał świadomość zdrowotną w rodzinach. Udział w programie często postrzegany był jako początek pozytywnych zmian, które – ich zdaniem – wymagają dalszego wsparcia i systemowego zakorzenienia. Kontynuacja programu uznawana była za istotną dla utrzymania i rozwijania osiągniętych efektów.

6. Jak uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ oceniają poziom wiedzy przekazanej w trakcie uczestnictwa w nim?

Rodzice oceniali poziom przekazywanej wiedzy jako dobry – informacje były zrozumiałe i merytorycznie adekwatne do potrzeb dzieci i ich rodzin.

7. Jak uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ oceniają formę przekazania wiedzy w trakcie uczestnictwa w nim?

Forma przekazu była oceniana pozytywnie – szczególnie dobrze odbierano zajęcia o charakterze praktycznym oraz bezpośredni kontakt z prowadzącymi.

8. Czy uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ uważają, że wiedza przekazana w trakcie realizacji RPZ jest przydatna w codziennym życiu?

Tak – rodzice uznawali zdobytą wiedzę za przydatną, zwłaszcza w kontekście organizacji żywienia i codziennej aktywności fizycznej dziecka.

9. Czy uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ, wykorzystują wiedzę przekazaną w trakcie realizacji RPZ? Jeśli tak, to w jaki sposób?

Rodzice wskazywali, że stosują wiedzę m.in. przy przygotowywaniu posiłków i zachęcaniu dziecka do aktywności fizycznej – choć skuteczność wdrożenia zależała od wsparcia w środowisku rodzinnym i rówieśniczym i od konsekwencji w działaniu.

10. Czy uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ podzielili się z innymi osobami informacjami zdobytymi w ramach uczestnictwa w RPZ?

Tak – część rodziców deklarowała dzielenie się wiedzą z innymi członkami rodziny lub znajomymi, szczególnie gdy uznali ją za praktyczną i pomocną.

11. Jak uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ oceniają interwencje terapeutyczne, w tym: zajęcia ruchowe, indywidualne porady dietetyczne, badania lekarskie/ fizjoterapeutyczne?

Interwencje oceniano bardzo dobrze – szczególnie pozytywnie wypowiadano się o zajęciach ruchowych oraz poradach dietetycznych, które były praktyczne i najczęściej dostosowane do potrzeb dzieci.

12. Czy program spełnił oczekiwania uczestników?

Tak – w opinii rodziców program w dużej mierze spełnił oczekiwania, dostarczając realnej pomocy oraz zwiększając świadomość zdrowotną w rodzinie.

13. Skąd uczestnicy dowiedzieli się o możliwości aplikowania do program?

Najczęściej wskazywanym źródłem informacji były szkoły, które odgrywały kluczową rolę w rekrutacji dzieci do programu.

14. Jakie elementy świadczeń udzielanych w ramach Programu miały najwyższą jakość w opinii rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie oraz beneficjentów i dlaczego?

Rodzice najwyżej oceniali profesjonalizm kadry, atmosferę zajęć oraz ich dostosowanie do potrzeb dzieci – czynniki te przekładały się bezpośrednio na komfort uczestnictwa i zaangażowanie dzieci.

15. Jakie elementy świadczeń udzielanych w ramach Programu miały najniższą jakość w opinii rodziców/opiekunów dzieci, które wzięły udział w Programie oraz dlaczego?

Najczęściej wskazywano na potrzebę bardziej szczegółowych i praktycznych wskazówek dietetycznych – brak gotowych jadłospisów czy konkretnych porad utrudniał rodzicom wdrażanie zaleceń w domu.

16. W jaki sposób można zmodyfikować świadczenia udzielane w Programie, aby ich jakość była oceniana lepiej?

Rodzice sugerowali, że jakość wsparcia mogłaby wzrosnąć poprzez bardziej praktyczne podejście do edukacji zdrowotnej – np. dostarczanie gotowych materiałów, konkretnych planów żywieniowych oraz większą elastyczność organizacyjną zajęć, dostosowaną do codziennych realiów rodzinnych. W trakcie panelu eksperckiego wskazywano także na konieczność obligatoryjnego włączenia do tego typu interwencji **wsparcia psychologicznego.**

6.1.8. Ocena realizacji RPZ w opiniach uczestników/osób objętych wsparciem

1. Czy w opiniach uczestników RPZ/osób, które brały udział w projekcie realizowanym, w ramach RPZ przyczynił się on do pozytywnej zmiany w jakości życia osób, które otrzymały wsparcie lub osób z ich otoczenia?

Tak – rodzice dzieci objętych wsparciem wskazywali na odczuwalne pozytywne zmiany w jakości życia. Dotyczyło to zarówno **poprawy samopoczucia, stanu zdrowia i sprawności fizycznej dzieci**, jak i wzrostu **świadomości zdrowotnej** wśród całej rodziny. Rodzice zauważali większą motywację dzieci do aktywności fizycznej oraz zmiany w codziennych nawykach – np. w zakresie odżywiania, organizacji czasu wolnego czy podejścia do profilaktyki zdrowotnej.

W części przypadków zmiana była także odczuwalna w szerszym otoczeniu – np. poprzez dzielenie się wiedzą z innymi członkami rodziny czy zaangażowanie szkoły w działania wspierające zdrowie. Choć intensywność efektów różniła się w zależności od indywidualnych warunków, ogólny wpływ programu na jakość życia oceniany był zdecydowanie pozytywnie.

2. Jak uczestnicy/osoby, które brały udział w projekcie realizowanym w ramach RPZ uzasadniają swoje opinie w ww. zakresie?

Opinie uczestników dotyczące pozytywnego wpływu RPZ na jakość życia były uzasadniane przede wszystkim **poprawą samopoczucia fizycznego i psychicznego dzieci**, a także realnymi zmianami w ich codziennym funkcjonowaniu. Rodzice wskazywali na **zwiększoną aktywność fizyczną**, **lepsze nawyki żywieniowe**, a także **większą świadomość**

zdrowotną całej rodziny, wynikającą z udziału w zajęciach edukacyjnych i konsultacjach specjalistycznych.

Zgłaszano również poprawę **relacji rodzinnych**, lepsze zrozumienie potrzeb zdrowotnych dziecka oraz większe zaangażowanie w działania wspierające zdrowie – nie tylko w trakcie programu, ale również po jego zakończeniu. W ocenie uczestników RPZ dostarczył im narzędzi i wiedzy, które pozwoliły wprowadzać zmiany w życiu codziennym w sposób świadomy i trwały.

6.1.9. Ocena trwałości RPZ

1. Jakie czynniki decydowały o trwałości efektów Programu?

O trwałości efektów decydowało przede wszystkim **wsparcie otoczenia dziecka** – zaangażowanie rodziców i szkoły, a także praktyczność przekazywanej wiedzy. Duże znaczenie miały także indywidualne czynniki motywacyjne uczestników oraz kontynuacja wyuczonych nawyków w środowisku domowym. Trwałość wspierało też dobre przygotowanie kadry i systematyczność zajęć.

2. Czy zostały osiągnięte inne, niezakładane w Programie efekty?

Tak – poza efektami zdrowotnymi i edukacyjnymi, RPZ przyczynił się do **wzmocnienia współpracy międzysektorowej** (m.in. między szkołami a beneficjentami) oraz do **zwiększenia świadomości zdrowotnej wśród rodzin uczestników**, co czasami skutkowało zmianami także u rodzeństwa lub opiekunów dzieci.

3. Na ile trwała jest zmiana nastawienia uczestników w efekcie uczestnictwa w Programie (w tym: wzrost motywacji do utrzymania wyuczonych w trakcie Programu zachowań zdrowotnych)?

Zmiana nastawienia uczestników, szczególnie dzieci, była zauważalna, jednak jej trwałość była **zróżnicowana**. W wielu przypadkach dzieci przejawiały motywację do kontynuowania zdrowych nawyków, ale bez odpowiedniego wsparcia środowiskowego (rodzina, szkoła), podtrzymanie zmian było utrudnione. Najlepsze rezultaty obserwowano tam, gdzie motywacja uczestników spotykała się z aktywnym wsparciem otoczenia.

4. Które efekty programu charakteryzowały się największą, a które najmniejszą trwałością (największą zmianą w czasie po zakończeniu Programu) i dlaczego?

Największą trwałością cechowała się **świadomość zdrowotna** i podstawowa wiedza nt. zdrowego stylu życia. Natomiast **najmniejszą trwałość** wykazywały efekty fizjologiczne, takie jak spadek BMI czy poprawa parametrów sprawności – szczególnie, gdy po zakończeniu programu dzieci nie kontynuowały aktywności ani nie utrzymały diety. Przyczyną był brak długofalowego wsparcia oraz trudności z samodzielnym utrzymaniem nowych nawyków.

5. Czy i które ze zmian zachodzących w „sytuacji" personelu medycznego są trwałe tj. utrzymują się po zakończenia ich uczestnictwa w Programie oraz jakie dalsze zmiany i dlaczego zachodzą w ww. aspektach?

Z perspektywy niektórych realizatorów RPZ zauważalne były efekty, które można uznać za trwałe zmiany w funkcjonowaniu podmiotów zaangażowanych w realizację świadczeń zdrowotnych i edukacyjnych. W szczególności dotyczyło to wzmocnienia relacji i współpracy z lokalnymi placówkami oświatowymi, co – jak wskazywali realizatorzy – trwa także po zakończeniu projektów i może być kontynuowane przy innych inicjatywach.

Program przyczynił się również do budowania rozpoznawalności placówek udzielających świadczeń i ich silniejszego zakotwiczenia w lokalnej społeczności. W niektórych przypadkach RPZ postrzegany był jako impuls do dalszego rozwoju działalności i wzmocnienia roli tych podmiotów jako lokalnych liderów zdrowia.

Z perspektywy funkcjonalnej, udział w RPZ pozwalał realizatorom poszerzyć doświadczenie w prowadzeniu działań prozdrowotnych i edukacyjnych z udziałem dzieci i ich rodzin, co potencjalnie wpływa na trwałą zmianę ich kompetencji oraz gotowość do realizacji podobnych programów w przyszłości.

> **6. Czy i które ze zmian zachodzących w „sytuacji" uczestników Programu są trwałe tj. utrzymują się po zakończeniu ich uczestnictwa w Programie oraz jakie dalsze zmiany i dlaczego zachodzą w ww. aspektach?**

Najtrwalsze były zmiany w zakresie **świadomości znaczenia zdrowia i profilaktyki**, jak również ogólnego nastawienia do aktywności fizycznej. Zmiany te częściej utrzymywały się tam, gdzie rodzina włączyła się w działania i wdrożyła nowe nawyki w codzienne życie. Mniejszą trwałość miały konkretne efekty zdrowotne, które wymagały kontynuacji interwencji, a bez systemowego wsparcia mogły stopniowo wygasać.

Conclusions and recommendations

6.1 Answers to the problem questions

6.1.1 Assessment of the achievement of the level/degree of the main objective of the RHP

1 Whether the main objective of the RHP has been achieved, i.e.: Improving the health status of children with regard to spinal diseases and obesity in the Mazovian province in 2018-2023?

The collected data indicates that the implementation of the RHP contributed to the achievement of the stated main objective of improving the health status of children in the Mazowieckie Voivodeship - although the degree of achievement of the objective varied depending on the thematic module and the ability to monitor health effects.

In the module on **spinal diseases**, there was a wide range of activities, a large number of qualified and actively participating children, and positive therapeutic effects. The program enabled a full cycle of support - from diagnosis, to physiotherapy intervention, to postural education and prevention. Participants and implementers evaluated the interventions as effective and adequate.

In the **obesity** module, the targeted interventions - including diagnosis, dietary counseling and health education - were also implemented, but achieving sustainable health outcomes proved more difficult. In some projects, improvements in children's health were observed (including a reduction in BMIs), but the maintenance of effects was significantly lower 12 months after the end of the intervention. This indicates the need to strengthen the maintenance (follow-up) components, the involvement of the family and the child's environment, and activities to support lifestyle change.

Analysis of the value of performance measures and quantitative and qualitative data from interviews and surveys confirm that the RHP reached a wide group of children, provided them with access to comprehensive health and educational support, and raised awareness of the issue in local communities. In this sense, it can be concluded that the program has effectively fulfilled its functions and contributed to **improving the health of children**, as intended by the main goal.

At the same time, it should be noted that a **full and precise assessment of the long-term impact of the program** was limited due to incomplete reporting data and the lack of systemic solutions to ensure the continuation of activities after the completion of the projects. In the future, it would be advisable to strengthen the system for monitoring health effects and better anchor the activities of the RHP in the broader context of health and education policy.

6.1.2 Assessment of the achievement of individual specific objectives of the RHP

1. Have the specific objectives of the RHP been achieved?

The specific objectives of the RHP were defined separately for the two thematic modules - obesity and spine diseases - and included: (1) to increase the detection rate of obesity/spinal disorders among children in the Mazovia region, (2) to increase the level of knowledge about health-promoting behaviors and healthy lifestyles among children and their parents, (3) to decrease the percentage of people suffering from obesity/spinal disorders among program participants.

Based on the available data, it can be concluded that **most of the specific goals were achieved**, with the degree of achievement varying between modules, and some indicators could only be assessed to a limited extent due to incompleteness of reporting data.

The module on **spinal diseases** reported widespread access to diagnostic and physiotherapy services for children, with many projects screening and implementing interventions tailored to the individual needs of participants. An educational component was also implemented, targeting both children and their caregivers and school staff. Quantitative and qualitative data indicate a significant increase in postural awareness and more frequent physical activity among children.

In the **obesity** module, diagnostic and educational measures were also implemented, but it proved more difficult to achieve lasting health effects. Although some participants achieved improvements in body mass indices, these effects were often unsustainable, with limited maintenance after the intervention ended. At the same time, the program had a positive impact on participants' knowledge of healthy eating and lifestyle, although its translation into behavior change was not always complete.

It would be **reasonable to use BMI (monitored in the program) as an alternative (second to weight reduction) indicator** of the health effect, especially in the context of the extension of the program's duration and/or observation of post-program effects, as postulated in the report. In the age groups of children participating in the program, it is possible that there is no weight loss when a decrease in BMI is achieved, which would constitute the achievement of the program's intended effect.

Implementers and participants emphasized positive changes in health knowledge and attitudes, while signaling environmental barriers - including low support in families and difficulties in implementing recommendations in home and school settings.

In summary, it can be said that **the specific goals of the RHP were mostly achieved**, especially in terms of increasing the availability of interventions and raising the level of health knowledge and awareness. Challenges focused on sustaining the effects in the long term and implementing lifestyle changes in the child's environment. This indicates the need to further develop components to support the sustainability of the effects and to integrate RHP activities with other public policies.

2 Whether, and to what extent, the degree of achievement of individual goals of the Program is due to the context of Program implementation; i.e., whether any deviations from the assumed degree of achievement of goals are justified by external factors, and how the degree of achievement is evaluated by representatives of the Program implementer?

The degree of achievement of the objectives of the PCO was significantly shaped by the **external context of Program implementation**, in particular, by the disruptions caused by the COVID-19 pandemic. The qualitative data collected and the observations of representatives of the implementing and supervising institutions indicate that many of the noted implementation difficulties - and, consequently, limitations in achieving the full results - were **factors beyond the control of the beneficiaries** themselves, and included, among others:

- the need to halt or limit inpatient classes due to sanitary regulations,

- limited attendance and cancellation of some participants (for fear of infection, lack of parental consent),

- problems with organizing classes in smaller groups, which required more locations and staff,recruitment difficulties and difficult contact with children's families during lockdowns.

The pandemic was also a factor that **verified the organizational capacity of some of the beneficiaries** - some entities, despite earlier positive evaluation of applications, failed to adapt projects to crisis conditions. According to the MJWPU, this may indicate the need for more differentiated evaluation criteria in future calls (e.g., taking into account the experience and operational resources of applicants).

However, representatives of the implementing institutions assessed that, **despite the numerous difficulties, the RHP activities were implemented in accordance with the intent of the program**, and support for beneficiaries was organized flexibly and adequately to the situation. When difficulties were encountered, remedial mechanisms were implemented, such as modifying the forms of activities (e.g., remote mode), extending the period of project implementation or expanding the territorial scope of activities.

Both the quantitative data and the statements of representatives of the institutions indicate that the adopted flexibility and openness to the needs of the beneficiaries made it possible to implement a significant part of the objectives of the PAP, despite the difficult implementation conditions. According to respondents from the MJWPU and the Department of Health and Social Policy, the program has largely fulfilled its functions, and the perceived deviations from the expected results can be justified by the exceptional nature of the pandemic situation.

3 How does the achieved level of metrics translate into the level of achievement of the main objective of the Program: improving the health status of children in terms of spinal diseases and obesity in the Mazovian province in 2018-2023?

The quantitative and qualitative data collected as part of the evaluation indicate that the level of achievement of the Program's metrics - both output and effect indicators - has significantly contributed to the achievement of the main objective of the PAP. The program has ensured broad access to diagnostic, therapeutic and educational interventions among the children targeted in both thematic modules. Effectiveness indicators, although varying from module to module and project to project, confirm that the activities had **a real impact on improving the health status of children participating in the program**.

In the module on **spinal diseases**, very high values of realization indicators were achieved - both in the number of children screened and participants in therapeutic and educational activities. The reporting data and the opinions of the implementers indicate a perceptible improvement in the health of children (e.g., reduction in pain, improvement in posture, increase in physical activity), which indicates full realization of the assumed effects in this area.

In the obesity module, the achievement of health outcomes was more mixed. Indicators pointing to improvements in health (e.g., reduction in BMI, improvement in WHtR) were realized, although these effects were short-term and often did not persist after the intervention ended. The environmental barriers identified in the study (lack of family support, stigma, low acceptance of dietary measures) had an impact on the limited sustainability of results, which should be considered a significant challenge to the effectiveness of interventions in this area.

It is also worth noting that due to the incompleteness of reports from some of the projects, the available data did not allow full estimation of the overall impact of the RHP on the participating population - especially in terms of long-term health effects. Nonetheless, based on the metrics collected and analyzed, it can be concluded **that the program has contributed to the improvement of children's health in the area of intervention**, which is in line with its main objective.

6.1.3 Program enrollment assessment

1. To what extent did the information activities (outreach) about the Program contribute to the increase in enrollment, taking into account the suggested ways of disseminating information about the Program?

The outreach activities conducted under the RHP played an important role in building project enrollment, especially in the initial phases of implementation. In the qualitative survey, MJWPU representatives indicated that effective recruitment of participants was closely linked to the intensity and form of the promotional activities conducted, and **that a well-planned and locally embedded information campaign** allowed for effective outreach to parents and children.

The most common channels of outreach were schools - both through informational meetings and printed materials, leaflets, posters, or information posted on the institutions' websites. Direct contact with educational personnel and school management significantly facilitated the dissemination of information and increased the credibility of the program in the eyes of parents. In some cases, local media, social networks, or recommendations from previously involved participants were also used.

Survey data collected among beneficiaries and interviews with MJWPU representatives indicate **that where outreach activities were intensive and carried out in a manner tailored to the specifics of the local community, they translated directly into a higher**

number of applications for the program. This is also confirmed by the opinions of parents/guardians of children participating in the RHP. In projects where information was limited only to passive forms of communication (e.g., announcements on websites), recruitment was much more difficult, especially in the module on obesity, where the sensitivity of the topic was an additional factor.

At the same time, some respondents pointed out the **limitations of public perception of the obesity issue** - the program's label as “for children with obesity” was sometimes discouraging and may have influenced less willingness to apply. For this reason, it was crucial not only whether the program was communicated, but how it was done - it was important that the communication was positive, non-stigmatizing and emphasized the pro-health, supportive nature of the activities.

In conclusion, it can be said that **outreach activities significantly contributed to the increase in enrollment in the program**, especially where they were conducted proactively and taking into account the local context. At the same time, the implementers' experience suggests that in the future it is worth placing even more emphasis on the form of the message - so as to increase the responsiveness of local communities, and at the same time counteract the barriers associated with stigmatization.

2 What was the enrollment in each stage of the Program (i.e., what were the changes in the number and structure of those enrolling in successive stages)?

Analysis of the data collected during the evaluation indicates that **enrollment in the RHP was high**, which should be considered one of the strengths of the Program. A total of 16,753 children were enrolled - including 11,799 in the spinal disease module and 4,954 in the obesity module. This data corresponds to **measure 1 (number of enrollments)** and confirms that there was considerable interest in the program. Due to the low availability of data for this measure, it should be assumed that the level of enrollment in the RHP was even higher.

In principle, **enrollment translated into a high number of children qualified for the program** (measure 4). Reporting data shows that a relatively small group of children were ineligible for the program due to not meeting medical criteria. The rate of negative medical qualification was low (average 14.5%, median 6%), and in many projects there were no health exclusions, confirming that recruitment was effectively targeted at the right groups.

At the same time, it should be noted that **assessing the dynamics of enrollment in subsequent phases of the implementation of the LDP is difficult** due to the limited availability of reporting data. Not all beneficiaries reported data for all years of project implementation, and some of the information comes from incomplete summaries, limiting the ability to accurately analyze enrollment trends over time.

Despite these limitations, the available qualitative data and the accounts of project implementers suggest that **the level of enrollment remained relatively high for most of the implementation period**, with the exception of periods of disruption caused by the COVID-19 pandemic. During these periods, difficulties with recruitment, declining attendance and the withdrawal of some participants were observed, prompting implementers to take countermeasures - including expanding the territorial coverage of projects, changing the support delivery formula, and extending the project implementation period.

In summary, **enrollment in the RHP was high and - as data was available - translated into real participation of children in the program**. Although analysis of changes in

enrollment over time is limited due to shortcomings in reporting, the overall picture indicates a smooth implementation of the recruitment process and a positive perception of the program in local communities.

3 What were the barriers/difficulties negatively (i.e., negatively) affecting enrollment in the Program at its various stages that were identified from the perspective of the beneficiaries and from the perspective of the parents/guardians of the children who participated in the Program?

The analysis of the survey results indicates that despite the generally high level of enrollment in the PAP, a number of **barriers and difficulties** were identified that, to varying degrees, had a limiting effect on the number of children enrolling in the Program - both in its initial phase and in the later stages of recruitment and participation. These barriers ranged from institutional and systemic factors to individual parental attitudes and socio-cultural conditions.

From **the perspective of project implementers** (LDP beneficiaries - with the vast majority of implementers not experiencing difficulties at the recruitment stage), the most frequently cited impediments were:

- **difficulties in recruitment during the COVID-19 pandemic** - parents' health concerns, sanitary restrictions and the ban on group activities made it difficult to conduct outreach activities and recruitment meetings,

- **low level of parental involvement** - low parental activity or indifference to program activities limited the effectiveness of recruitment campaigns, especially in the obesity module,

- **insufficient cooperation with educational institutions** - the establishment of such cooperation at the stage of recruitment, or even earlier, i.e. project preparation, was an important factor in recruitment success,

- **limited availability of the target group** - this concerned situations where in the territory of a given commune or district analogous support was offered by several beneficiaries, as a result, remedial measures were taken in the form of, for example. expanding the territorial scope of the project to include other municipalities or districts.

On the other hand, from the perspective of **parents/guardians of children** who participated in the program, the following factors were identified as hindering enrollment in the RHP:

- **the stigmatizing nature of the obesity diagnosis** - the term “program for children with obesity” was perceived by some parents as labeling and discouraging, which limited enrollment, especially early in the program;

- **insufficient understanding of the goals and benefits of participation** - some parents had difficulty understanding the program's objectives or did not view it as a valuable health support;

- **logistical inconveniences** - e.g. the need to transport the child to classes outside of school hours or outside of the locality of residence (while these difficulties were reported by only a part of parents, the majority were satisfied in this regard with the way the support was organized).

In summary, enrollment in RHP may have been limited both by factors beyond the control of the beneficiaries (e.g., the pandemic) and by **social, cultural and relational conditions**, including attitudes toward obesity and the level of parental involvement. These findings point

to the need to further strengthen the communication, educational and environmental components that build social acceptance and active participation in prevention activities.

In this context**, the issue of language and communication about the program** also turns out to be particularly important. Interviews with parents of program participants indicate that the use of terms such as “childhood obesity” in informational messages may have had a discouraging and stigmatizing effect - both on children and their families. This indicates the importance of so-called symbolic barriers, which can influence the decision to report to the program, regardless of its actual merit. Conclusions from this study can contribute to a broader reflection on the language used in activities promoting support in areas of particular social sensitivity - such as health, including mental health, disability or risk of social exclusion.

From the perspective of the activities of the Intermediate Body, responsible for conducting information and promotional activities carried out as part of the implementation of the European Funds for Mazovia 2021-2027 program, it seems reasonable to take into account the principle of language sensitivity as an element of effective social communication, such as by:

- avoiding problematizing language in the description of interventions, addressed to potential participants,

- promoting among potential beneficiaries the use of narrative based on positive goals, such as development, self-reliance, activity,

- taking into account the criterion of linguistic inclusiveness when evaluating promotional materials and information campaigns,

- testing key slogans and messages with representatives of target groups.

The above recommendations should be part of the general standard of communication in public activities, especially those concerning health and social interventions.

4 What were the factors that positively (i.e., positively) influenced enrollment in the Program at its various stages that were identified from the perspective of the beneficiaries and from the perspective of the parents/guardians of the children who participated in the Program?

Both the analysis of quantitative and qualitative data revealed a number of factors that had a **positive impact on the level of children's enrollment in the RHP**, both in the spinal disease module and the obesity module. These factors can be divided into those related to the organizational activities of implementers and motivational and social conditions on the part of families.

From **the perspective of project implementers** (RHP beneficiaries), the most important enrollment drivers were:

- **effective cooperation with schools** - educational institutions were the main channel of communication with parents, and their involvement in the promotion of the program significantly influenced the number of enrollments,

- **well-planned information and promotional activities** - local campaigns, direct meetings with parents, flyers, posters and teacher recommendations were assessed as effective information tools,

- **image of the program as an all-preventive activity rather than a stigmatizing intervention** - where RHP was communicated as a program “for children's health and fitness,” interest was higher,

- **accessibility of the program and its local implementation** - classes organized close to home and the free nature of the support lowered the barrier to entry and facilitated participation.

From **the perspective of parents and caregivers of children** who participated in the program, the following were viewed positively:

- **clear health and educational benefits** - parents saw the value of the program in improving their child's health, early detection of problems and education on healthy lifestyles,

- **professionalism and commitment of the staff implementing the activities** - positive contact with physiotherapists, nutritionists and educators was indicated as a factor building confidence in the program,

- **fast qualification path and lack of formal barriers** - the simple enrollment process and availability of the program without medical referrals facilitated the decision to enroll a child,

- **effect of recommendations and local recognition** - in smaller towns, the program gained popularity through word-of-mouth recommendations and positive feedback from parents and teachers.

It is also worth noting that in some projects, **the active attitude of the children** themselves was observed, who - after experiencing the activities in a positive way - encouraged their peers to participate, which built the effect of social acceptance and normalization of participation in PAP activities.

In summary, the factors promoting enrollment were both **organizational (quality and implementation of outreach activities) and socio-motivational (trust, visible benefits, lack of stigma).** Their presence significantly strengthened the effectiveness of recruitment and should serve as a benchmark for the design of future health programs targeting children and adolescents.

5 Whether and what other factors influenced enrollment in the Program, in addition to the activities undertaken as part of Program promotion?

In addition to the formal information and promotion activities, enrollment in the PAP was also shaped by a number of **external and contextual factors** beyond the direct influence of project implementers. The factors identified during the survey were both supportive and limiting.

Factors **supporting reporting**, in addition to promotional activities, included:

- **local involvement of schools and teachers**, who acted as informal ambassadors for the program, recommending it to parents and supporting recruitment activities,

- **positive reception of previous editions of the RHP or other health programs implemented by the same beneficiaries** - previously built trust in the organizer increased parents' willingness to enroll their child,

- **ease of logistical access** - the implementation of activities in schools or in their immediate vicinity eliminated the transportation and organizational barrier,

- **free nature of participation in the program**, which according to parents was important in the context of limited household resources,

- **peer pressure of a positive nature** - children who participated in activities encouraged others, which increased the responsiveness of school groups.

On the other hand, **factors of a limiting nature**, independent of the quality of promotion, also emerged in the analysis of reporting:

- **public perception of the obesity problem** - attitudes present in some circles that stigmatize or marginalize the importance of the problem resulted in less willingness to participate in the program in the obesity module,

- **the effects of the pandemic**, which changed the daily priorities of families and limited access to channels of traditional recruitment (e.g., school meetings).

These findings indicate that program enrollment **was the product of many factors**, not all of which could be controlled or compensated for by promotional activities. In the future, it would be worthwhile to take these elements into account in planning interventions - including by embedding programs more deeply in local communities, collaborating with educational and social institutions, and supporting activities to engage families, including activities to counter stigma.

6 What were the best ways to disseminate information about the Program according to parents/guardians of children who participated in the Program and medical staff?

Several channels and forms of communication were identified that were judged to be the most effective in terms of communicating about the opportunity to participate in the RHP.

From the perspective of **parents and guardians of children**, the most effective ways of getting information about the Program were:

- **information provided through schools** - especially educators and teachers, who were trusted by parents and were a reliable source of information;

- **direct information meetings in educational institutions** - short presentations to parents after school meetings were indicated as very effective;

- **recommendations from other parents** - the so-called “slipper mail” effect worked particularly strongly in smaller towns and in projects implemented in stages in successive schools;

- **telephone or direct contact with implementers** - the opportunity to get answers to questions and resolve doubts increased trust and readiness to enroll a child.

In turn, from the perspective of **medical personnel involved in the implementation of the RHP** (i.e., representatives of implementers), the most effective forms of promotion were:

- **close cooperation with schools**, both at the level of headmasters, as well as P.E. teachers, tutors and school pedagogues - it allowed to quickly reach the target group,

- involvement of the staff of educational institutions in promotional activities - teachers and school employees acted as “local ambassadors” of the program,

- well thought-out message - the effectiveness of information activities was greater where the RHP was not presented as a “program for children with obesity”, but as an offer of support for healthy development and physical fitness.

Both parents and implementers stressed that **the message should be simple, non-medical, focused on the child's "health and fitness"** rather than diagnosing problems. In the module on obesity, the effectiveness of communication was particularly strongly linked to avoiding stigmatizing language and focusing on developmental benefits rather than weight per se.

In summary, **local, direct and personal forms of communication**, embedded in the school and family environment, supported by the authority of people known and trusted by parents, had the best effect. They were the most effective in activating potential program participants.

7 From where would the residents of the Mazovian region like to get information about the Program? What other ways of disseminating information about the Program can be used in future editions?

The results of the survey unequivocally indicate that parents and guardians of children **would be most likely to get information about health programs such as the PAP from sources they have previously considered most effective and reliable**. This means that effectiveness ratings and information preferences were largely aligned.

In the CATI survey and qualitative interviews, respondents most often identified the following channels as **both effective and preferred**:

- **schools as the primary source of information** - parents expect to be informed about children's health programs directly by educators, pedagogues or the management of educational institutions,

- **direct informational meetings with program organizers** - providing an opportunity to talk, ask questions and learn about the program's assumptions "first-hand,"

- printed materials available at schools, kindergartens and clinics - leaflets and posters placed in places of daily contact with public institutions were indicated as an easily accessible and reliable source of information,

- **local information channels** - school websites, municipal social profiles, local portals and media - allowing to quickly reach residents with current information.

Parents emphasized that they are most likely to accept **information coming from their child's close environment** - from teachers, school staff or parents' friends - which reinforces the message and reduces distrust.

In the context of **possible additional channels to be implemented in the future**, they also pointed out:

- **social media as a complement to traditional forms of promotion** - especially in the case of younger parents who use Facebook or local online groups,

- information provided by PCPs or community nurses - although this form was less common, it was considered potentially effective, provided it is well embedded in local structures,

- **educational campaigns conducted in cooperation with local governments** - for example, as part of family events, health days or community festivals.

In summary, **the sources of information rated as most effective in the current edition of the program are at the same time those that residents would like to see as primary channels of communication in the future**. This indicates the need to continue to invest in

local, direct and trusted forms of information, embedded in the educational environment and the daily lives of families.

In light of the above conclusions, it is worth making a recommendation regarding public interventions in the area of child health in general. Namely, it is reasonable that **activities information-promotional** activities carried out within the framework of health programs in the new financial perspective - including European Funds for Mazovia 2021-2027 - **systematically used the potential of the school environment as the main channel for reaching families with children**.

In particular, it would be worthwhile for information and promotion activities aimed at this target group to make greater use of a communication model based on:

- building relationships with educational institutions as natural partners in providing information about available forms of support,

- designing promotional materials adapted to the realities of schools - simple, attractive and aimed at children and their caregivers at the same time,

- supporting schools in their role as local information outlets, including, for example, by involving educators, pedagogues and school specialists as ambassadors of health activities.

The identified information preferences of parents clearly indicate that the effectiveness of public health communication depends not only on the content, but above all on the form and context of its delivery - in a direct, trusted manner and embedded in the family's everyday environment. Involving schools in the planning of information campaigns can significantly increase the reach and effectiveness of future prevention and education efforts.

6.1.4 Assessment of the achievement of the expected outcomes identified in the RHP

1. Have the expected effects specified in the RHP been achieved?

Analysis of the quantitative and qualitative data collected during the evaluation indicates that to a large extent the expected effects specified in the program have been achieved.

From the perspective of performance measures, the key outcomes set out in the PCO have been achieved satisfactorily, despite the existing limitations in reporting and the varying availability of data for individual projects. Participation in the program has been confirmed by more than 20,000 children, and indicators of the detection of conditions, improvement in health status and increased health literacy - both in children and their caregivers - show clear positive trends.

According to the opinions of implementers and participants, the program effectively addressed the health needs of children in the prevention and treatment of obesity and spinal diseases. High effectiveness was demonstrated especially by educational activities, which were well evaluated in terms of usefulness and quality of the message.

At the same time, it is worth noting that the sustainability of effects - measured at 6 and 12 months after the program - varied. Reporting data and qualitative findings indicate that in some cases a decline in the maintenance of positive health effects was observed, especially in the obesity module. This was due, among other things, to limited parental involvement and a lack of systemic support after the intervention ended.

Despite these limitations, the collected data allow us to conclude that **the RHP has brought measurable health, educational and social effects among the participants, confirming the validity and effectiveness of the adopted support formula**. The program was positively evaluated by both participants and implementers, and its results can be considered as valuable from the perspective of public health and prevention of civilization diseases in children.

2. What was the ratio of planned costs to actual costs in the context of the planned and actual results of the support offered in the implementation of the Program, and whether, as a result, this support can be considered effective, i.e., to what extent the degree of results achieved in the implementation of the Program is adequate to the expenditures incurred for it?

The unit costs of interventions in the PCO were determined on the basis of an analysis of the valuations of five potential beneficiaries, using an arithmetic average. This approach, in line with national and EU guidelines, made it possible to embed financial planning in market realities and ensure budgetary consistency between projects. During the evaluation of the applications, the MJWPU supervised the compliance of the planned budgets with these rates, which was realized in practice.

However, the implementation of projects showed some discrepancies between planned and actual costs - mainly due to the reorganization of activities during the pandemic period. Some expenses decreased (e.g., no room rental for remote classes), while others increased (e.g., transportation, promotion, adaptation to sanitary requirements). Thanks to the ability to manage the budget flexibly, the beneficiaries compensated for changes within the projects without exceeding the available funding.

In light of the data collected and the opinions of implementers, the relation of inputs to effects achieved was assessed positively. Most of the objectives and indicators of the PCO were realized, and the program received high marks in terms of effectiveness and usefulness of activities. From the perspective of implementing institutions and beneficiaries, the support provided under the RHP can be considered effective.

6.1.5 Evaluation of the effectiveness of the program, according to the performance measures within the framework of the implementation of the RHP, and the degree of achievement of the values of the measures and indicators.

1 What performance measure values have been achieved in the implementation of the RHP?

The values of performance measures are shown in Table 11.

Table 11 Performance measures adopted in the RHP for key intervention milestones, along with reported values and percentage of projects for which data on achieved measure values are available (N= 93, including n=34 for the obesity module, n=67 for the spinal disease module)

Meter no. and name	Achieved value	Data availability* (%)
1. Total number of people applying to the programme including:	**16 753**	**70**

1.1. number of persons applying to the programme for the obesity module	4 954	53
1.2. number of people applying to the programme for the module on spinal column diseases	11 799	73
2. number of people who met inclusion criteria 1 to 4 (formal criteria) and proceeded to verify criteria 5 and 6 (medical criteria), including:	**14 060**	**70**
2.1. the number of people who met inclusion criteria 1 to 4 (formal criteria) and proceeded to verify criteria 5 and 6 (medical criteria) in the obesity module	3 475	53
2.2. number of people who met inclusion criteria 1 to 4 (formal criteria) and proceeded to verify criteria 5 and 6 (medical criteria) in the spinal column module	10 505	73
3. number of people who did not meet criteria 5 and 6 (medical criteria)	**2 540**	**70**
4. number of programme participants of which:	**19 665**	**100**
4.1. number of programme participants in the obesity module	5 976	91
4.2. number of programme participants in the backbone module	12 835	96
5. number of drop-outs from further participation in the programme	**722**	**71**
6. number of participants who completed the programme including:	**9 794**	**56**
6.1. number of participants who completed the programme in the obesity module	2 523	38
6.2. number of participants who completed the programme in the module on spinal diseases	7 271	60
7. number of cases of previously undiagnosed obesity or spinal disease detected including:	**8 764**	**71**
7.1. number of cases of previously undiagnosed obesity detected	1 971	56
7.2. number of cases of previously undiagnosed spinal disease detected	6 793	73
8. number of exercise classes conducted, including:	**166 766**	**70**
8.1. number of exercise classes conducted in the obesity module of which:	10 499	56
8.1.1. number of physical activities carried out in group format	9 932	53
8.1.2. number of physical activities carried out on an individual basis	478	53
8.2. number of physical activities carried out in the module on spinal diseases of which:	155 906	73
8.2.1. number of physical activities carried out in group format	134 014	73
8.2.2. number of physical activities carried out on an individual basis	21 791	73
9. number of medical/physiotherapy examinations performed under the programme, including:	**28 294**	**70**
9.1. number of medical examinations performed in the obesity module of the programme, including:	7 666	50
9.1.1. number of initial surveys	1 998	50
9.1.2. number of studies in the middle of the intervention	1 498	50
9.1.3. number of final tests	1 448	50
9.1.4. number of other studies	2 722	50
9.2. number of medical examinations carried out in the spinal module of the programme, including:	20 628	73
9.2.1. number of initial surveys	7 072	73
9.2.2. number of studies in the middle of the intervention	4 938	73
9.2.3. number of final tests	4 714	73

9.2.4. number of other studies	3 904	73
10. number of individual dietary counselling sessions carried out (obesity module only)	**5 512**	**53**
11. number of health education activities carried out, including:	**4 785**	**70**
11.1. number of health education activities carried out in the obesity module, including:	2 341	41
11.1.1. number of health education activities carried out for programme participants in the obesity module	1 657	41
11.1.2. number of health education activities carried out for parents/guardians of programme participants in the obesity module	1 353	41
11.2. number of health education activities carried out in the module on spinal diseases, including:	2 438	73
11.2.1. number of health education activities carried out for programme participants in the module on spinal diseases	1 410	73
11.2.2. number of health education activities carried out for parents/guardians of programme participants in the module on spinal diseases	1 341	73
12. number of surveys carried out, including:	**26 632**	**70**
12.1. number of surveys carried out in the obesity module, including:	5 944	41
12.1.1. number of surveys completed prior to providing health education interventions in the obesity module	2 987	41
12.1.2. number of surveys completed after providing health education intervention in the obesity module	2 957	41
12.2. number of surveys carried out in the module on spinal diseases, including:	20 802	73
12.2.1. number of surveys completed prior to providing health education interventions in the spinal disease module	11 263	73
12.2.2. number of surveys carried out after the provision of the health education intervention in the module on spinal diseases	9 539	73
13. number of people referred during the medical/physiotherapy examination in the middle of the intervention for in-depth diagnosis, including:	**216**	**70**
13.1. number of persons referred during the medical examination at the centre of the intervention for an in-depth diagnosis in the obesity module	39	53
13.2. number of persons referred during the medical examination at the centre of the intervention for an in-depth diagnosis in the module on spinal diseases	177	73
14. total number of people found to have improved health status in the final survey of which:	**6 932**	**70**
14.1. the number of people with a reduction in body weight measured in kilograms of at least 3% in the obesity module at the final examination	1 449	50
14.2. the number of people who were found to have improved health status in the spinal column module at the final examination	5 858	73
15. total number of programme participants participating in the intervention in the form of health education with an increase in knowledge of which:	**10 568**	**62**
15.1. number of programme participants participating in the intervention in the form of health education in the module on obesity, in which there was an increase in knowledge	3 222	50

15.2. number of programme participants participating in the intervention in the form of health education in the module on spinal diseases, in which there was an increase in knowledge	7 346	73
16. total number of parents/guardians participating in intervention in the form of health education of which:	**11 313**	**77**
16.1. number of parents/guardians participating in the intervention in the form of health education in the obesity module	3 071	50
16.2. number of parents/guardians participating in the intervention in the form of health education in the module on spinal diseases	4 346	93
17. total number of parents/guardians participating in the intervention in the form of health education with an increase in knowledge, including:	**6 675**	**58**
17.1. number of parents/guardians participating in the intervention in the form of health education in the obesity module, where there was an increase in knowledge	1 378	41
17.2. number of parents/guardians participating in the intervention in the form of health education in the module on spinal diseases, where there was an increase in knowledge	5 297	78
18. number of programme participants or parents/guardians of programme participants from whom data were collected at 6 and 12 months after the endline survey, including:	**3 933**	**32**
18.1. number of programme participants or parents/guardians of programme participants from whom data were collected within 6 months of the final survey including:	**2 302**	**30**
18.1.1. number of programme participants or parents/guardians of programme participants in the obesity module from whom data were collected within 6 months of the final survey	546	29
18.1.2. the number of programme participants or parents/guardians of programme participants in the spinal column module from whom data were collected within 6 months of the final survey	1 756	31
18.2. the number of programme participants or parents/guardians of programme participants from whom data were collected within 12 months of the final survey, including:	**1 631**	**24**
18.2.1. the number of programme participants or parents/guardians of programme participants in the obesity module from whom data were collected within 12 months of the final survey	336	18
18.2.2. the number of programme participants or parents/guardians of programme participants in the spinal column module from whom data were collected within 12 months of the final survey	1 295	27
19. number of programme participants in the obesity module whose BMI remained unchanged or reached a lower value 6 months after the endline survey	**490**	**29**
20. number of programme participants in the obesity module whose BMI remained unchanged or reached a lower value 12 months after the endline survey	**313**	**18**
21. number of programme participants in the backbone module who, 6 months after the final survey, declare maintenance or improvement of their health status in relation to the status represented at the final survey	**1 484**	**31**
22. number of programme participants in the backbone module who, 12 months after the final survey, declare	**1 145**	**27**

maintenance or improvement of their health status in relation to the status represented at the final survey		
23. number of programme participants who, within 6 months of the end-of-programme survey, declare compliance with individual recommendations for post-participation management, including:	**1 774**	**27**
23.1. number of programme participants in the obesity module who, within 6 months of the end-of-programme survey, declare adherence to individual recommendations for post-participation management	498	26
23.2. the number of programme participants in the backbone module who, within 6 months of the end-of-programme survey, declare compliance with individual recommendations for post-programme management	1 276	30
24 The number of programme participants who, within 12 months of the end-of-programme survey, declare adherence to individual recommendations for post-participation management, including:	**1 351**	**23**
24.1. number of programme participants in the obesity module who, within 12 months of the end-of-programme survey, declare compliance with individual recommendations for post-participation management	308	15
24.2. number of programme participants in the backbone module who, within 12 months of the end-of-programme survey, declare compliance with individual recommendations for post-participation management	1 043	25

6.1.6 Problems identified by RHP stakeholders and ways to solve them

1. Were there factors hindering the achievement of the objectives? What were these factors?

During the implementation of the RHP, a number of factors were identified that, in the opinion of the stakeholders, could hinder the achievement of the assumed objectives to varying degrees. Some of them were of an external nature, related to systemic and epidemiological conditions, while others concerned operational and organizational constraints on the part of implementers or participants.

The most frequently cited factor disrupting the implementation of the RHP was **the COVID-19 pandemic**, which affected the ability to conduct group classes, limited recruitment and reduced attendance. The need to switch to remote forms in some projects reduced the potential effectiveness of interventions, especially in activities requiring face-to-face contact (e.g., physiotherapy).

Another challenge was **the limited activity of some parents**, which was particularly true for the obesity module. The low level of parental involvement in educational and support activities for children after the activities was a barrier to the sustainability of the effects.

Organizational problems were also reported, mainly related to the logistics of implementing the support, especially reconciling the project's support schedule with other extracurricular activities in which the children participated, or getting to classes and meetings, especially in less urban areas.

From an institutional perspective, stakeholders also pointed to **insufficient coordination between departments and institutions involved in the implementation of the RHP**, including inadequacies in systemic mechanisms for information sharing and consultation.

In terms of monitoring and evaluating the effects of the program, **insufficient reporting by beneficiaries** to the Department of Health and Social Policy of the UMWM was a problem - despite the formal obligation to submit reports, many were not submitted, limiting the ability to fully assess progress and effects.

2. Were there any factors hindering the achievement of the intended effects? What were these factors?

The implementation of the RHP encountered a number of factors that may have adversely affected not so much the implementation of the activities themselves, but **the full achievement of their intended health, educational and social effects**. Analysis of the survey data showed that the effectiveness of the program - understood as sustained improvements in children's health status and changes in health attitudes and habits - was sensitive to the conditions of implementation, the level of involvement of participants and the environment, and the nature of the intervention.

One of the main factors was **the limited sustainability of health effects**, particularly in the obesity module. Despite initial improvements in health indicators, most projects observed deterioration 12 months after program participation ended. The main reason for this was **insufficient lifestyle change and lack of long-term environmental support**, especially from the family and school.

Related to this problem is **the low involvement of parents** in educational activities and in the process of supporting their children to maintain the results achieved. Also identified were **lack of understanding or acceptance of health recommendations in the family environment**, which limited the implementation of dietary and physical activity recommendations.

In the obesity module, the **public perception of the program's subject** matter was also a barrier - the term “obesity” had a stigmatizing effect in some cases, discouraging families from actively participating and children from openly seeking support. There were also situations of lack of support from peers or stigmatization of children undertaking health-oriented activities.

Among factors of an organizational nature, **difficulties in conducting remote activities** (forced by the pandemic) were pointed out, which, despite the reduction in costs, were less effective in activities requiring face-to-face contact, such as posture correction in physiotherapy exercises.

In summary, the achievement of the full effects of RHP was limited primarily by the lack of long-term community support for children, insufficient parental involvement, the stigmatization of the subject of obesity, and the reduced effectiveness of activities carried out under pandemic conditions. These factors are systemic and cultural in nature, and reducing them requires action beyond individual project interventions.

3 Were there any factors hindering the achievement of the targeted metrics? What were these factors?

In the course of the implementation of the RHP, factors were identified that may have impeded the full realization of the assumed metrics, both at the level of output (e.g., number of participants in activities) and effect (e.g., improvement in health status, sustainability of results). Their implementation varied by project, module and local context. These factors overlap to a large extent with those identified as barriers to achieving the goals and effects of the RHP.

One significant constraint was the **COVID-19** pandemic, which directly affected the implementation of indicators for the number of activities, participants and duration of interventions. Activities had to be reorganized or conducted remotely, which in some cases reduced attendance, shortened the duration of activities or limited the number of groups, and thus directly affected the ability to achieve the targeted indicator values.

The previously mentioned **problems in the area of reporting** and difficulties in interpreting and documenting the achievement of some indicators, such as the number of classes held or surveys, were also identified.

4. Did the Regional Operational Program Masovian Voivodeship 2014-2020 Managing Authority identify any problems during the management and monitoring of the ROP? What were these problems, and whether and what modifying actions were taken?

The Managing Authority of the WM ROP 2014-2020, acting through the relevant departments of the Office of the Marshal of the Mazowieckie Voivodeship, identified several issues during the implementation of the ROP that required intervention or adjustment of the management approach. The key issues related primarily to constraints arising from pandemic conditions, as well as difficulties in inter-institutional communication and reporting on the part of beneficiaries.

One of the most frequently cited problems was the limitation of the ability to conduct activities as originally programmed during the COVID-19 pandemic period. Due to the ban on assemblies and sanitation restrictions, the implementation of some activities (especially group physiotherapy and education classes) were temporarily suspended or required reorganization. In response to these difficulties, the MJWPU - in cooperation with the Department of Health and Social Policy and the Department of Regional Development and European Funds - implemented a flexible approach to extending the implementation period of projects and allowed modification of schedules and forms of implementation of activities. Proposals for extension were submitted by beneficiaries to MJWPU, which then directed them to the Managing Authority - the final decisions were made by the Board of the Mazowieckie Voivodeship.

The second area in need of improvement was **the unsatisfactory reporting by beneficiaries to the Department of Health and Social Policy of the MJWPU,** despite provisions in the contracts obliging them to submit annual reports. These problems were due, among other things, to the fact that the Department of Health and Social Policy was not a party to the contract with the beneficiaries, and therefore had no formal tools to enforce reporting obligations. Difficulties were also reported in fully monitoring the progress of the program at the level of the institution creating the RHP, which limited access to data on implementation and effects.

In addition, the need to improve **coordination between departments and institutions responsible for various aspects of the program was recognized during the implementation of the RHP** - among other things, the need to consult health programs with implementing institutions to ensure their consistency with competition documentation and ESF criteria was pointed out. At the time of drafting this report, this need has already been taken into account in the way of organizing cooperation aimed at financing regional health programs in the Mazowieckie Voivodeship with ESF+ funds.

5. Did the managing authority identify any problems during the implementation and monitoring of the RHP? What were these problems, and whether and what modifying actions were taken?

The Mazovian Unit for Implementation of EU Programs (MJWPU), as the Managing Authority responsible for the evaluation, implementation and monitoring of projects implemented under the RAP, identified a number of organizational and operational challenges that affected the implementation of the program. The key difficulties related primarily to external conditions (especially the COVID-19 pandemic), but also to local factors related to the participant recruitment process and institutional cooperation.

Restrictions due to the pandemic - including a ban on assemblies, the need to reorganize classes, and the introduction of a remote mode - were significant challenges. In response, the MJWPU implemented a flexible approach to project modifications, allowing changes in schedules, forms of implementation and extensions of the duration of activities. Requests for extensions were forwarded by the MJWPU to the Managing Authority and then approved by the Board of the Mazowieckie Voivodeship.

With regard to the recruitment of participants, project supervisors pointed to difficulties arising not so much from a lack of demand, but from the **limited interest of some parents**. In the module on obesity, there was a barrier in **the form of public perception of the term "obesity" and reluctance to participate in activities that could be perceived as stigmatizing**. It was also noted that parents did not always accept the need to implement therapeutic and educational activities for their own children, which affected the effectiveness of recruitment.

In the case of projects implemented in the same or neighboring areas, there were also **problems with the saturation of the support offer and the limited effectiveness of cooperation with schools** - especially where it was not carried out in a sufficiently organized and systemic manner. In such situations, the MJWPU allowed modifications to projects, including the possibility of **extending the territorial scope of activities to additional districts or municipalities**. These modifications were implemented within the available budgets, without increasing the level of funding.

From the perspective of the MJWPU, limitations in institutional communication and the need for stronger cooperation between the units involved in the RHP were also pointed out.

6 Did the beneficiaries identify any problems during the implementation of the RHP? What were these problems, and were any modifying actions taken?

The majority of project implementers, in the CAWI survey, did not report significant difficulties beyond those caused by external conditions. The most frequently cited problem was the constraints of the COVID-19 pandemic, which forced the reorganization of classes, changing work modes and introducing remote forms. The second major challenge was limited parental involvement - especially in the obesity module, where the topic of intervention was sometimes difficult to accept or aroused resistance. In response to these difficulties, grantees took adaptive measures, including organizational modifications and greater involvement of schools in the recruitment process.

7. Were the study's recruitment activities properly planned (were they relevant to the target group, effective)?

Recruitment activities were generally well matched to the specifics of the target group and were based on cooperation with educational institutions, which proved to be an apt and effective solution. In most of the projects, this enabled the targeted number of participants to be achieved. Recruitment difficulties that occurred were of an individual nature and were

mainly due to local conditions, limited cooperation with institutions or public perception of the subject of obesity.

8. What solutions can be identified to offset the identified problems in the implementation of the RHP?

In the course of the implementation of the RHP, beneficiaries and institutions involved in the implementation of the program developed a number of solutions that allowed them to respond to emerging difficulties on an ongoing basis. The most frequently used mechanisms were: a flexible approach to schedules and forms of implementation of activities (including a shift to a remote mode), allowing changes in the territorial scope of projects, and strengthening cooperation with schools and local institutions. From an institutional perspective, cooperation between the MJWPU and the MA was crucial, allowing decisions to extend the implementation period of the RHP. In the future, solutions to strengthen implementation may include: earlier consultation of the content of the RHP with implementing institutions, development of standards for cooperation with educational institutions, and clarification of reporting provisions.

9 What lessons from the implementation of the RHP to date can be used after 2023?

The experience from the implementation of the RHP from 2018-2023 provides valuable lessons for the design of future health interventions. The effectiveness of the model based on cooperation with schools and local rooting of activities has been confirmed, which should remain the foundation of future programs. The institution's flexible approach to project management - including responding to changing implementation conditions - was also recognized. It is advisable to continue the modular approach, which allows tailoring support to specific health needs. At the same time, it is worth strengthening the educational component aimed at parents and ensuring better institutional coordination at the level of institutions planning and implementing the RHP. These elements can increase the sustainability of effects and facilitate the implementation of similar programs in subsequent programming periods.

10 What problems related to the implementation of the Program among the target population of the Mazowieckie Voivodeship were reported by parents/guardians of children who participated in the Program, and what were the specifics of the individual problems identified, i.e. what were the problems, what were their sources, and what factors might have influenced their appearance during the implementation of the Program?

Parents and guardians of children participating in the PAP pointed to several difficulties that, in their opinion, hindered the full benefit of the support offered. The most recurring problem was **the public perception of the subject of obesity**, which aroused resistance, shame or reluctance to participate - both among children and their families. The term “obesity” was perceived as stigmatizing, and joining the program could be seen as a public admission of a problem. This hindered recruitment and reduced parental involvement in education and support activities.

Parents also signaled that **in the child's environment - both peer and family - there was not always an understanding and support for the health-promoting actions taken**, which negatively affected the children's motivation to continue the recommendations outside the classroom. Some children implementing dietary or lifestyle changes experienced incomprehension and even jokes from their peers.

There were also **organizational problems**, such as difficulties in getting children to classes, especially in rural areas, and a mismatch between class hours and parents' work responsibilities. Sources of these difficulties included local logistics, limited staff and infrastructure resources, and limited schedule flexibility.

Factors contributing to the emergence of these problems ranged from **social and cultural conditions** to organizational factors on the implementers' side (e.g., insufficient communication, too little informational support for parents during the implementation phase). This indicates the need for health programs to be more firmly rooted in the child's social environment and for a systemic approach to health promotion in the home and school environment.

11. What were the effects of the actions that were taken to address the identified problems, i.e. were the corrective actions effective, and if not, why not?

Corrective actions taken by beneficiaries and implementing institutions were primarily operational and adaptive in nature. In response to pandemic constraints, changes in schedules and forms of classes were effectively implemented.

In the case of problems related to low parental involvement and socially sensitive perception of obesity, intensified cooperation with schools and individualized communication with families was undertaken. These activities brought results where they were based on trusted relationships (e.g. involvement of educators), but did not fully eliminate barriers resulting from social and cultural attitudes. Some of the difficulties - especially those related to the durability of health effects and limitations in reporting - were systemic in nature and could not be completely removed during the implementation of the RPZ. This indicates the need for further improvement of monitoring tools and activities strengthening the child's environment (family, school) in future editions of health programs.

12. What actions were taken to reduce the impact of factors hindering the achievement of the assumed goals?

In order to reduce the impact of external factors, in particular the COVID-19 pandemic, implementing institutions and beneficiaries took adaptive actions to enable the continuation of the intervention. Flexible management of the duration of projects, modifications to the forms of implementation of classes and improvement of cooperation with schools in the field of recruitment and communication with parents were of key importance. Thanks to these actions, it was possible to maintain the consistency of implementation with the goals of the RHP.

13. What actions were taken to reduce the impact of factors that hindered the achievement of the intended effects?

To improve the effectiveness of the intervention, actions were taken to support the child's environment - including strengthening cooperation with educational institutions and increasing the emphasis on individualizing the educational message. In the case of classes conducted remotely, materials and work mode were adjusted to minimize the loss of quality of interactions. Despite this, some barriers - such as low parental involvement or social stigmatization of obesity - remained difficult to completely eliminate.

14. What actions were taken to reduce the impact of factors that made it difficult to achieve the assumed indicators?

In order to maintain the assumed values of the indicators, modifications to the projects were allowed in terms of territorial scope, schedules and organization of classes. Where recruitment difficulties or organizational limitations occurred, additional promotional and logistical activities were implemented. At the same time, the implementing institutions maintained budgetary and formal control mechanisms that allowed for the achievement of measurable results within the applicable limits and criteria.

15. Were activities modified in the event of recruitment difficulties and what were the effects?

Yes, in the event of recruitment problems, beneficiaries modified activities – among others by intensifying cooperation with schools, expanding the territorial scope of projects and adapting communication, especially in the obesity module. These activities brought measurable effects in the form of increased registration and allowed for achieving the planned participation rates, although their effectiveness varied depending on the local context and the degree of involvement of partner institutions.

16 What other forms of support could be used to enable beneficiaries to effectively carry out activities related to Project implementation?

Beneficiaries' opinions indicate the need to strengthen the information and education component aimed at parents, and the importance of institutional support in recruiting and organizing activities - especially through lasting partnerships with schools and local governments. They also pointed to the need for greater integration of activities with the health and education systems.

17 How can the forms of support provided to beneficiaries be modified to more effectively support them in the effective implementation of activities related to the Program?

In order to more effectively support the beneficiaries in implementing activities, the forms of support could be supplemented with elements that strengthen intersectoral cooperation and local partnerships - especially with schools and local government institutions. Increasing the educational component aimed at families and introducing tools to support the maintenance of the effects after the intervention (e.g., follow-up programs, quality health education, provision of qualified staff with an adequate level of commitment in schools) could improve the sustainability of the results.

6.1.7 Assessment of the quality of services in the implementation of the RHP based on the program participant satisfaction survey and on the workshop satisfaction surveys

1 How do the participants/participants who received support under the RHP evaluate:

□ the attitude of the beneficiary/implementer towards the participant (friendliness, commitment, concern for the respondent),

□ the communicativeness of the beneficiary/implementer (comprehensive and understandable transmission of information),

□ the beneficiary/implementer's provision of intimacy for participants during the provision of benefits,

□ the punctuality of the beneficiary/implementer,

 the efficiency of the service provided by the beneficiary/implementer.

From the perspective of RHP participants, the quality of service delivery was rated very highly. Both children and their caregivers spoke positively about the attitude of the implementers toward the participants - their kindness, empathy and commitment were emphasized, which built trust and fostered active participation in activities. An important strength of the program was also the clearly noticeable individual approach to the needs of children.

The staff's communicativeness was rated as very good - respondents pointed to an understandable, clear and calm way of conveying information, both in the organizational and health contexts. Information activities carried out by beneficiaries were considered adequate and sufficient.

According to the participants, the services were provided in a way that ensured intimacy and a sense of security - there were no signals indicating non-compliance with this principle. This was true for both group activities and individual forms of support, such as medical or dietary consultations.

2. Did the participants/participants who received support under the RHP make any other comments when completing the program participant satisfaction survey?

Parents/guardians of children participating in the RHP did not make any additional comments on satisfaction with the services provided. In the course of qualitative interviews (TDI), however, it was found that there were suggestions for **extending the duration of the program**, indicating a positive reception of the intervention and a desire to continue participation. There were also isolated comments regarding the need for **greater individualization of support.** These comments were constructive and did not affect the overall positive evaluation of the program by parents/guardians of participants.

3 Do the participants/participants who received support under the RHP positively evaluate their participation in the program?

Participants of the program - both children and their caregivers - **unequivocally positively evaluated participation in the RHP**. They considered it useful, necessary and valuable. Particularly highly rated was the opportunity to benefit from comprehensive support including diagnosis, therapeutic activities, health education and specialized consultations.

Participants emphasized that participation in the program contributed to **increased health awareness**, improved health status, and strengthened motivation to change lifestyle. According to many respondents, the program provided a unique opportunity to gain access to specialized care that might be more difficult to access under standard conditions.

The positive reception of the program was evident regardless of the location of the project, which demonstrates its relevance and public acceptance. Participant satisfaction was an important element in the success of the RHP and confirmed the validity of the adopted support model.

4. Would the participants/people who received support under the RHP make any changes in the implementation of the RHP? If so, which ones?

Parents of children participating in the RHP mainly indicated the need for greater **individualization of support**, especially in the area of physical activities, i.e. adjusting them to the age of children or to the types of spinal conditions. They stressed that practical guidance - such as ready-made menu suggestions or detailed recommendations tailored to

the home situation - would be a great help in applying the recommendations both during and after the program.

Parents also reported challenges with the perception of the term “obesity,” which had stigmatizing overtones for some families and influenced their decision to participate in the program.

5. In the opinion of participants/recipients, should the AAP continue in future years?

Yes - the findings of the survey clearly indicate that the participants of the RHP evaluated the program positively and were in favor of its continuation in future years. In their opinion, the program addressed the real health needs of children, and access to free, comprehensive support (diagnostic, therapeutic and educational) was a great value.

Parents also stressed that the RHP filled a gap in access to specialized services and strengthened health awareness in families. Participation in the program was often seen as the beginning of positive changes, which they felt needed further support and systemic rooting. Continuation of the program **was considered important to maintain and build on the results achieved.**

6. How do the participants/participants who took part in the project implemented within the framework of the RHP assess the level of knowledge imparted during their participation in it?

Parents rated the level of knowledge transferred as good - the information was understandable and substantively relevant to the needs of children and their families.

7. How do the participants/participants who took part in the project implemented within the framework of the PAP evaluate the form of transmission of knowledge during participation in it?

The form of transmission was evaluated positively - especially well received classes of a practical nature and direct contact with instructors.

8. Do the participants/participants who took part in the project implemented within the framework of the RHP consider that the knowledge imparted during the implementation of the RHP is useful in everyday life?

Yes - parents considered the acquired knowledge useful, especially in the context of organizing the child's nutrition and daily physical activity.

9. Do the participants/participants who took part in the project implemented within the framework of the RHP use the knowledge imparted during the implementation of the RHP? If so, in what ways?

Parents indicated that they apply the knowledge in, among other things, preparing meals and encouraging their child to be physically active - although the effectiveness of implementation depended on support in the family and peer environment and consistency in action.

10. Did the participants/participants who took part in the project implemented within the framework of the RHP share the information gained from participation in the RHP with others?

Yes - some parents declared sharing knowledge with other family members or friends, especially when they found it practical and helpful.

11. How did participants/people who took part in the project implemented within the framework of the RHP evaluate the therapeutic interventions, including: exercise classes, individual dietary advice, medical/physiotherapy examinations?

The interventions were evaluated very well - particularly positive comments were made about the physical activities and dietary counseling, which were practical and most often tailored to the needs of the children.

12. Did the program meet the expectations of participants?

Yes - according to parents, the program largely met expectations, providing real help and increasing health awareness in the family.

13. How did participants learn about the opportunity to apply for the program?

The most frequently indicated source of information was schools, which played a key role in recruiting children to the Program.

14. What elements of the services provided under the Program were of the highest quality in the opinion of parents/guardians of children who participated in the Program and beneficiaries, and why?

Parents rated highest the professionalism of the staff, the atmosphere of the activities and their adaptation to the needs of the children - these factors translated directly into the comfort of participation and involvement of the children.

15. What elements of the services provided under the Program were of the lowest quality in the opinion of parents/guardians of children who participated in the Program and why?

The most common was the need for more detailed and practical dietary guidance - the lack of ready-made menus or specific advice made it difficult for parents to implement the recommendations at home.

16. How could the services provided in the Program be modified so that their quality would be rated better?

Parents suggested that the quality of support could be increased through a more hands-on approach to health education - e.g., providing ready-made materials, specific nutrition plans, and greater organizational flexibility of the classes, tailored to everyday family realities. The expert panel also pointed out the need for mandatory inclusion of **psychological support in this type of intervention.**

6.1.8 Evaluation of the implementation of the RHP in the opinions of participants/people covered by support

1 In the opinions of the participants of the RHP/people who participated in the project implemented, within the framework of the RHP, did it contribute to a positive change in the quality of life of those who received support or those around them?

Yes - parents of supported children indicated perceived positive changes in quality of life. This included improvements in their children's well-being, health and fitness, as well as increased health awareness among the entire family. Parents noted greater motivation of their children to be physically active, as well as changes in daily habits - for example, in nutrition, organization of leisure time or approach to preventive health care.

In some cases, the change was also felt in the broader community - for example, by sharing knowledge with other family members or involving the school in health support activities. Although the intensity of the effects varied depending on individual conditions, the overall impact of the program on the quality of life was rated strongly positive.

2. How do the participants/participants who took part in the project implemented as part of the RHP justify their opinions in the above-mentioned regard?

Participants' opinions regarding the positive impact of the RHP on quality of life were justified primarily by improvements in children's physical and mental well-being, as well as by real changes in their daily functioning. Parents pointed to increased physical activity, better eating habits, as well as greater awareness of health of the entire family, resulting from participation in educational activities and specialized consultations.

They also reported improved family relationships, a better understanding of their child's health needs, and greater involvement in health support activities - not only during the program, but also after it ended. According to participants, the RHP provided them with the tools and knowledge to make informed and sustainable changes in their daily lives.

6.1.9 Evaluation of the sustainability of the RHP

1 What factors determined the sustainability of the Program's effects?

The sustainability of the effects was determined primarily by the support of the child's environment - the involvement of parents and school, as well as the practicality of the knowledge transferred. Individual motivational factors of the participants and the continuation of learned habits in the home environment were also of great importance. Persistence was also supported by the good preparation of the staff and the regularity of the classes.

2 Were other effects not assumed in the Program achieved?

Yes - in addition to health and educational effects, the RHP contributed to strengthening inter-sectoral cooperation (between schools and beneficiaries, among others) and to increasing health awareness among participants' families, which sometimes resulted in changes also in children's siblings or guardians.

3. How sustainable is the change in participants' attitudes as a result of participation in the Program (including: increased motivation to maintain health behaviors learned during the Program)?

The change in the attitudes of participants, especially children, was noticeable, but its durability varied. In many cases, children showed motivation to continue healthy habits, but without adequate environmental support (family, school), sustaining the changes was difficult. The best results were observed where participants' motivation was met with active support from the environment.

4 Which program effects were characterized by the greatest and which by the least sustainability (the greatest change over time after the Program) and why?

The greatest sustainability was characterized by **health awareness** and basic knowledge of healthy lifestyles. On the other hand, physiological effects, such as a decrease in BMI or improvement in fitness parameters, showed the **least durability** - especially when children did not continue to be active or maintain their diets after the program. The reason for this was the lack of long-term support and the difficulty of maintaining the new habits on their own.

5. Whether and which of the changes occurring in the "situation" of the medical personnel are permanent, i.e., persist after the end of their participation in the Program, and what further changes are occurring in the above aspects and why?

From the perspective of some LDP implementers, there were noticeable effects that could be considered permanent changes in the functioning of those involved in the delivery of health and education services. This was particularly true in terms of strengthening relationships and cooperation with local educational institutions, which, implementers indicated, continues even after the projects end and can be continued with other initiatives.

The program has also helped build the recognition of the providers and anchor them more firmly in the local community. In some cases, the RHP was seen as an impetus to further develop their activities and strengthen their role as local health leaders.

From a functional perspective, participation in the RHP allowed implementers to broaden their experience in conducting health promotion and education activities with children and their families, potentially influencing a lasting change in their competence and readiness to implement similar programs in the future.

6 Whether and which of the changes occurring in the "situation" of the Program participants are permanent, i.e., persist after their participation in the Program, and what further changes are occurring in the aforementioned aspects and why?

The most persistent changes were in terms of **awareness of the importance of health and prevention**, as well as general attitudes toward physical activity. These changes were more likely to persist where the family joined in and implemented the new habits in daily life. Less sustained were specific health effects that required continued intervention, and without systemic support may have gradually faded.

6.2. Analiza SWOT

Analiza SWOT (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats) przedstawiona w tabeli 12, służy identyfikacji kluczowych czynników wpływających na realizację i skuteczność Regionalnego Programu Zdrowotnego (RPZ) w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci. Jej celem jest syntetyczne przedstawienie mocnych i słabych stron programu (czynników wewnętrznych), a także szans i zagrożeń wynikających z otoczenia zewnętrznego, w jakim program był wdrażany.

- **mocne strony** to te elementy wewnętrzne programu, które wspierały jego skuteczność i efektywność – takie jak konstrukcja RPZ, jakość działań, organizacja i zasoby,
- **słabe strony** to wewnętrzne ograniczenia lub problemy organizacyjne, które mogły osłabiać realizację celów programu – np. związane ze sprawozdawczością, trwałością efektów czy aktywnością uczestników,
- **szanse** to zewnętrzne czynniki, które sprzyjały realizacji RPZ lub mogą w przyszłości umożliwić jego kontynuację lub rozwój – m.in. zgodność z politykami publicznymi czy zainteresowanie społeczne,
- **zagrożenia** to czynniki zewnętrzne, które mogły utrudniać skuteczną realizację programu – zarówno nadzwyczajne (np. pandemia), jak i strukturalne, jak np. niedostatki systemowego podejścia do profilaktyki zdrowotnej dzieci.

Zestawienie to stanowi punkt wyjścia do sformułowania rekomendacji zawartych w dalszej części raportu.

Tabela 12 Analiza SWOT Regionalnego Programu Zdrowotnego

mocne strony (czynniki wewnętrzne pozytywne)	słabe strony (czynniki wewnętrzne negatywne)
1. Przejrzysta i logiczna konstrukcja RPZ – program oparto na jasno zdefiniowanej logice interwencji, ze spójnym układem celów, mierników i modułów tematycznych (otyłość i choroby kręgosłupa). 2. Kompleksowy charakter interwencji – działania obejmowały diagnostykę, terapię, edukację i komponenty monitorowania, adresując zarówno potrzeby zdrowotne dzieci, jak i edukacyjne rodziców. 3. Pozytywna ocena użyteczności i jakości interwencji – wysoka satysfakcja uczestników i realizatorów, potwierdzona w badaniu CATI, CAWI i wywiadach telefonicznych. 4. Elastyczność instytucjonalna – szybkie reakcje IZ i IP na zakłócenia pandemii (wydłużenie projektów, akceptacja zmian form realizacji). 5. Wysokie zainteresowanie programem – duża liczba zgłoszonych wniosków i pozytywnych ocen projektów w trzech turach naboru.	1. Ograniczenia w sprawozdawczości i analizie postępów – brak pełnej informacji zwrotnej od beneficjentów do Departamentu Zdrowia i Polityki Społecznej utrudnia ocenę całościowej realizacji RPZ. 2. Niejednoznaczne mierniki efektów dot. chorób kręgosłupa. 3. Problemy z trwałością efektów zdrowotnych – obserwowany spadek utrzymania efektów terapeutycznych po 12 miesiącach od zakończenia programu. 4. Zbyt mała aktywizacja rodziców – ograniczone zaangażowanie w działania edukacyjne i podtrzymujące trwałość efektów, szczególnie w module dotyczącym otyłości. 5. Zróżnicowany potencjał realizacyjny beneficjentów – pandemia ujawniła trudności organizacyjne części podmiotów, mimo pozytywnej oceny ich wniosków. 6. Potrzeba wzmocnienia współpracy instytucjonalnej na etapie wdrażania – doświadczenia z realizacji programu wskazują na możliwość dalszego rozwijania mechanizmów koordynacji między Departamentem Zdrowia i Polityki Społecznej, Departamentem Rozwoju Regionalnego i Funduszy Europejskich oraz MJWPU.
szanse (czynniki zewnętrzne sprzyjające realizacji programu)	zagrożenia (czynniki zewnętrzne negatywne)
1. Wysoka zgodność RPZ z politykami regionalnymi i krajowymi – program był komplementarny wobec strategii rozwoju województwa i Krajowej Strategii Rozwoju Regionalnego. 2. Wzrost świadomości zdrowotnej wśród rodziców.	1. Zakłócenia systemowe wywołane pandemią COVID-19 – ograniczenia w realizacji zajęć, spadek frekwencji i trudności rekrutacyjne. 2. Niedostatek spójnego, międzysektorowego podejścia do profilaktyki zdrowotnej dzieci – RPZ ujawnił potrzebę ugruntowania

3. Podstawy prawne polityki zdrowotnej (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych) - zobowiązanie i szansa dla kontynuacji, rozwoju, poszerzania czy adaptacji RPZ w reakcji za zdiagnozowane potrzeby zdrowotne	profilaktyki i leczenia otyłości oraz chorób układu ruchu w ramach szerszej polityki publicznej, obejmującej różne szczeble administracji i sektory (ochrona zdrowia, edukacja, polityka społeczna). Ograniczone zakorzenienie działań RPZ w systemowych rozwiązaniach krajowych i regionalnych stanowi wyzwanie dla trwałości i skalowalności efektów programu. 3. Stygmatyzacja otyłości i niski poziom świadomości społecznej – społeczny odbiór problemu otyłości, często nacechowany oceną moralną i przypisywaniem winy osobom dotkniętym tą dolegliwością, stanowił barierę dla skutecznej realizacji programu. Termin „otyłość" zniechęcał część potencjalnych uczestników do przystąpienia do projektu, a dzieci wdrażające zalecenia (np. dietetyczne) nie zawsze mogły liczyć na wsparcie otoczenia – zarówno w środowisku rówieśniczym, jak i rodzinnym.

Mocne strony programu koncentrują się przede wszystkim na poziomie **projektowym i operacyjnym** – dotyczą konstrukcji RPZ, jakości zaplanowanych interwencji, zaangażowania instytucji wdrażających oraz doświadczenia beneficjentów. Świadczą one o dojrzałości programu jako narzędzia interwencji zdrowotnej, dobrze osadzonego w realiach regionalnych i odpowiadającego na zidentyfikowane potrzeby dzieci i ich opiekunów. Zidentyfikowane potrzeby zdrowotne związane są z wyrażeniem obiektywnych efektów (mierników) zdrowotnych, co udało się łatwo opracować w przypadku otyłości, nieco słabiej w przypadku chorób kręgosłupa (a w zasadzie – wad postawy).

Słabe strony uwidaczniają wyzwania zarówno **na poziomie instytucjonalnym**, jak i **społecznym**. Wskazują m.in. na ograniczenia w zakresie przepływu informacji między instytucjami, niewystarczającą egzekwowalność obowiązków sprawozdawczych, a także trudności w trwałości efektów zdrowotnych czy aktywizacji rodzin. Te obserwacje sugerują konieczność usprawnienia mechanizmów zarządzania, monitoringu oraz lepszego uwzględnienia perspektywy uczestników. Rozwiązaniem strategicznym na szczeblu samorządu wojewódzkiego mogłoby być powołanie lub wytypowanie podmiotu leczniczego, który stanie się koordynatorem ww. działań. Takim podmiotem mógłby być dla Województwa Mazowieckiego – Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy. Pozwoliłoby to wyeliminować problemy współpracy pomiędzy instytucjami programującymi i wdrażającymi programu zdrowotne oraz wyeliminować zadania, które trudno wprost dedykować administracji samorządowej, jak np. obieg czy weryfikację dokumentacji medycznej.

Czynniki zewnętrzne, zaklasyfikowane jako szanse, dotyczą głównie **uwarunkowań systemowych i strategicznych**, w tym zgodności RPZ z dokumentami polityki publicznej oraz potencjału do dalszego rozwijania działań o charakterze profilaktycznym. Jednocześnie, zidentyfikowane zagrożenia uwidaczniają, że skuteczność interwencji zdrowotnych – w szczególności w zakresie otyłości – zależy od istnienia **kompleksowego,**

międzysektorowego podejścia, które obejmuje różne poziomy administracji i obszary polityk publicznych.

Szczególną uwagę należy zwrócić na **uwarunkowania społeczne**, takie jak stygmatyzacja otyłości oraz niski poziom zrozumienia dla potrzeb dzieci z nadwagą i ich rodzin. Bariery te wpływają zarówno na rekrutację do programów, jak i na skuteczność i trwałość podejmowanych działań.

W świetle powyższego, rekomendacje powinny obejmować zarówno kwestie **usprawnienia współpracy instytucjonalnej**, jak i **budowania systemowego zaplecza dla działań profilaktycznych**, a także **wzmacniania komponentów społecznych i edukacyjnych**, które zwiększają akceptację i zaangażowanie uczestników programu oraz ich otoczenia.

Istotnym działaniem wspierającym tworzenie programów zdrowotnych przez samorządy może być opracowanie okresowe np. raz na 3-5 lat strategicznej analizy dla danego województwa w zakresie zgodnym z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, obejmującej tematycznie: „opracowywanie i realizacja oraz ocena efektów programów polityki zdrowotnej wynikających z rozeznanych potrzeb zdrowotnych i stanu zdrowia mieszkańców województwa - po konsultacji z właściwymi terytorialnie gminami i powiatami” (art.9). Tożsamy zakres dotyczy zadań gmin (art. 7) i powiatów (art. 8), a w sensie epidemiologicznym i demograficznym są one składnikami województwa.

Jest oczywistym, że nieefektywne byłoby opracowywanie tego typu analiz przez poszczególne gminy i powiaty i oczywiste, że prawidłowo zidentyfikowane potrzeby nie mogłyby się różnić w zakresie gminy, właściwego dla niej powiatu i województwa.

Taka strategiczna analiza wraz z mapami potrzeb zdrowotnych stanowiłaby silne wsparcie zewnętrze do opracowywania nowych programów.

6.3. Rekomendacje

L.p.	a) treść wniosku (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	b) Treść rekomendacji (wraz ze wskazaniem strony w raporcie)	c) Adresat rekomendacji (Instytucja odpowiedzialna za wdrożenie rekomendacji)	d) Sposób wdrożenia (syntetyczne przedstawienie sposobu wdrożenia rekomendacji)	e) termin wdrożenia rekomendacji	f) Klasa rekomendacji
1.	Jednym z istotnych wyzwań, które wpłynęły na zakres i sposób analizy danych zastanych, była ograniczona dostępność sprawozdań z realizacji RPZ w układzie odpowiadającym strukturze programu. Zgodnie z założeniami, realizatorzy projektów powinni prowadzić sprawozdawczość nie tylko w odniesieniu do wymagań wynikających z umów o dofinansowanie i wytycznych programowych RPO WM, lecz także w oparciu o strukturę i mierniki zawarte w	Wprowadzenie skuteczniejszych mechanizmów egzekwowania obowiązkowej sprawozdawczości od realizatorów RPZ, zarówno na etapie realizacji projektów, jak i na etapie utrzymania trwałości projektów.	IZ	Wprowadzenie do umów o dofinansowanie projektu zapisów określających:1) konsekwencje niedopełnienia obowiązku sprawozdawczości zgodnej z RPZ w okresie realizacji projektu (np. konsekwencje dot. korekt finansowych lub wstrzymania przekazywania transz finansowych) oraz 2)	31.12.2026	rekomendacja programowa (operacyjna)

	dokumencie RPZ. W praktyce jednak ten drugi wymiar raportowania nie był konsekwentnie realizowany, co wynikało z faktu, że mimo że obowiązek sprawozdawczości zgodnej z RPZ został formalnie wpisany do umów o dofinansowanie, to niego niedopełnieniu nie towarzyszyły żadne konsekwencje. (4.5. Ograniczenia badania, str. 30)			konsekwencje niedopełnienia obowiązku sprawozdawczości końcowej zgodnej z RPZ, która może wykraczać poza okres realizacji projektu (np. w sytuacji, gdy system ewaluacji RPZ zakłada konieczność badania trwałości efektów w określonym terminie po zakończeniu interwencji).		
2.	Dane dotyczące miernika 11, raportowane przez realizatorów projektów, są obarczone znaczną niejednorodnością. W części projektów realizatorzy raportowali te dane w liczbie przeprowadzonych jednostek zajęciowych, w innych – w liczbie godzin, a niekiedy brak było informacji o przyjętym	Zapewnienie standaryzacji w zakresie sprawozdawczości z realizacji RPZ.	IZ	Opracowanie i rozpowszechnienie instrukcji raportowania z uwzględnieniem przykładowych, prawidłowo wypełnionych sekcji (case studies, wzory tabel). Instrukcja powinna być częścią	31.12.2026	rekomendacja programowa (operacyjna)

	sposobie liczenia. Taka niejednolitość ogranicza możliwość bezpośrednich porównań między projektami. (5.3.3., str. 83) Także w odniesieniu do tych mierników należy dokonać istotnych zastrzeżeń metodologicznych dotyczących: - w przypadku miernika 8 – w części projektów realizatorzy raportowali dane o liczbie zajęć ruchowych w postaci liczby przeprowadzonych jednostek zajęciowych, w innych – liczby godzin, a niekiedy brak było informacji o przyjętym sposobie liczenia. Taka niejednolitość ogranicza możliwość bezpośrednich porównań między projektami, - w przypadku miernika 9, odnoszącego się do liczby badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, trudności			dokumentacji konkursowej oraz dostępna dla realizatorów na etapie przygotowania i realizacji projektu. Można ją połączyć z cyklem szkoleń wdrożeniowych dla beneficjentów oraz zintegrować z narzędziem online do sprawozdawczości (np. formularze z pomocą kontekstową i walidacją danych).		

	interpretacyjne budzi podkategoria "inne badania", której znaczenie nie było jednoznacznie definiowane. W części sprawozdań „inne" odnosiło się do badań kwalifikacyjnych przeprowadzanych na początku interwencji, ale nie wszystkie projekty je w tej kategorii wykazywały – mimo że takie badania prawdopodobnie miały miejsce w każdej interwencji. To rodzi ryzyko nieporównywalności danych i może prowadzić do zaniżenia lub zawyżenia rzeczywistej liczby działań diagnostycznych w analizie zbiorczej. (5.3.4, str. 85)					
3.	W trakcie panelu eksperckiego wskazywano także na konieczność obligatoryjnego włączenia do tego typu interwencji wsparcia psychologicznego (niektórzy beneficjenci oferowali je w projektach, wykorzystując fakt,	Zwiększenie kompleksowości wsparcia w obszarze zdrowia, celem uwzględnienia w interwencji terapeutycznej i edukacyjnej uwarunkowań związanych z psychofizycznym funkcjonowaniem	IZ	Wprowadzenie obowiązkowego komponentu do programów zdrowotnych (niezależnie od źródła finansowania danego programu) w postaci	31.12.2026	rekomendacja programowa (strategiczna)

	że RPZ dopuszczał także inne, nieujęte w ścieżce interwencji, rodzaje świadczeń). Komponent wsparcia psychologicznego ma szczególne znaczenie w kontekście pracy z dziećmi doświadczającymi otyłości oraz innymi uczestnikami programu znajdującymi się w okresie adolescencji. Podkreślano, że skuteczne kształtowanie i utrwalanie zdrowych nawyków wymaga nie tylko działań edukacyjnych i terapeutycznych, ale również wsparcia w radzeniu sobie z emocjonalnymi, psychologicznymi i społecznymi wyzwaniami. Eksperci wskazywali, że obecność psychologa w zespole realizującym program mogłaby stanowić istotne wzmocnienie interwencji – zwłaszcza w kontekście budowania motywacji, przeciwdziałania stygmatyzacji	uczestników, w tym barierami motywacyjnymi, emocjonalnymi i społecznymi, które wpływają na skuteczność i trwałość efektów zdrowotnych.		wsparcia psychologicznego. Komponent ten powinien być uwzględniany w działaniach prozdrowotnych kierowanych do różnych grup docelowych, tj. niezależnie np. od kryterium wieku uczestników programów, a z uwzględnieniem specyficznych potrzeb związanych z danym obszarem interwencji		

	i pracy z obniżonym poczuciem własnej wartości uczestników. (5.2.1. – str. 55)					

Recommendations

L.p.	(a) the content of the proposal (with indication of the page in the report)	(b) Content of the recommendation (with indication of the page in the report)	c) Addressee of the recommendation (Institution responsible for the implementation of the recommendation)	d) Method of implementation (synthetic representation of how the recommendation will be implemented)	(e) the deadline for implementing the recommendations	(f) Class of recommendation
1.	One of the significant challenges that influenced the scope and manner of the analysis of the found data was the limited availability of reports on the implementation of the LDP in a layout that	Introduce more effective mechanisms to enforce mandatory reporting from RHP implementers, both at the project implementation stage and at the sustainability stage.	managing authority	Introduction of provisions to project co-financing agreements, specifying: 1) consequences of failure to fulfil the obligation of reporting compliant with the RHP during project	31.12.2026	programme recommendation (operational)

	corresponds to the programme structure. According to the assumptions, project implementers should report not only in relation to the requirements resulting from the grant agreements and the WM ROP programme guidelines, but also on the basis of the structure and measures contained in the RDP document. In practice, however, this second dimension of reporting was not consistently implemented, which was due to the fact that although the obligation to report in accordance with the			implementation (e.g. consequences concerning financial corrections or withholding financial tranches) and 2) consequences of failure to fulfil the obligation of final reporting compliant with the RHP, which may extend beyond the project implementation period (e.g. in a situation, when the evaluation system of the RHP assumes the necessity of examining the sustainability of effects within a specified period after the end of intervention).		

	PCO was formally written into the grant agreements, failure to do so was not accompanied by any consequences. (4.5. Limitations of the study, p. 30)					
2.	Data on measure 11, reported by project implementers, is subject to considerable heterogeneity. In some projects, implementers reported this data in the number of activity units carried out, in others - in the number of hours, and sometimes there was no information on the method of counting adopted. Such heterogeneity limits the possibility of direct comparisons between projects. (5.3.3., p. 83) Significant methodological reservations also need to be made with regard to these metrics concerning: - in the case of measure 8 - in some projects, implementers reported data on the number of physical activities in the form of the number of	Ensure standardisation in reporting on the implementation of the RHP.	managing authority	Development and dissemination of a reporting manual with examples of correctly filled in sections (case studies, sample tables). The manual should be part of the competition documentation and available to implementers at the stage of project preparation and implementation. It can be combined with a cycle of implementation training for beneficiaries and	31.12.2026	programme recommendation (operational)

	activity units carried out, in others - the number of hours, and sometimes there was no information on the method of counting adopted. Such inconsistency limits the possibility of direct comparisons between projects, - in the case of measure 9, which refers to the number of medical/physiotherapy examinations carried out as part of the programme, interpretation difficulties are caused by the sub-category "other examinations", the meaning of which was not clearly defined. In some reports, “other” referred to qualifying examinations carried out at the start of the intervention, but not all projects reported them in this category - even though such examinations were likely to have taken place in every intervention. This raises the risk of incomparability of data and may lead to an under- or overestimation of the actual number of diagnostic activities in the pooled analysis. (5.3.4, p. 85)			integrated with an online reporting tool (e.g. forms with context-sensitive help and data validation).		

3.	During the expert panel, the necessity of obligatory inclusion of psychological support in this type of intervention was also pointed out (some beneficiaries offered it in projects, taking advantage of the fact that the RHP also allowed for other types of services, not included in the intervention pathway). The psychological support component is particularly relevant in the context of working with children experiencing obesity and other programme participants in adolescence. It was emphasised that	Increase the comprehensiveness of health support, with the aim of including in therapeutic and educational interventions conditions related to the psycho-physical functioning of participants, including motivational, emotional and social barriers that affect the effectiveness and sustainability of health outcomes.	managing authority	Introducing a compulsory component in health programmes (irrespective of the funding source of the programme in question) in the form of psychological support. This component should be included in health-promoting activities aimed at different target groups, i.e. irrespective, for example, of the age criterion of programme participants, but taking into account the specific needs related to a given area of intervention	31.12.2026	programme recommendation (strategic)

	successful formation and maintenance of healthy habits requires not only educational and therapeutic interventions, but also support in dealing with emotional, psychological and social challenges. Experts indicated that the presence of a psychologist in the programme delivery team could be an important reinforcement of the intervention - especially in the context of building motivation, counteracting stigma and working with participants' lowered self-esteem. (5.2.1. - p. 55)					

7. Załączniki

7.1. Wyniki analizy w ujęciu terytorialnym

Zgodnie z założeniami metodologicznymi, wyniki oceny realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego przedstawiono z **uwzględnieniem podziału terytorialnego województwa mazowieckiego**, tj. rozróżnienia na dwa główne obszary: Warszawski Stołeczny oraz Mazowsze Regionalne. Dla obszaru Mazowsza Regionalnego dokonano dodatkowego podziału na poziomie subregionów statystycznych NTS 3, obejmujących: subregion płocki, ciechanowski, ostrołęcki, siedlecki, radomski i żyrardowski.

W analizie zastosowano podejście łączące dane zastane i wywołane, z zachowaniem zasad rzetelności i proporcjonalności interpretacyjnej. Podejście to opiera się na założeniu, że pełna terytorializacja możliwa jest przede wszystkim w odniesieniu do danych ilościowych, dla których dostępne są jednoznaczne informacje dotyczące lokalizacji projektów oraz przypisania uczestników do określonych obszarów. Ujęcie terytorialne objęło w szczególności:

1. dane ze sprawozdań z realizacji RPZ, dot. mierników efektywności programu – na poziomie projektu przypisano dane wskaźnikowe do odpowiednich subregionów, przy czym dla projektów realizowanych w kilku subregionach utworzono odrębną kategorię analizy, tj. projekty ponadregionalne. Z uwagi na nierównomierne rozmieszczenie projektów oraz różną skalę ich realizacji, interpretacja wyników ma charakter opisowy, a nie porównawczy. Liczba projektów, które można przypisać do danego subregionu, jest następująca:
   - Warszawski Stołeczny – 39 projektów,
   - subregion płocki – 18 projektów,
   - subregion ostrołęcki – 8 projektów,
   - subregion radomski – 7 projektów,
   - subregion siedlecki – 3 projekty,
   - subregion ciechanowski – 1 projekt,
   - subregion żyrardowski – 0 projektów (żaden z projektów objętych analizą nie był realizowany wyłącznie na terenie tego subregionu),
   - projekty ponadregionalne – 17 projektów;

2. wyniki ankiety CATI z rodzicami/opiekunami uczestników programu – badaniem objęto 377 osób dobranych w sposób losowo-kwotowy, co zapewniło reprezentatywny udział w badaniu rodzicom/opiekunom dzieci ze wszystkich subregionów, w próbie znalazło się:
   - Warszawski Stołeczny – 163 respondentów,
   - subregion płocki – 80 respondentów,
   - subregion ostrołęcki – 34 respondentów,
   - subregion radomski – 40 respondentów,
   - subregion siedlecki – 37 respondentów,
   - subregion ciechanowski – 6 respondentów,
   - subregion żyrardowski – 17 respondentów.

3. wyniki ankiety CAWI z beneficjentami – na poziomie projektu przypisano wyniki ankiety do odpowiednich subregionów. Interpretacje wyników odnoszą się do charakterystyki i doświadczeń beneficjentów w podziale subregionalnym, jednak bez formułowania wniosków o charakterze generalizującym. Liczba projektów objętych badaniem w formie ankiety CAWI, jest następująca w poszczególnych subregionach:
   - Warszawski Stołeczny – 29 projektów,
   - subregion płocki – 16 projektów,
   - subregion ostrołęcki – 6 projektów,

- subregion radomski – 4 projekty,
- subregion siedlecki – 1 projekt,
- subregion ciechanowski – 1 projekt,
- subregion żyrardowski – 0 projektów (w badaniu w ramach ankiety CAWI nie wziął udział żaden beneficjent deklarujący realizację projektu na terenie tego subregionu).

Załącznik zawiera zestawienia danych przypisanych do poszczególnych subregionów, prezentowane w formie tabelarycznej. Ze względu na nierównomierne rozmieszczenie projektów oraz zróżnicowaną liczebność prób badawczych, dane nie mają charakteru reprezentatywnego i nie służą porównaniom między subregionami.

Istotne jest, że dla części subregionów dane obejmują 1 lub kilka projektów, podczas gdy na terenie realizowano ich więcej, ale jako część projektów ponadregionalnych – tym bardziej przedstawione wnioski nie mogą odzwierciedlać pełnego przebiegu realizacji RPZ w tych subregionach.

Stanowią one natomiast uzupełnienie głównych analiz i pozwalają na identyfikację podstawowych cech realizacji programu w skali lokalnej.

Region Warszawski Stołeczny

Liczbowy zasięg i przebieg programu

RPZ realizowany był wyłącznie w regionie Warszawskim Stołecznym w ramach 39 projektów, w tym 14 w module dotyczącym otyłości oraz 27 w module dotyczącym chorób kręgosłupa (2 projekty realizowane były w obu modułach).

Analiza opiera się przede wszystkim na danych pochodzących ze sprawozdań z realizacji RPZ, uzupełnionych o dane na temat produktów i rezultatów projektów gromadzone w systemie SL2014, a także o dane ilościowe pozyskane od realizatorów oraz uczestników projektów.

W RPZ założono mierniki efektywności, odzwierciedlające kluczowe etapy procesu interwencji – od momentu aplikacji do programu (miernik 1), przez kwalifikację (mierniki 2 i 3) i udział (miernik 4 i 5), aż po jego zakończenie (miernik 6). Analiza osiągniętych wartości mierników pozwala ocenić, w jakim stopniu program dotarł do założonej grupy docelowej w regionie Warszawskim Stołecznym i umożliwił przeprowadzenie pełnego cyklu wsparcia.

*Tabela 13 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące kluczowych etapów interwencji **w regionie Warszawskim Stołecznym**, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N= 39, w tym n=14 dla modułu dotyczącego otyłości, n=27 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)*

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:	**5 967**	**64**
1.1. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości	2 539	50
1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa	3 428	67
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym:	**4 770**	**64**
2.1. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości	1 583	50
2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa	3 187	67
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne)	**899**	**64**

4. Liczba uczestników programu w tym:	**7 126**	**100**
4.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości	2 875	86
4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	3 697	93
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	**276**	**64**
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program w tym:	**3 309**	**44**
6.1. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości	1 772	29
6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 537	48

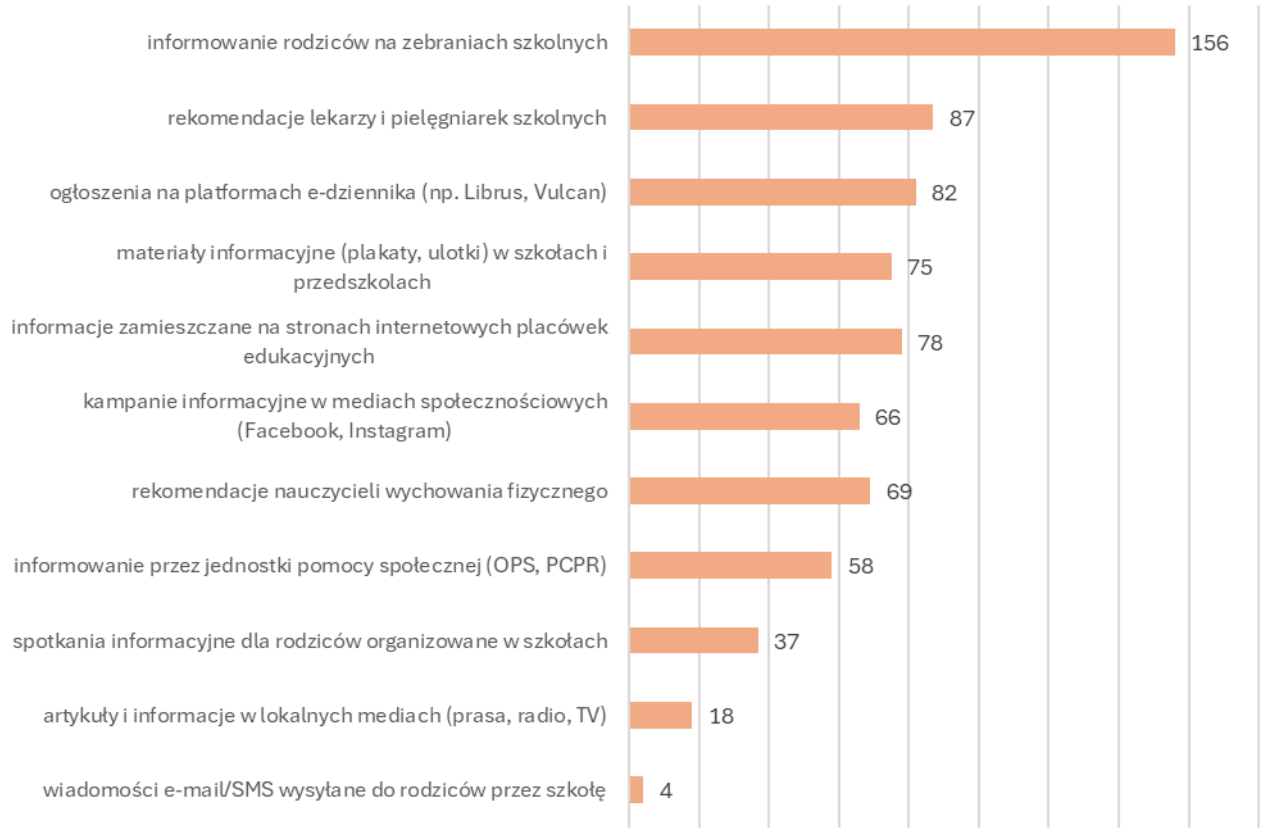
źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

Zgłoszenia do programu (miernik 1) odnotowano łącznie w liczbie **5 967** (co stanowi 36% wszystkich zgłoszeń do programu). Udział zgłoszeń do poszczególnych modułów w regionie Warszawskim Stołecznym był bardziej równomierny, niż na poziomie całego programu: na moduł dotyczący otyłości przypadało 2 539 zgłoszeń, a na moduł dotyczący chorób kręgosłupa – 3 428. Dane te dostępne były dla 64% projektów ogółem, z wyraźnie wyższą kompletnością w module kręgosłupa (67%) niż w module otyłości (50%). Sugeruje to pewną dysproporcję w zakresie sprawozdawczości między modułami, ale wynika również z różnic w liczbie realizowanych projektów w obu modułach modułów w regionie Warszawskim Stołecznym (moduł dotyczący chorób kręgosłupa był realizowany w ramach 27 projektów, moduł otyłości – 14 projektów).

Wyniki badania ankietowego CATI z rodzicami/opiekunami uczestników projektów w regionie Warszawskim Stołecznym (N=163) potwierdzają wniosek z analizy wyników na poziomie całego programu, dotyczący kluczowej roli placówek edukacyjnych w skutecznym dotarciu z informacją o programie (wykres 35). Niemal wszyscy respondenci (156 osób) wskazali,, że dowiedzieli się o naborze na zebraniu szkolnym. W porównaniu z wynikami dla całego programu, w regionie Warszawskim Stołecznym dostrzec można nieco częstsze wskazywanie takie źródła informacji, jak informacje zamieszczane na stronach www szkół (78 wskazań) czy rekomendacje nauczycieli WF (69 wskazań)[9].

[9] Kolejność kategorii odpowiedzi odpowiada częstości wskazań w całej próbie badawczej (N=377). Dzięki temu możliwe jest wizualne wychwycenie różnic w strukturze odpowiedzi w regionie Warszawskim Stołecznym – odchylenia długości słupków względem ogólnego układu ilustrują charakterystyczne cechy lokalnego rozkładu odpowiedzi. **Analogiczna uwaga dotyczy wszystkich kolejnych wykresów.**

Wykres 35 Źródła informacji o programie według deklaracji rodziców/opiekunów uczestników projektów w regionie Warszawskim Stołecznym (CATI, N=163)

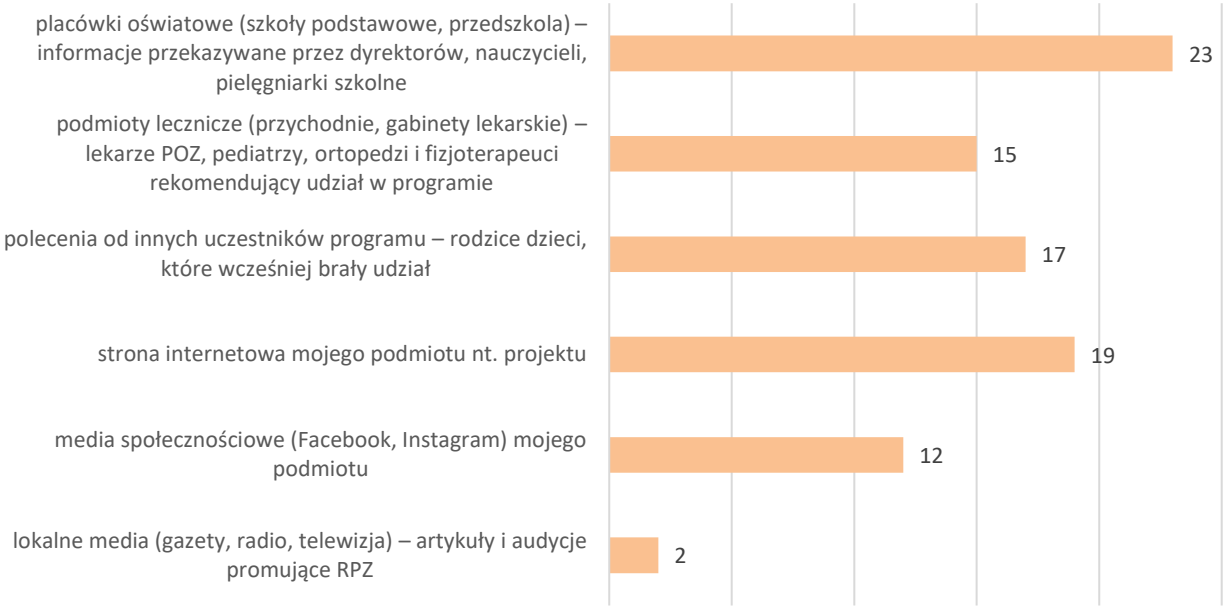


źródło: opracowanie własne

Respondenci zostali zapytani również o to, **jakie kanały informacji uznaliby za najbardziej trafne i efektywne**. Zestawienie odpowiedzi na oba pytania wskazuje na **wysoki poziom zgodności pomiędzy rzeczywistymi a preferowanymi źródłami informacji**. Informowanie rodziców na zebraniach szkolnych, komunikacja za pośrednictwem e-dzienników oraz rekomendacje ze strony personelu edukacyjnego i medycznego to zarówno najczęściej wskazywane źródła wiedzy o programie, jak i te uznawane za najbardziej adekwatne.

Perspektywa realizatorów projektów w regionie Warszawskim Stołecznym, zebrana w badaniu CAWI (N=29 projektów, wykres 36), potwierdza wnioski płynące z doświadczeń rodziców. Najczęściej wskazywanym źródłem skutecznego dotarcia do uczestników były placówki oświatowe (szkoły i przedszkola), w tym dyrektorzy, nauczyciele oraz pielęgniarki szkolne (23 wskazania). W porównaniu z odpowiedziami w całej próbie badawczej, w regionie Warszawskim Stołecznym nieco częściej wskazywano na stronę internetową beneficjenta nt. projektu (19 wskazań), a rzadziej na podmioty lecznicze (15 wskazań)

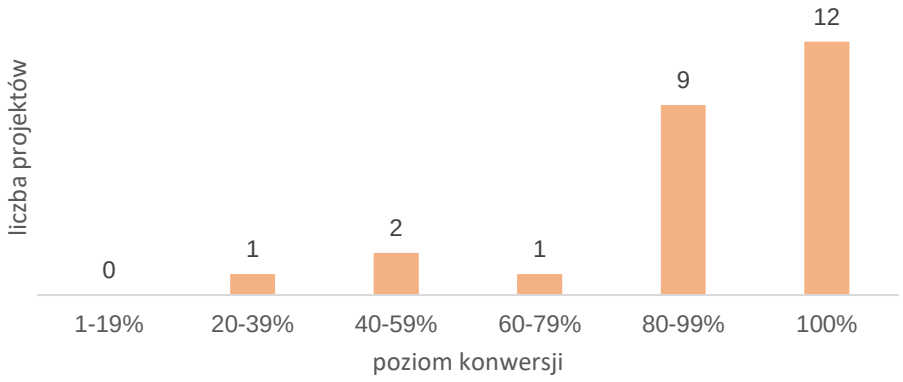
Wykres 36 Skuteczność źródeł informacji o programie według realizatorów projektów w regionie Warszawskim Stołecznym (CAWI, N=29 projektów)



Spośród wszystkich dzieci aplikujących do programu w regionie Warszawskim Stołecznym, **80% (tj. 4 770 osób) pozytywnie przeszło weryfikację kryteriów formalnych i zostało zakwalifikowanych do oceny medycznej (miernik 2)**. Jest to nieco niższa wartość, niż dla całego województwa mazowieckiego (na podstawie danych ze wszystkich 93 projektów), w którym odsetek ten wyniósł 84% (tj. 14 060 osób). Widoczna jest różnica między modułami: **w module otyłości było to 1 583 dzieci** (przy danych dostępnych dla 50% projektów), a **w module chorób kręgosłupa – 3 187** (przy danych dostępnych dla 67% projektów).

Dla **25 projektów**, w których dostępne były dane dla obu wskaźników, określono **poziom konwersji**. Uzyskane wyniki prezentuje wykres 37.

Wykres 37 Poziom konwersji zgłoszeń do RPZ na zakwalifikowanych uczestników w regionie Warszawskim Stołecznym (n=25 projektów)

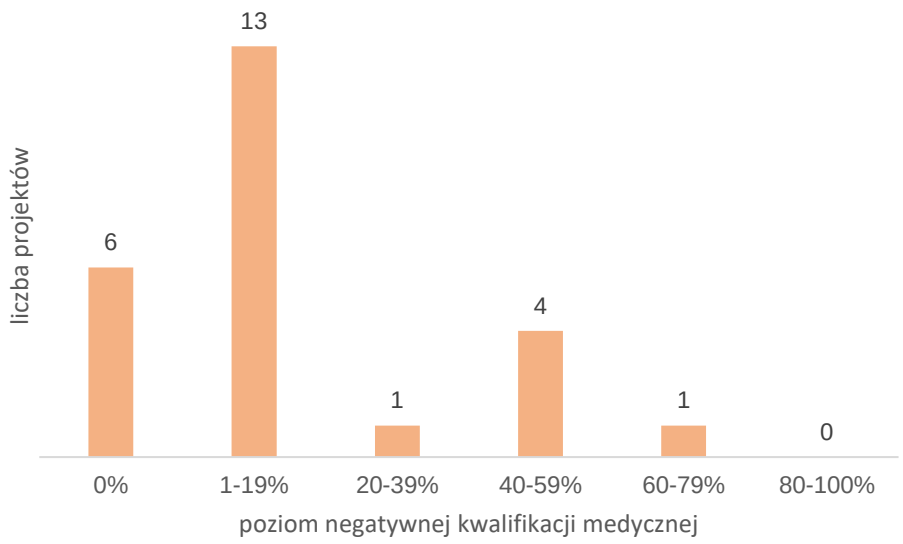


źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ

Wyniki pokazują, że w większości projektów **poziom konwersji zgłoszeń na zakwalifikowanych uczestników był bardzo wysoki**, co świadczy o sprawnym funkcjonowaniu procesu rekrutacyjnego i wysokiej zgodności zgłoszeń z kryteriami programu. Średni poziom konwersji wyniósł **90%** (88% w całym województwie), a mediana **98%** (96% w całym województwie), co oznacza, że w połowie projektów co najmniej 98% osób aplikujących przeszło pozytywnie kwalifikację formalną i zostało skierowanych do dalszej oceny medycznej. W aż 12 z 25 projektów objętych analizą odnotowano pełną konwersję (100%), a najniższy poziom konwersji wyniósł 39% (wśród ogółu projektów było to 16%).

Odnotowano **899 przypadków niespełnienia kryteriów medycznych (miernik 3)**, co wskazuje na pewien poziom trafności wstępnej selekcji. Dla 25 projektów, w których dostępne były dane zarówno dla miernika 2, jak i miernika 3, określono **poziom negatywnej kwalifikacji medycznej**. Uzyskane wyniki prezentuje wykres 38.

Wykres 38 Poziom negatywnej kwalifikacji medycznej w regionie Warszawskim Stołecznym (n=25 projektów)



źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ

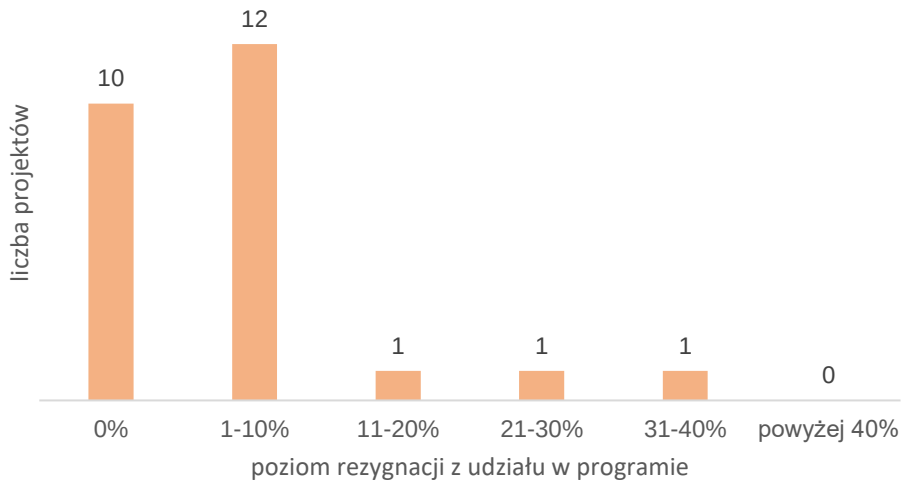
Interpretacja tego wskaźnika pozwala ocenić trafność wstępnej selekcji rekrutacyjnej: niższy poziom odrzuceń medycznych może świadczyć o lepszym dopasowaniu działań informacyjnych i naboru do celów interwencji, natomiast wyższy – o rozbieżnościach między oczekiwaniami a rzeczywistym stanem zdrowia uczestników. Średni poziom wskaźnika negatywnej kwalifikacji medycznej wyniósł **16%** (14,5% w całym województwie), a mediana **7%** (6% w całym województwie), co oznacza, że w co drugim analizowanym projekcie mniej niż 7% osób zakwalifikowanych formalnie zostało wykluczonych z udziału w programie ze względu na niespełnienie kryteriów zdrowotnych.

Kluczowym etapem interwencji był faktyczny **udział w programie (miernik 4)**. **Liczba uczestników programu wyniosła w regionie Warszawskim Stołecznym łącznie 7 126 (dane ze 100% projektów), co stanowi 36% wszystkich uczestników programu (19 665 dzieci w całym województwie).** Wśród uczestników 2 875 osób uczestniczyło w module otyłości (dane z 86% projektów), a 3 697 w module chorób kręgosłupa (dane z 93% projektów)[10].

[10] Dane o ogólnej liczbie uczestników są dostępne dla wszystkich projektów, natomiast w przypadku 3 z 8 projektów, w których realizowano oba moduły, nie są dostępne dane o liczbie uczestników w podziale na moduły, stąd dostępność danych dla miernika 4.1. i 4.2. nie jest pełna.

Dane dotyczące **rezygnacji z udziału w programie (miernik 5)** były dostępne dla 25 projektów i wskazują, że **276 osób zrezygnowało z dalszego uczestnictwa** (co stanowi 38% wszystkich rezygnacji w województwie, których było 722). Wartość ta, choć stosunkowo niewielka, wymaga ostrożnej interpretacji, ze względu na niepełną sprawozdawczość oraz brak kompletnych informacji o powodach rezygnacji. Dla 25 projektów, w których dostępne były dane zarówno dla miernika 4 (liczba uczestników programu), jak i miernika 5 (liczba rezygnacji), obliczono **wskaźnik rezygnacji z udziału w programie**. Uzyskane wyniki prezentuje wykres 39.

Wykres 39 Poziom rezygnacji uczestników projektów z udziału w RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym (n=25 projektów)



źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ

Średni poziom wskaźnika rezygnacji wyniósł 5% (5,3% w całym województwie), **a mediana 1%** (2% w całym województwie), co oznacza, że w co drugim projekcie udział w interwencji przerwało nie więcej niż 1% uczestników.

Dane dotyczące **liczby uczestników, którzy ukończyli program zgodnie ze ścieżką interwencji zaplanowaną w RPZ (miernik 6)**, cechują się istotnym stopniem braków. **Ukończenie programu** potwierdzono w przypadku **3 309 uczestników** (co stanowi **34% wszystkich potwierdzonych przypadków ukończenia programu**, których dla całego województwa jest 9 794). Dane dotyczącego tego miernika są dostępne jedynie dla 17 z 39 projektów, tj. 44%. Również tutaj widać różnicę między modułami – w module otyłości program ukończyło 1 772 dzieci (dane z 4 na 14 projektów, tj. 29% projektów), a w module chorób kręgosłupa – 1 537 (dane z 13 na 27 projektów, tj. 48% projektów). Region Warszawski Stołeczny wyróżnia się na tle ogólnych danych tym, że ukończenie programu w module otyłości odnotowano dla większej liczby uczestników w module otyłości niż w module chorób kręgosłupa.

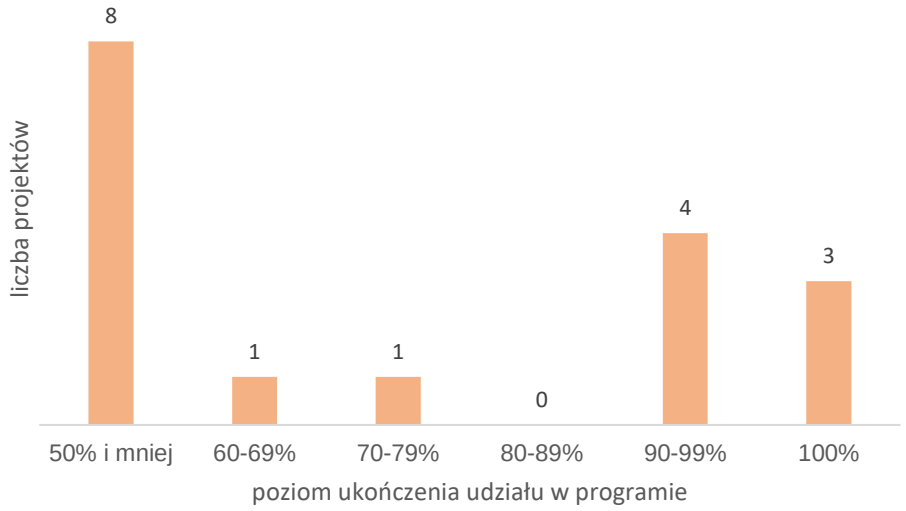
Aby oszacować, jak skutecznie program utrzymywał uczestników w procesie aż do jego zakończenia, a tym samym – w jakim stopniu możliwe było pełne wdrożenie przewidzianych działań terapeutycznych, edukacyjnych i diagnostycznych, obliczono **wskaźnik ukończenia udziału w programie**.

W celu zwiększenia rzetelności analizy, **liczbę projektów, dla których obliczono wskaźnik ukończenia udziału w programie, ograniczono do 17**, kierując się kryterium kompletności danych odnoszących się poziomu osiągnięcia miernika 6. Ograniczenie liczebności próbki pozwoliło zachować rzetelność i spójność porównawczą danych, choć jednocześnie oznacza, że prezentowane wnioski

należy traktować jako reprezentatywne jedynie dla tej części projektów, w których zachowana została pełna sprawozdawczość RPZ. Wartości, jakie przyjmuje wskaźnik ukończenia udziału w programie dla 17 objętych analizą projektów, prezentuje wykres 40.

Uzyskane wartości wskaźnika ukończenia udziału w programie wskazują na **przeciętny poziom utrzymania uczestnictwa do końca interwencji**. Średni poziom wskaźnika wyniósł **59%** (wobec 87,2% w całym województwie), a mediana **67%** (wobec 93,5% w całym województwie), co oznacza, że w połowie projektów co najmniej 67% uczestników, którzy rozpoczęli udział w programie, zrealizowało go w pełnym zakresie – zgodnie ze ścieżką interwencji opisaną w RPZ. W 8 z 17 projektach udział w programie ukończyła mniej, niż połowa osób zakwalifikowanych – w regionie Warszawskim Stołecznym poziom utrzymania uczestnika przez całą ścieżkę wsparcia był niższy, niż przeciętnie w województwie.

Wykres 40 Poziom ukończenia udziału w programie przez uczestników projektów w regionie Warszawskim Stołecznym (n=17 projektów)



źródło: opracowanie własne na podstawie sprawozdań z realizacji RPZ

Skuteczność programu

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym – moduł dotyczący otyłości

Analiza obejmuje **14 projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości w regionie Warszawskim Stołecznym**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 14) oraz wyniki badań ilościowych.

*Tabela 14 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ interwencji **w regionie Warszawskim Stołecznym**, w zakresie dotyczącym otyłości, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=39 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=14 projektów dla modułu dotyczącego otyłości)*

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**3 307**	**72**
7.1. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości	1 201	57

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**8 544**	**64**
12.1. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:	3 592	50
12.1.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	1 803	50
12.1.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	1 789	50
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**2 158**	**67**
14.1. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości	1 024	57
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**3 704**	**51**
15.1. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	2 062	43
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**3 446**	**62**
16.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	1 303	57
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**2 648**	**62**
17.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	1 024	57

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci w regionie Warszawskim Stołecznym

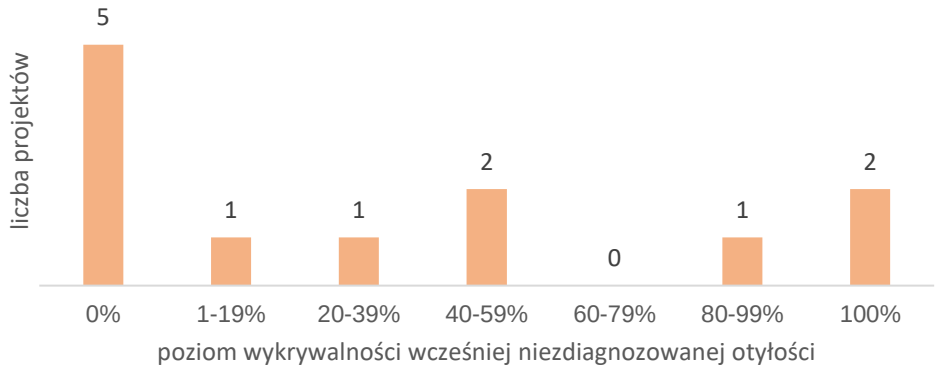
Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika **7.1 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości** wykrytych w ramach RPZ. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w relacji do liczby uczestników, którzy spełnili kryteria włączenia.

Dostępne dane nt. liczby uczestników programu w module dotyczącym otyłości (miernik 4.1.) wskazują, że wyniosła ona **2 875**, natomiast liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości (miernik 7.1.) wyniosła **1 201**. W analizie uwzględniono 12 z 14 projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości w regionie Warszawskim Stołecznym, dla których dostępne były jednocześnie dane dotyczące liczby uczestników (miernik 4.1.) oraz liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości wykrytej w toku programu (miernik 7.1.). Na tej podstawie obliczono **wskaźnik wykrywalności**, rozumiany jako odsetek dzieci, u których zdiagnozowano otyłość w ramach programu, spośród wszystkich uczestników biorących udział w module otyłości. Wskaźnik ten stanowi przybliżoną miarę zdolności RPZ do identyfikowania nieujawnionych wcześniej problemów zdrowotnych w obszarze otyłości i tym samym – jego skuteczności w realizacji funkcji przesiewowej i diagnostycznej.

Wartości, jakie przyjmuje wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości dla 12 objętych analizą projektów, prezentuje wykres 41.

Wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości przyjął dla analizowanych 19 projektów zróżnicowane wartości – od 0% do 100%. **Średnia wartość wskaźnika wyniosła 36%** (64,2% w całym województwie), **a mediana 22%** (83,7% w całym województwie), co oznacza, że w połowie projektów rozpoznanie niezdiagnozowanej wcześniej otyłości dotyczyło co najmniej 22% uczestników. Jednocześnie w regionie Warszawskim Stołecznym wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości jest wyraźnie niższy, niż dla całego województwa, co może oznaczać, że w regionie tym uczestnicy częściej przystępowali do programu ze zdiagnozowaną już chorobą.

Wykres 41 Poziom wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości wśród uczestników projektów w regionie Warszawskim Stołecznym (n=12 projektów)



W badaniu CAWI w przypadku 7 spośród 29 projektów realizowanych w regionie Warszawskim Stołecznym beneficjenci wskazali „lepszą diagnostykę i wykrywanie wad postawy oraz otyłości" jako jeden z głównych efektów realizacji programu.

W świetle powyższego, można uznać, że cel szczegółowy RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego, w regionie Warszawskim Stołecznym został osiągnięty na przeciętnym poziomie.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem w regionie Warszawskim Stołecznym

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych (miernik 12.1),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.1),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.1),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.1).

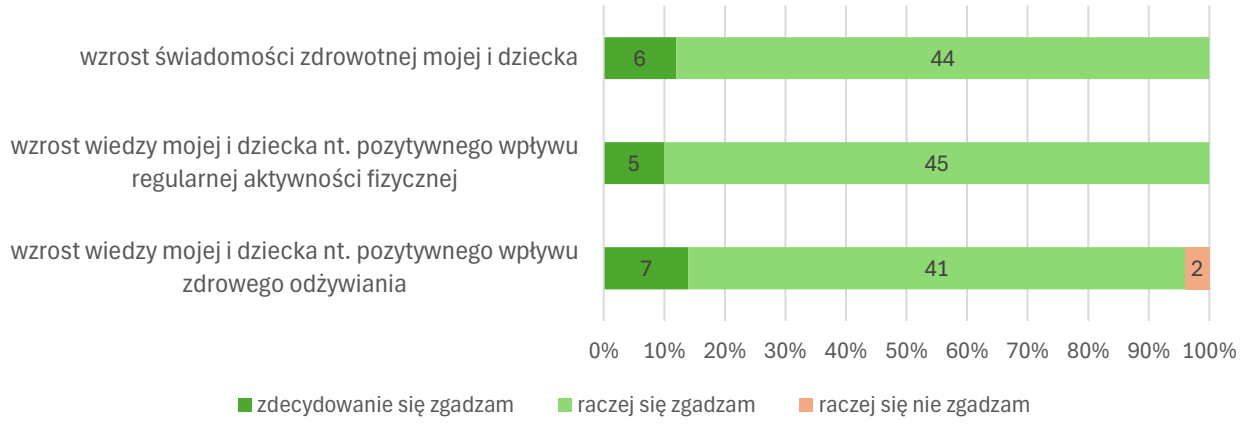
W module otyłości odnotowano realizację 3 592 badań ankietowych – 1 803 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.1.1) oraz 1 789 po ich zakończeniu (miernik 12.1.2).

Wskaźnik skuteczności edukacyjnej, rozumiany jako odsetek osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, u których odnotowano wzrost wiedzy w module dotyczącym otyłości, w przypadku regionu Warszawskiego Stołecznego można obliczyć **jedynie dla 6 z 14 projektów** (tylko dla tylu

projektów dostępne są dane dot. liczby uczestników działań edukacyjnych oraz liczby osób, u których odnotowano wzrost wiedzy, tj. dane dot. mierników od 15 do 17). Wskaźnik skuteczności edukacyjnej przyjmował w przypadku tych projektów wartości **od 5% do 100%,** co świadczy o dużym zróżnicowaniu ich skuteczności w zakresie zwiększania poziomu wiedzy uczestników i ich rodziców/opiekunów. Powyższe dane wymagają jednak ostrożnej interpretacji z uwagi na wspomnianą wcześniej niespójność raportowania oraz trudność w ustaleniu jednolitych podstaw metodologicznych pomiaru wiedzy.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości w regionie Warszawskim Stołecznym, zebranych w badaniu CATI (50 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 42).

Wykres 42 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym otyłości w regionie Warszawskim Stołecznym (n=50 osób)



Niemal wszyscy z 50 respondentów zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci:

- **50 osób** zadeklarowało wzrost ogólnej świadomości zdrowotnej,
- **50 osób** potwierdziły wzrost wiedzy w zakresie regularnej aktywności fizycznej,
- **48 osób** zgodziło się ze stwierdzeniem, że wzrosła ich wiedza na temat wpływu zdrowego odżywiania.

Natomiast podstawie wyników badania CAWI wśród **realizatorów projektów** w regionie Warszawskim Stołecznym można stwierdzić, że w przypadku znacznej **większości z projektów (20 z 29) dostrzegalne były efekty programu w postaci zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych można stwierdzić, że cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym otyłości w regionie Warszawskim Stołecznym został **zrealizowany częściowo**, jednak skala i trwałość tego efektu pozostają trudne do jednoznacznego potwierdzenia wobec niskiej dostępności zweryfikowanych danych.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej w regionie Warszawskim Stołecznym

Wskaźnikiem, który odzwierciedla stopień osiągnięcia tego celu, jest **miernik 14.1 – liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3%**. Aby możliwa była interpretacja wartości tego miernika w kontekście skuteczności

interwencji, należy go odnieść do liczby dzieci, które zakończyły udział w programie, czyli **miernika 6.1** – liczby uczestników, którzy zrealizowali pełną ścieżkę programu w module dotyczącym otyłości. Tylko w odniesieniu do tej grupy możliwe jest bowiem wiarygodne stwierdzenie efektu zdrowotnego w postaci redukcji masy ciała.

Dane umożliwiające takie zestawienie i tym samym obliczenie **wskaźnika skuteczności zdrowotnej** dostępne były w przypadku regionu Warszawskiego Stołecznego jedynie dla 4 z 14 projektów realizujących moduł dotyczący otyłości. W grupie tej łączna liczba dzieci, które ukończyły program (miernik 6.1.) wyniosła 1 772, w tym u 479 (**27%**) dzieci odnotowano spadek masy ciała o co najmniej 3% (miernik 14.1.). Średnia wartość tego wskaźnika dla całego województwa była wyższa i wyniosła **55,2%**.

Jednocześnie w badaniu CAWI w przypadku **9 z 29 projektów** (tj. niemal jedna trzecia) realizowanych w regionie Warszawskim Stołecznym beneficjenci wskazali, że **zmniejszenie masy ciała u dzieci z nadwagą** było jednym z najbardziej zauważalnych efektów interwencji. Natomiast wśród 50 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości, wszyscy zgodzili się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka (4 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam", 46 odpowiedzi „raczej się zgadzam).

Podsumowując, **cel szczegółowy RPZ, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości**, w regionie Warszawskim Stołecznym został zrealizowany w sposób dostrzegalny dla beneficjentów i rodziców/opiekunów uczestników, co nie znajduje pełnego odzwierciedlenia w pomiarze mierników efektywności. Należy tutaj jednak uwzględnić niską dostępność danych dotyczących mierników w tym zakresie i przyjąć, że łącznie zgromadzone dane dostarczają przesłanek potwierdzających przynajmniej **częściową skuteczność programu w zakresie poprawy stanu zdrowia** uczestników poprzez redukcję masy ciała.

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym – moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Analiza obejmuje **27 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w regionie Warszawskim Stołecznym**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 15) oraz wyniki badań ilościowych.

Tabela 15 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w zakresie dotyczącym chorób kręgosłupa w regionie Warszawskim Stołecznym, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=39 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=27 projektów dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**3 307**	**72**
7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa	1 836	70
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**8 544**	**64**
12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	5 066	67
12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	2 606	67

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	2 460	67
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**2 158**	**67**
14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 559	69
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**3 704**	**51**
15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	1 642	52
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**3 446**	**62**
16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 713	56
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**2 648**	**62**
17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	1 624	56

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

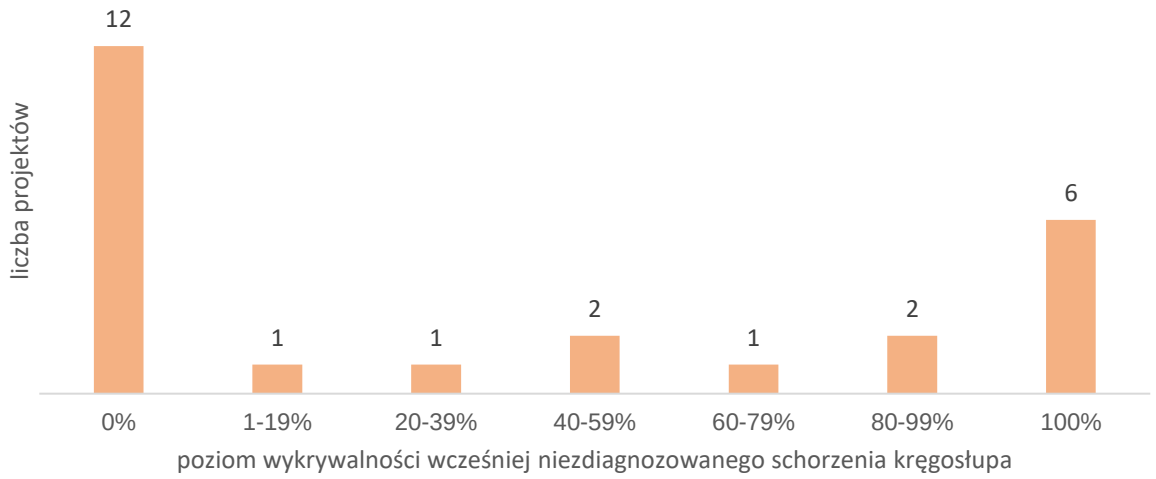
Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci w regionie Warszawskim Stołecznym

Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika **7.2 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa** wykrytych w ramach RPZ. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w odniesieniu do liczby uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa.

Dostępne dane nt. liczby uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa (miernik 4.2.) wskazują, że wyniosła ona **3 697**, natomiast liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa (miernik 7.2.) wyniosła **1 836**. W analizie uwzględniono 25 z 27 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w regionie Warszawskim Stołecznym, dla których dostępne były jednocześnie dane dotyczące liczby uczestników (miernik 4.2.) oraz liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanych problemów z zakresu postawy ciała wykrytych w toku programu (miernik 7.2.). Na tej podstawie obliczono **wskaźnik wykrywalności**, rozumiany jako odsetek dzieci, u których zdiagnozowano schorzenia kręgosłupa w ramach RPZ, spośród wszystkich uczestników danego projektu. Wskaźnik ten stanowi przybliżoną miarę zdolności programu do identyfikowania wcześniej nierozpoznanych problemów zdrowotnych w obszarze postawy ciała i tym samym – jego skuteczności w realizacji funkcji przesiewowej i diagnostycznej w środowisku szkolnym i lokalnym.

Wartości, jakie przyjmuje wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanego schorzenia kręgosłupa dla 25 objętych analizą projektów, prezentuje wykres 43.

Wykres 43 Poziom wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanego schorzenia kręgosłupa wśród uczestników projektów w regionie Warszawskim Stołecznym (n=25 projektów)



Wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanych chorób kręgosłupa przyjął dla analizowanych 25 projektów zróżnicowane wartości – od 0% do 100%. Średnia wartość wskaźnika wyniosła **41%** (65,7% w całym województwie), a mediana **19% (84,5% w całym województwie)**, co oznacza, że w połowie projektów rozpoznanie wcześniej nierozpoznanych problemów z zakresu postawy ciała dotyczyło co najmniej 19% uczestników. Jednocześnie w regionie Warszawskim Stołecznym wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa jest wyraźnie niższy, niż dla całego województwa, co może oznaczać, że w regionie tym uczestnicy częściej przystępowali do programu ze zdiagnozowaną już chorobą.

Jak wskazano wyżej, **opinie realizatorów** projektów w ramach RPZ, prowadzonych w regionie Warszawskim Stołecznym wskazują, że w przypadku jednej czwartej projektów (7 spośród 29 projektów badanych techniką CAWI) respondenci dostrzegli bezpośredni wpływ programu na poprawę identyfikacji niezdiagnozowanych wcześniej problemów zdrowotnych, w tym w zakresie schorzeń kręgosłupa.

W świetle powyższego, można uznać, że cel szczegółowy RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego, w regionie Warszawskim Stołecznym został osiągnięty na przeciętnym poziomie.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem w regionie Warszawskim Stołecznym

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

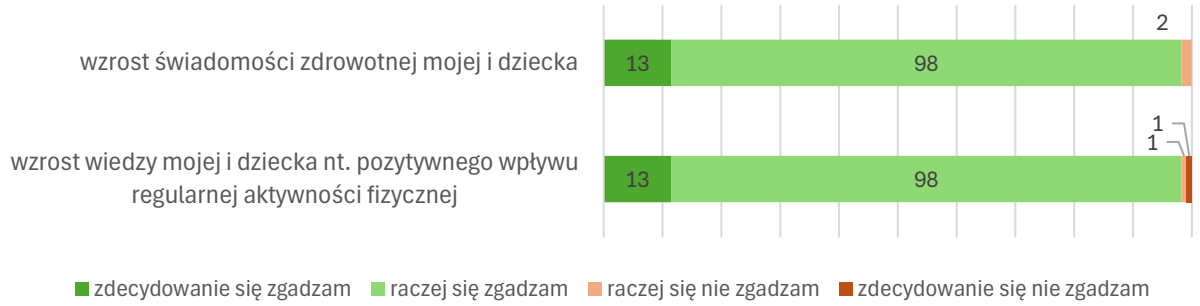
- liczby wykonanych badań ankietowych przed i po interwencji (miernik 12.2),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.2),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.2),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.2).

W module dotyczącym chorób kręgosłupa odnotowano realizację 5 066 badań ankietowych – 2 606 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.2.1) oraz 2 460 po ich zakończeniu (miernik 12.2.2).

Wskaźnik skuteczności edukacyjnej, rozumiany jako odsetek osób uczestniczących w działaniach edukacyjnych, u których odnotowano wzrost wiedzy w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w przypadku regionu Warszawskiego Stołecznego można obliczyć jedynie **dla 14 z 27 projektów** (tylko dla tylu projektów dostępne są dane dot. liczby uczestników działań edukacyjnych oraz liczby osób, u których odnotowano wzrost wiedzy, tj. dane dot. mierników od 15 do 17). Wskaźnik skuteczności edukacyjnej przyjmował w przypadku tych projektów wartości **od 23% do 90%,** co świadczy o dużym zróżnicowaniu ich skuteczności w zakresie zwiększania poziomu wiedzy uczestników i ich rodziców/opiekunów. Powyższe dane wymagają jednak ostrożnej interpretacji z uwagi na wspomnianą wcześniej niespójność raportowania oraz trudność w ustaleniu jednolitych podstaw metodologicznych pomiaru wiedzy.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa w regionie Warszawskim Stołecznym, zebranych w badaniu CATI (113 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 44).

Wykres 44 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa w regionie Warszawskim Stołecznym (n=113 osób)



Niemal wszyscy ze 113 respondentów zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci:

- **111 osób** zadeklarowało wzrost ogólnej świadomości zdrowotnej,
- **111 osób** potwierdziły wzrost wiedzy w zakresie regularnej aktywności fizycznej.

Natomiast podstawie wyników badania CAWI wśród **realizatorów projektów** w regionie Warszawskim Stołecznym można stwierdzić, że w przypadku znacznej **większości z projektów (20 z 29) dostrzegalne były efekty programu w postaci zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych można stwierdzić, że cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa w regionie Warszawskim Stołecznym został **zrealizowany częściowo**, jednak skala i trwałość tego efektu pozostają trudne do jednoznacznego potwierdzenia wobec niskiej dostępności zweryfikowanych danych.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w grupie docelowej w regionie Warszawskim Stołecznym

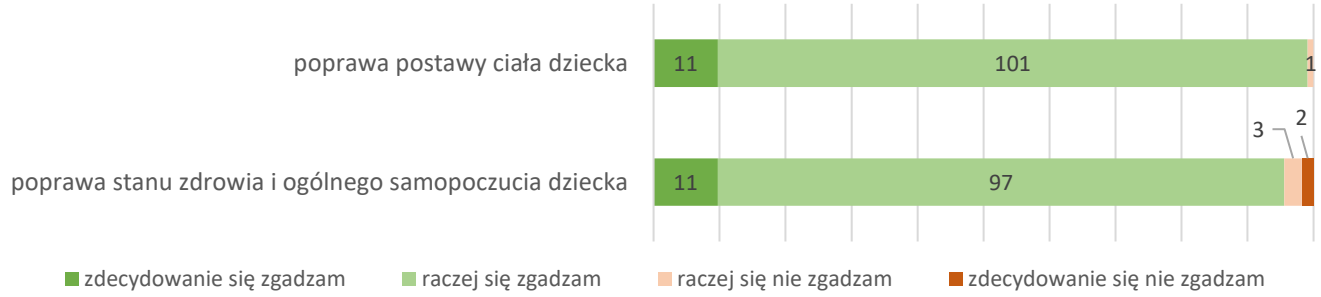
Stopień realizacji tego celu określany jest na podstawie **miernika 14.2 – liczby uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa**, ocenianą najczęściej przez lekarza lub fizjoterapeutę na podstawie stanu funkcjonalnego, postawy ciała lub zmniejszenia objawów dolegliwości.

Aby właściwie interpretować wartość tego miernika, należy odnieść go do liczby uczestników, którzy zrealizowali pełną ścieżkę interwencji w module dotyczącym schorzeń kręgosłupa, czyli do **miernika 6.2**. Tylko w tej populacji możliwe jest bowiem wiarygodne stwierdzenie efektu zdrowotnego – a więc zróżnicowanie wyników osób, które rzeczywiście skorzystały z pełnego zakresu wsparcia, od tych, które udziału nie zakończyły.

Dane umożliwiające takie zestawienie i tym samym obliczenie **wskaźnika skuteczności zdrowotnej** dostępne były w przypadku regionu Warszawskiego Stołecznego jedynie dla 13 z 27 projektów realizujących moduł dotyczący chorób kręgosłupa. W analizowanej grupie projektów łączna liczba dzieci, które ukończyły program (miernik 6.2.) wyniosła 1 537, w tym u 1 378 (**89,6%)** dzieci odnotowano poprawę stanu zdrowia (miernik 14.2.). Średnia wartość tego wskaźnika dla całego województwa była wyższa i wyniosła **80,3%**.

Wyniki badania CATI przeprowadzonego wśród rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym schorzeń kręgosłupa potwierdzają skuteczność zdrowotną programu (wykres 45). Aż 108 ze 113 respondentów zgodziło się ze stwierdzeniem, że udział w programie przyczynił się do poprawy stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka, a **112 osób zadeklarowało, że dzięki udziałowi w RPZ poprawiła się postawa ciała dziecka**.

Wykres 45 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty zdrowotne udziału w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa w regionie Warszawskim Stołecznym (n=113 osób)



Tak wysoki poziom pozytywnych ocen wskazuje, że z perspektywy rodziców/opiekunów program był skuteczny w wymiarze zdrowotnym – zwłaszcza w zakresie wpływu na postawę ciała. Spójne z tym wnioskiem są także opinie **realizatorów projektów**, zebrane w ramach badania **CAWI** – w przypadku 13 z 29 projektów respondenci podkreślili widoczność efektów programu polegających na poprawie postawy ciała i zmniejszeniu dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci.

Na podstawie zgromadzonych danych można stwierdzić, że **cel szczegółowy RPZ dotyczący poprawy stanu zdrowia w module chorób kręgosłupa został** w regionie Warszawskim Stołecznym **w dużym stopniu osiągnięty**. Wysokie wartości wskaźnika 14.2 w większości projektów, spójne deklaracje uczestników badania CATI wskazują na realny wpływ programu na poprawę funkcjonowania dzieci – zwłaszcza w zakresie postawy i ogólnego samopoczucia. Jednocześnie wyniki te należy interpretować z ostrożnością, ze względu na zróżnicowanie danych i możliwe niespójności w sposobie ich raportowania.

Stopień osiągnięcia celu głównego RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym

Cel szczegółowy: Zwiększenie wykrywalności schorzeń u dzieci

- Moduł dotyczący otyłości: wskaźnik wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości wyniósł średnio 36%, przy medianie 22%. Są to wartości znacznie niższe niż w skali całego województwa (odpowiednio 64,2% i 83,7%), co może sugerować, że wielu uczestników przystępowało do programu już z rozpoznaniem otyłości.
- Moduł dotyczący chorób kręgosłupa: średni wskaźnik wykrywalności niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa wyniósł 41%, a mediana 19%, również istotnie niżej niż w całym województwie (65,7% i 84,5%).

Cel szczegółowy: Zwiększenie poziomu wiedzy i świadomości zdrowotnej

- Moduł dotyczący otyłości: skuteczność edukacyjna była bardzo zróżnicowana (5–100%, dostępność danych dla 6 z 14 projektów). Rodzice uczestników (badanie CATI) deklarowali niemal jednogłośnie wzrost wiedzy własnej i dzieci. Efekty edukacyjne potwierdziło także 20 z 29 realizatorów (CAWI).
- Moduł dotyczący chorób kręgosłupa: skuteczność edukacyjna w projektach z dostępem do danych (14 z 27) wyniosła od 23% do 90%. Respondenci w CATI (113 osób) niemal jednogłośnie deklarowali wzrost wiedzy i świadomości. Efekty edukacyjne dostrzegalne były w 20 z 29 projektów (CAWI).

Cel szczegółowy 3: Zmniejszenie odsetka dzieci z problemem zdrowotnym

- Moduł dotyczący otyłości: wskaźnik spadku masy ciała ≥3% wyniósł 27% (4 projekty, n=1 772), przy średniej dla województwa na poziomie 55,2%. W deklaracjach rodziców poprawa była jednak jednoznacznie odczuwalna (100% wskazań), a 9 z 29 realizatorów (CAWI) wskazało ten efekt jako zauważalny.
- Moduł dotyczący chorób kręgosłupa: wskaźnik poprawy zdrowotnej wyniósł 89,6% (13 projektów, n=1 537), przy średniej wojewódzkiej 80,3%. Potwierdzenie skuteczności przez rodziców (CATI: 112/113 osób) oraz 13 z 29 realizatorów (CAWI).

Efekty diagnostyczne:

Program przyczynił się do identyfikacji nowych przypadków zarówno otyłości, jak i schorzeń kręgosłupa, jednak w regionie Warszawskim Stołecznym skuteczność diagnostyczna była istotnie niższa niż w skali województwa. Wskazuje to na możliwe wcześniejsze rozpoznanie problemów zdrowotnych u dzieci z tego regionu lub większy odsetek dzieci zgłaszających się do programu z już postawioną diagnozą.

Efekty zdrowotne:

Efektywność interwencji zdrowotnej była wyższa w przypadku modułu chorób kręgosłupa – zarówno w danych pomiarowych, jak i w subiektywnych ocenach rodziców. W module otyłości efekty były postrzegane pozytywnie, ale mierniki efektywności wskazują na umiarkowany wpływ programu w zakresie redukcji masy ciała.

Efekty edukacyjne:

W obu modułach odnotowano silne pozytywne efekty edukacyjne w deklaracjach uczestników i realizatorów. Jednak ograniczona dostępność danych wskaźnikowych oraz brak jednolitych narzędzi pomiarowych utrudniają pełną ocenę skali i trwałości tych efektów.

Realizacja Regionalnego Programu Zdrowotnego w regionie Warszawskim Stołecznym przyniosła zauważalne efekty w trzech wymiarach: diagnostycznym, edukacyjnym i zdrowotnym, przy czym moduł

dotyczący chorób kręgosłupa cechował się wyższym poziomem skuteczności zdrowotnej oraz większą dostępnością danych pomiarowych. Moduł otyłości wykazał pozytywne efekty edukacyjne i subiektywnie odczuwane korzyści zdrowotne, lecz słabsze wyniki w obiektywnych wskaźnikach. **W świetle dostępnych danych cel główny RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym można uznać za zrealizowany w stopniu umiarkowanym, z istotnym zróżnicowaniem skuteczności pomiędzy modułami.**

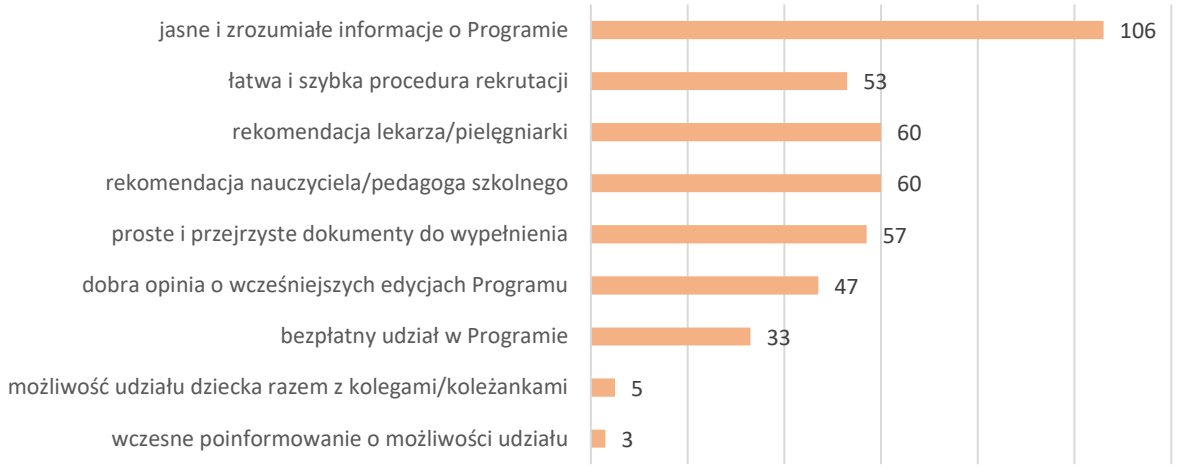
Dostępność świadczeń

Zgłaszalność do programu

W kontekście zróżnicowanej terytorialnie dostępności projektów w ramach RPZ, szczególnego znaczenia nabiera **identyfikacja czynników, które mogły sprzyjać decyzji rodziców lub opiekunów o zgłoszeniu dziecka do programu** – zarówno na poziomie lokalnym, jak i indywidualnym. Wnioski w tym zakresie, dotyczące regionu Warszawskiego Stołecznego, zostały sformułowane na podstawie wyników badań ilościowych wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ, tj. wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo (CATI).

Dane nt. czynników sprzyjających zgłoszeniu dziecka do programu przedstawione są na wykresie 46.

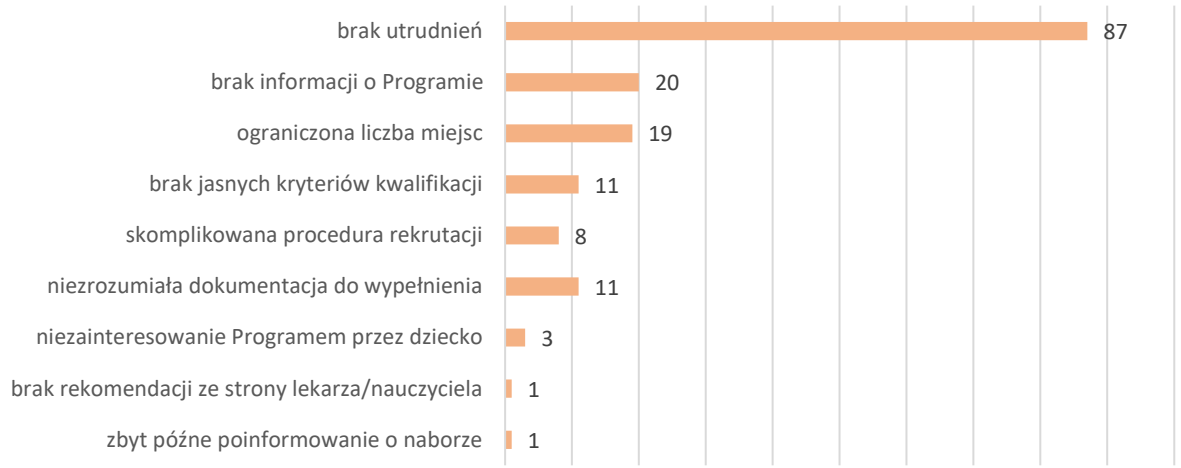
Wykres 46 Czynniki sprzyjające zgłoszeniu dziecka do programu – region Warszawski Stołeczny (CATI, N=163)



Wynika z nich, że z perspektywy rodziców i opiekunów dzieci z regionu Warszawskiego Stołecznego kluczowym czynnikiem sprzyjającym zgłoszeniu – tak, jak dla ogółu badanych – była **czytelność i przystępność informacji** o samym programie – aż 106 respondentów wskazało na jasne i zrozumiałe komunikaty jako element ułatwiający decyzję o udziale. Dla respondentów z tego regionu nieco mniej istotna, niż dla ogółu badanych, była łatwa i szybka procedura rekrutacji, istotniejsze okazywały się **rekomendacje wystawione przez osoby z otoczenia dziecka** – lekarzy i pielęgniarki szkolne (60 odpowiedzi) oraz nauczycieli lub pedagogów (60 odpowiedzi). Znaczenie miała także **prostota dokumentacji zgłoszeniowej** (57 odpowiedzi).

Niektórzy respondenci badania CATI wskazali także na **czynniki, które w ich opinii mogły utrudniać udział w programie** – dane prezentuje wykres 47.

Wykres 47 Czynniki utrudniające zgłoszenie dziecka do programu (CATI, N=163)



Ponad połowa respondentów (87 osób) zadeklarowała, że **nie napotkała żadnych barier**, co potwierdza ogólną skuteczność przyjętego modelu rekrutacyjnego. Najczęściej wskazywaną przeszkodą, podobnie, jak w przypadku ogółu badanych, był **brak informacji o programie** (20 odpowiedzi). Kolejne bariery miały charakter organizacyjno-formalny: **ograniczona liczba miejsc w programie** (19 wskazania), **niejasne kryteria kwalifikacji** (11) oraz **niezrozumiała dokumentacja do wypełnienia** (11), na co badani w regionie Warszawskim Stołecznym wskazywali nieco częściej, niż ogół.

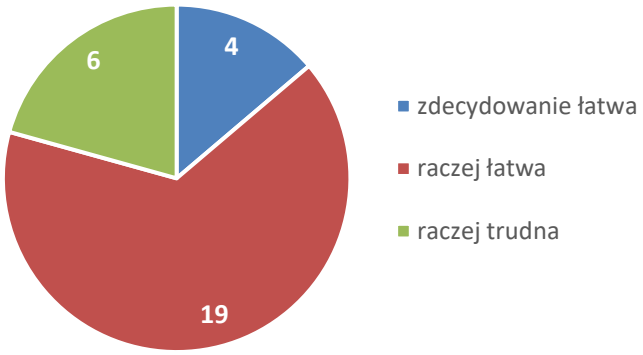
Podsumowując, raportowane utrudnienia nie miały charakteru systemowego i dotyczyły mniejszości uczestników.

Ocena trafności założeń rekrutacyjnych została również poddana weryfikacji w badaniu ankietowym CAWI, obejmującym 29 projektów realizowanych w regionie Warszawskim Stołecznym. Beneficjenci zostali zapytani o ogólne doświadczenia związane z procesem rekrutacji uczestników. Ich opinie przedstawia wykres 48.

Jak pokazują wyniki, większość z nich oceniła ten etap jako relatywnie nieskomplikowany: w przypadku **13 z 29 projektów uznano rekrutację za „raczej łatwą”**, a w **kolejnych 4– za „zdecydowanie łatwą”**. Jedynie dla **6 projektów wskazano odpowiedź „raczej trudna”**, a dla żadnego nie wybrano opcji „zdecydowanie trudna”. Niemniej jednak badani beneficjenci wskazywali pewne **trudności**, które w ich ocenie mogły ograniczać zgłaszalność, w tym najczęściej:

- ograniczoną liczbę miejsc w programie (19 wskazań),
- brak czasu/opory ze strony rodziców/opiekunów (9 wskazań),
- konieczność spełnienia określonych kryteriów kwalifikacyjnych (7 wskazań),
- obawy przed stygmatyzacją związane z udziałem w programie (6 wskazań).

Wykres 48 Ocena trudności rekrutacji uczestników do projektu w regionie Warszawskim Stołecznym (CAWI, N=29 projektów)



Perspektywa realizatorów projektów, pozyskana w ramach badania CAWI obejmuje także czynniki, które w ich opinii **sprzyjały zgłaszaniu dzieci do udziału w programie**. Z punktu widzenia realizatorów były to przede wszystkim:

- możliwość skorzystania z bezpłatnej diagnostyki i konsultacji specjalistycznych (16 wskazań),
- dostępność projektu w pobliskiej placówce (15 wskazań),
- informacja przekazana przez szkołę (nauczyciela, dyrektora, pielęgniarkę szkolną, 14 wskazań),
- zachęta ze strony innych rodziców/opiekunów dzieci (14 wskazań),
- chęć poprawy zdrowia dziecka w zakresie profilaktyki otyłości lub chorób kręgosłupa (13 wskazań),
- atrakcyjność oferowanych zajęć (13 wskazań).

Podsumowując, w regionie Warszawskim Stołecznym zgłaszalność do programu należy ocenić jako zadowalającą, a zastosowany model rekrutacyjny – oparty na jasnej komunikacji i zaangażowaniu instytucji edukacyjnych oraz personelu medycznego – okazał się skuteczny.

Dostępność edukacyjnych form wsparcia

Skalę działań informacyjno-edukacyjnych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 16). Należy podkreślić, że dane dotyczące miernika 11 obarczone są znaczną niejednorodnością.

Tabela 16 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań edukacyjnych w regionie Warszawskim Stołecznym, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=39 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=14 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=27 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:	**575**	**64**
11.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, w tym:	385	50
11.1.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości	372	50
11.1.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości	191	50

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	184	67
11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	165	67
11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	127	67

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

W ramach **modułu dotyczącego otyłości**, zgodnie ze sprawozdaniami z realizacji RPZ, zarejestrowano łącznie 372 działania edukacyjne skierowane do uczestników programu (miernik 11.1.1) oraz 191 działań skierowanych do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.1.2), łącznie: **385** interwencji edukacyjnych (miernik 11.1). W ramach modułu dotyczącego chorób kręgosłupa zarejestrowano łącznie 165 działań edukacyjnych skierowanych do uczestników programu (miernik 11.2.1) oraz 127 działań skierowanych do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.2.2), łącznie **184** interwencje edukacyjne (miernik 11.2).

Dostępność terapeutycznych form wsparcia

Skalę działań terapeutycznych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 17). Także wobec nich należy zachować ostrożność metodologiczną i w zakresie interpretacji wyników.

Tabela 17 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań terapeutycznych w regionie Warszawskim Stołecznym, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=29 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=14 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=27 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:	**73 631**	**67**
8.1. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:	7 256	57
8.1.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	6 871	50
8.1.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	242	50
8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w tym:	66 375	70
8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	61 973	67
8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	4 301	67
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:	**10 589**	**59**
9.1. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:	4 917	50
9.1.1. liczba badań początkowych	1 137	50
9.1.2. liczba badań w środku interwencji	973	50
9.1.3. liczba badań końcowych	936	50
9.1.4. liczba innych badań	1 871	50
9.2. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa programu, w tym:	5 672	59
9.2.1. liczba badań początkowych	2 295	59
9.2.2. liczba badań w środku interwencji	1 373	59

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
9.2.3. liczba badań końcowych	1 291	59
9.2.4. liczba innych badań	713	59
10. Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych (tylko moduł dot. otyłości)	**2 833**	**43**
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:	**147**	**64**
13.1. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości	7	50
13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa	140	62

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

W **module dotyczącym otyłości dane dot. liczby wykonanych badań lekarskich** (miernik 9.1.) wskazują, że było ich łącznie **4 917** – przy czym dane te obejmują tylko 7 z 14 projektów. W tej liczbie znalazły się zarówno badania początkowe (1 137), przeprowadzane w ramach kwalifikacji, jak i badania w środku interwencji (973) oraz końcowe (936), służące ocenie efektów zdrowotnych. Istotny udział w ogólnej liczbie miały również inne badania (1 871), które najczęściej obejmowały kwalifikacje medyczne czy dodatkową ocenę stanu zdrowia.

Dane dot. **liczby wykonanych badań lekarskich w module dotyczącym chorób kręgosłupa** są dostępne na wyższym poziomie, niż w przypadku modułu dotyczącego otyłości (tj. dla 16 z 27 projektów). W module tym łącznie przeprowadzono 5 672 badań. W tej liczbie ujęto badania początkowe (2 295), badania śródinterwencyjne (1 373) i końcowe (1 291). Znaczącą część ogólnej liczby stanowiły również inne badania (713).

Dane dotyczące **liczby skierowań na pogłębioną diagnostykę medyczną** stanowią ważne uzupełnienie analizy dostępności działań terapeutycznych w obu modułach RPZ. W module dotyczącym otyłości odnotowano 7 takich przypadków (miernik 13.1), co stanowi około 0,24% spośród 2 875 uczestników, natomiast w module dotyczącym chorób kręgosłupa – 140 przypadków (miernik 13.2), czyli ok. 3,79% z 3 697 uczestników. Jednocześnie, zgodnie z wynikami badania CAWI, większość realizatorów projektów nie zaobserwowała istotnego wpływu RPZ na zwiększenie dostępności do specjalistycznych badań i konsultacji. Tym samym komponent diagnostyczny RPZ należy postrzegać przede wszystkim jako narzędzie bieżącego monitorowania postępów uczestników i wspierania decyzji terapeutycznych w ramach interwencji, a nie jako element trwale zwiększający dostęp do systemowych rozwiązań specjalistycznych.

W przypadku modułu dotyczącego otyłości specyficznym elementem oddziaływań terapeutycznych były **indywidualne porady dietetyczne**, których skalę powinien odzwierciedlać miernik 10. Analiza miernika 10 napotyka jednak istotne ograniczenia związane z dostępnością i kompletnością danych. Spośród 14 projektów realizowanych w tym module, jedynie dla 6 dostępne są jakiekolwiek informacje dotyczące tego wskaźnika. Co więcej, nawet w tych przypadkach dane często nie obejmują pełnego okresu realizacji projektu, ponieważ sprawozdania przekazane do analizy dotyczą tylko wybranych lat wdrażania RPZ. Może to oznaczać, że w części projektów porady dietetyczne nie zostały jeszcze przeprowadzone w momencie sprawozdawania. W analizowanej grupie 6 projektów odnotowano łącznie **2 833 indywidualnych porad dietetycznych.**

Ocena rzeczywistej dostępności poszczególnych form interwencji terapeutycznej jest możliwa na podstawie wyników badania CATI wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w programie.

Respondentów (163 osoby w regionie Warszawskim Stołecznym) pytano o udział dzieci w pełnym lub częściowym cyklu świadczeń przewidzianych w programie – zarówno w zakresie aktywności fizycznej, jak i indywidualnych porad dietetycznych.

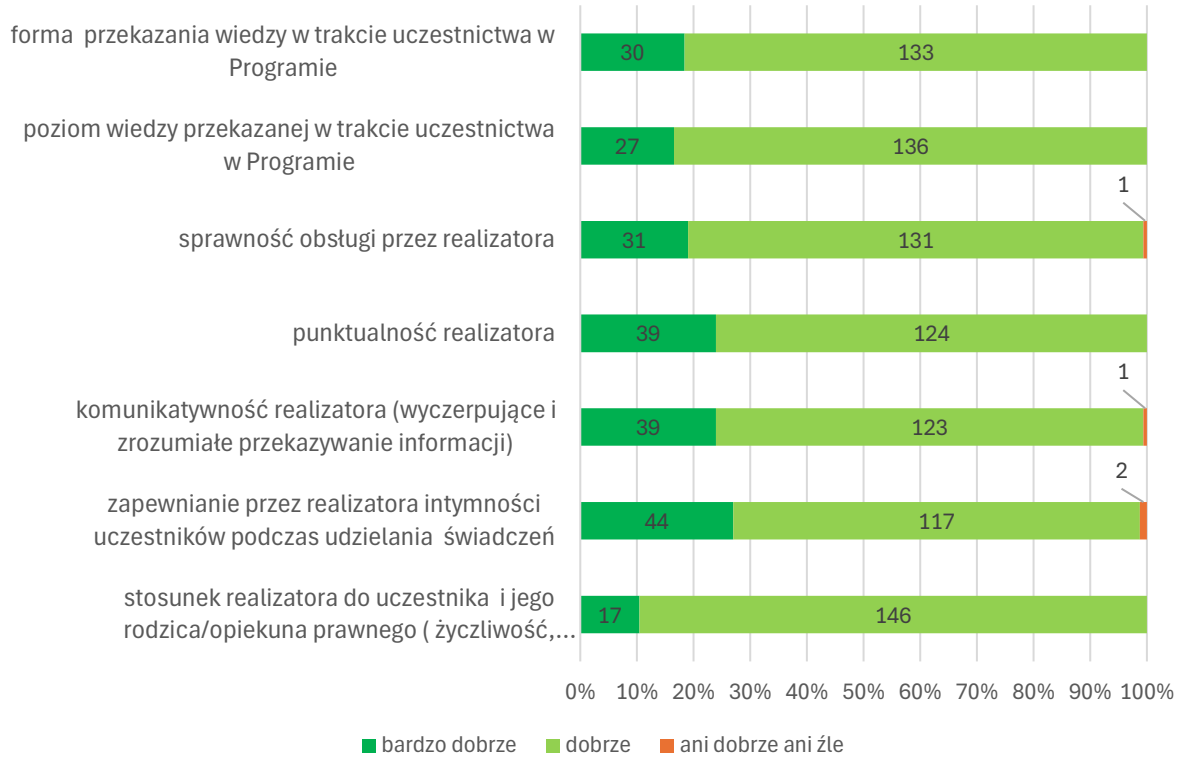
W module dotyczącym otyłości zdecydowana większość uczestników (zgodnie z opiniami 50 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) **skorzystała z pełnego cyklu świadczeń** – zarówno w odniesieniu do zajęć ruchowych (48 wskazań na udział dziecka w pełnym cyklu, 2 wskazania na udział w części cyklu), jak i porad dietetycznych (49 wskazań na udział dziecka w pełnym cyklu, 1 wskazanie na udział w części cyklu). **W module dotyczącym chorób kręgosłupa również zdecydowana większość uczestników** (zgodnie z opiniami 113 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) **skorzystała z pełnego cyklu zajęć ruchowych** – 101 rodziców/opiekunów zadeklarowało, że ich dziecko uczestniczyło we wszystkich zaplanowanych zajęciach, natomiast 12 osób wskazało udział częściowy.

Dane te potwierdzają efektywną realizację standardu regularności świadczeń.

Dostępność i jakość realizacji świadczeń z perspektywy uczestników RPZ

Wyniki badania CATI przeprowadzonego wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ wskazują na **bardzo wysoką ocenę jakości realizacji świadczeń** (wykres 49) – zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i relacyjnym. Respondenci zostali poproszeni o ocenę kilku aspektów świadczenia wsparcia, obejmujących m.in. stosunek personelu do uczestników, warunki organizacyjne, komunikatywność, punktualność oraz sposób przekazywania wiedzy.

Wykres 49 Ocena jakości realizacji świadczeń z perspektywy rodziców/opiekunów uczestników RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym (N=163)



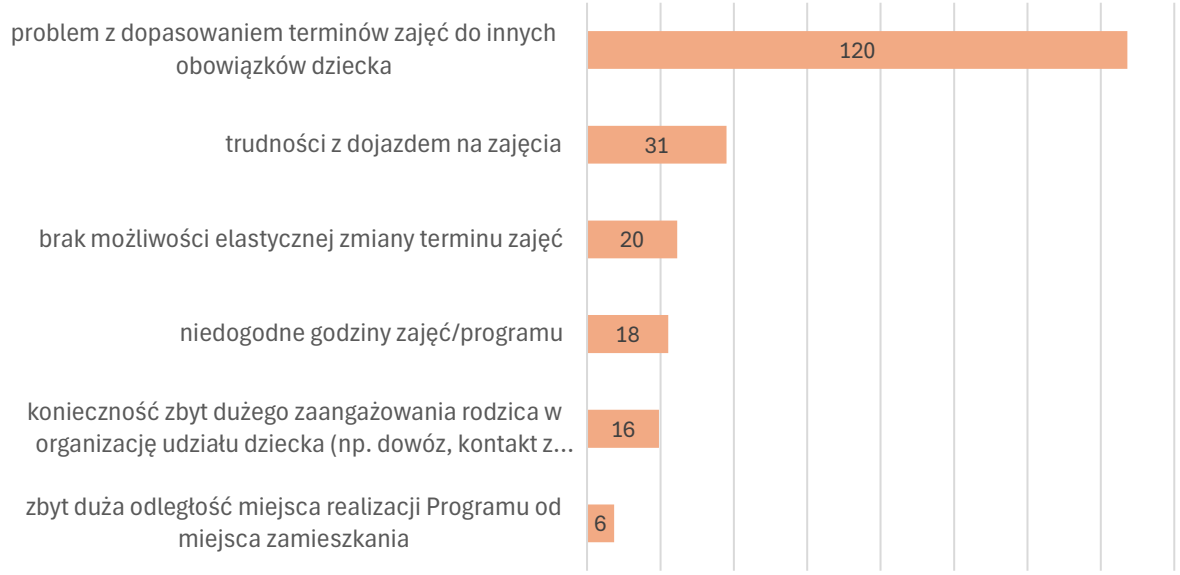
We wszystkich analizowanych obszarach zdecydowana większość ocen mieści się w dwóch najwyższych kategoriach („bardzo dobrze" i „dobrze"), co świadczy o wysokim poziomie satysfakcji z

udziału w programie. Brak odpowiedzi negatywnych oraz bardzo niski odsetek ocen neutralnych („ani dobrze, ani źle") potwierdza pozytywny odbiór programu z perspektywy jego uczestników.

Pomimo ogólnej dostępności form wsparcia oferowanych w ramach RPZ, wyniki badania CATI wskazują na występowanie szeregu trudności organizacyjnych, które mogły ograniczać pełne uczestnictwo dzieci w programie (wykres 50).

Najczęściej wskazywaną trudnością związaną z udziałem dziecka w programie w regionie Warszawskim Stołecznym była **konieczność dopasowania terminów zajęć do innych obowiązków.** Pozostałe trudności, choć wskazywane znacznie rzadziej, to trudności z dojazdem, niedogodne godziny zajęć oraz brak możliwości elastycznej zmiany terminu. Część rodziców zwracała też uwagę na potrzebę dużego zaangażowania organizacyjnego po ich stronie, np. w zakresie dowozu dziecka czy kontaktu z realizatorem. Wyniki uzyskane w regionie są spójne z wynikami dla ogółu województwa.

Wykres 50 Trudności doświadczane przez rodziców/opiekunów w związku z udziałem ich dzieci w RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym (N=163)



Zgodnie z opiniami rodziców wyrażonymi w ankiecie CATI, **poszczególne formy wsparcia były udzielane w ilości, czasie i częstotliwości zgodniej z potrzebami dzieci**. Wyjątkiem są porady dietetyczne, których rodzice oczekiwaliby więcej.

Użyteczność programu z perspektywy uczestników

Rozdział ten przedstawia ocenę RPZ z punktu widzenia jego rzeczywistej przydatności dla uczestników – zarówno dzieci objętych interwencją, jak i ich opiekunów. Analiza dotyczy postrzeganych korzyści, wpływu programu na codzienne życie, stopnia wykorzystania zdobytej wiedzy.

W badaniu CATI rodzice/opiekunowie zostali poproszeni o ocenę jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu, korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało bardzo niską, a 5 – bardzo wysoką jakość. Poniżej przedstawiono wyniki tych ocen dla poszczególnych komponentów interwencji.

Na podstawie ocen rodziców uczestników programu w **module dotyczącym otyłości** (n=50), wszystkie analizowane świadczenia zdrowotne uzyskały wysokie oceny jakościowe. Średnie i mediany ocen kształtują się następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia 4,26, mediana 4,0
- porady dietetyczne: średnia 4,36, mediana 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia 4,28, mediana 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia 4,26, mediana 4,0

We wszystkich przypadkach mediana ocen wynosi 4,0, co świadczy o dominującej ocenie „dobrze", przy jednoczesnym znaczącym udziale ocen „bardzo dobrze". Brak ocen negatywnych (1 lub 2) potwierdza wysoką jakość realizowanych świadczeń w oczach beneficjentów programu. Oceny w regionie nie odbiegają od ocen ogółu badanych.

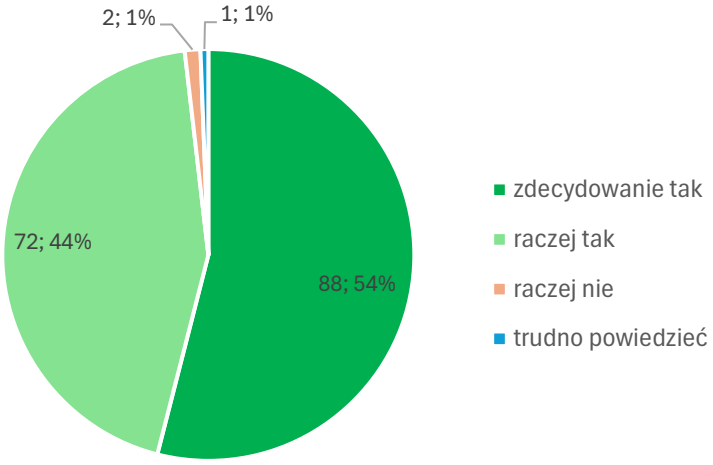
Bardzo podobnie kształtują się opinie rodziców, których dzieci uczestniczyły w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa (n=113) – również wskazują na bardzo wysoki poziom satysfakcji. Analiza średnich i median dla poszczególnych komponentów wygląda następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia: 4,20, mediana: 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia: 4,20, mediana: 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia: 4,22, mediana: 4,0

Wszystkie świadczenia uzyskały dominujące oceny „dobrze" i „bardzo dobrze", przy całkowitym braku ocen negatywnych (1–2) dla wizyty kwalifikacyjnej i badań końcowych, oraz jedynie pojedynczym przypadkiem oceny „3" dla zajęć ruchowych. Dane te potwierdzają wysoki poziom akceptacji i pozytywną ocenę jakości usług terapeutycznych świadczonych w ramach RPZ. Oceny w regionie nie odbiegają od ocen ogółu badanych.

Wysoki poziom satysfakcji z Programu znajduje potwierdzenie również w odpowiedziach na pytanie o jego rekomendację (wykres 51).

Wykres 51 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym nt. tego, czy poleciliby udział w RPZ innym osobom (N=163)

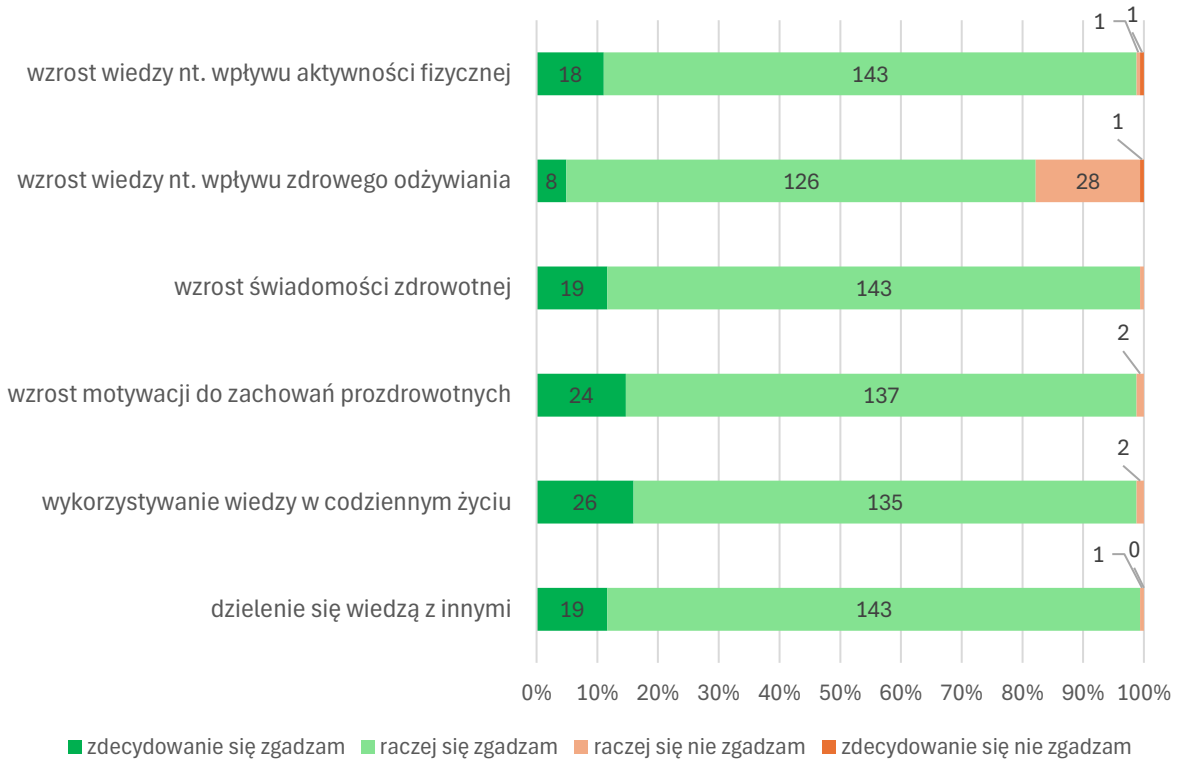


Aż 160 spośród 163 respondentów zadeklarowało, że z perspektywy czasu zdecydowanie (88 osób) lub raczej (72 osoby) poleciliby RPZ innym rodzicom. Tylko 3 osoby nie były w stanie takiej rekomendacji udzielić. Tak jednoznacznie pozytywna struktura odpowiedzi świadczy o wysokim poziomie akceptacji interwencji i jej wartości z punktu widzenia użytkowników końcowych.

Dalsza analiza opinii uczestników potwierdza, że RPZ wywarł realny wpływ na życie rodzin biorących w nim udział (wykres 52).

Zdecydowana większość respondentów – zarówno zdecydowanie, jak i raczej – zgodziła się z twierdzeniem, że udział w Programie przyczynił się do wzrostu motywacji do zachowań prozdrowotnych, zwiększenia świadomości zdrowotnej, a także częstszego wykorzystywania wiedzy zdobytej w trakcie zajęć. Wysoko oceniono również wpływ Programu na wiedzę dzieci i rodziców na temat znaczenia aktywności fizycznej, natomiast nieco niższy odsetek odpowiedzi pozytywnych odnotowano w obszarze wiedzy dotyczącej zdrowego odżywiania. Jednocześnie pozytywną wymowę uzyskuje również odpowiedź na pytanie o dzielenie się wiedzą – co może świadczyć o rozprzestrzenianiu się efektów programu poza bezpośrednią grupę uczestników. Wyniki dla regionu nie odbiegają w tym zakresie od wyników dla ogółu badanych.

Wykres 52 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym nt. tego, czy udział w programie przyczynił się do określonych zmian w życiu ich i dziecka (N=163)



Całość wyników potwierdza, że RPZ był postrzegany nie tylko jako doraźna interwencja, ale również jako bodziec do trwałych zmian w postawach, zachowaniach i świadomości zdrowotnej.

Trwałość efektów programu

Trwałość efektów programu w perspektywie sprawozdawczej

Trwałość osiągniętych efektów zdrowotnych i behawioralnych – zarówno w wymiarze klinicznym (np. utrzymanie prawidłowego wskaźnika BMI, poprawa postawy ciała), jak i funkcjonalnym (kontynuacja zaleceń, trwałość zmiany stylu życia) – zgodnie z założeniami RPZ, powinna być monitorowana z wykorzystaniem mierników 18–24. Dostępność danych dla tych mierników jest jednak bardzo ograniczona. W rezultacie analiza mierników 18–24 opiera się wyłącznie na danych szczątkowych i nie pozwala na pełną ocenę skali i zakresu utrzymania efektów zdrowotnych w dłuższej perspektywie.

Poniższa tabela prezentuje wartości mierników dotyczących trwałości efektów udziału w RPZ (tabela 18).

Tabela 18 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące trwałości efektów zdrowotnych i behawioralnych w regionie Warszawskim Stołecznym, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=39 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=14 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=27 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**775**	**38**
18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane **w terminie 6 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego w tym:	603	38
18.1.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	16	50
18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgos**łupa, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	587	37
18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **12 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	172	38
18.2.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	0	50
18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	172	37
19. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**12**	**50**
20. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**0**	**50**
21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**445**	**37**
22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**145**	**37**
23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**380**	**38**
23.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	12	50
23.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	368	37

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**91**	**38**
24.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	0	50
24.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	91	37

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

Moduł dotyczący otyłości

W przypadku modułu dotyczącego otyłości dostępność danych dla mierników długoterminowych jest bardzo ograniczona, co znacząco utrudnia rzetelną ocenę efektów zdrowotnych interwencji w perspektywie 6 i 12 miesięcy od zakończenia udziału w Programie. Dane dotyczące 6-miesięcznej obserwacji pozyskano jedynie od 16 uczestników, natomiast po 12 miesiącach nie uzyskano żadnych danych (0 uczestników).

Z tego powodu ocena efektu stabilizacji lub redukcji wskaźnika BMI (mierniki 19 i 20) jest niemożliwa. Zaledwie 12 uczestników po 6 miesiącach utrzymało niezmieniony/zmniejszony wskaźnik BMI, a dla okresu 12-miesięcznego brak jest jakichkolwiek danych. Podobnie, tylko 12 uczestników zadeklarowało stosowanie się do zaleceń po 6 miesiącach, a po 12 miesiącach – brak jest takich deklaracji.

Moduł dotyczący chorób kręgosłupa

W przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa dostępność danych jest nieco wyższa, lecz wciąż ograniczona (ok. 37% dla wszystkich mierników). Umożliwia to jedynie orientacyjną ocenę trwałości efektów zdrowotnych. Dane 6-miesięczne pozyskano od 587 uczestników, a 12-miesięczne – od 172 uczestników.

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że:

- 445 uczestników deklarowało utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia po 6 miesiącach (miernik 21), 145 uczestników – po 12 miesiącach (miernik 22),
- 368 uczestników deklarowało stosowanie się do zaleceń po 6 miesiącach (miernik 23.2), 91 uczestników – po 12 miesiącach (miernik 24.2).

Pomimo niepełnego zasięgu danych, zauważalne są pozytywne deklaracje uczestników co do kontynuacji działań prozdrowotnych oraz utrzymania poprawy stanu zdrowia. Jednak ze względu na ograniczoną dostępność danych, nie jest możliwe wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących skuteczności długoterminowej w skali całego programu.

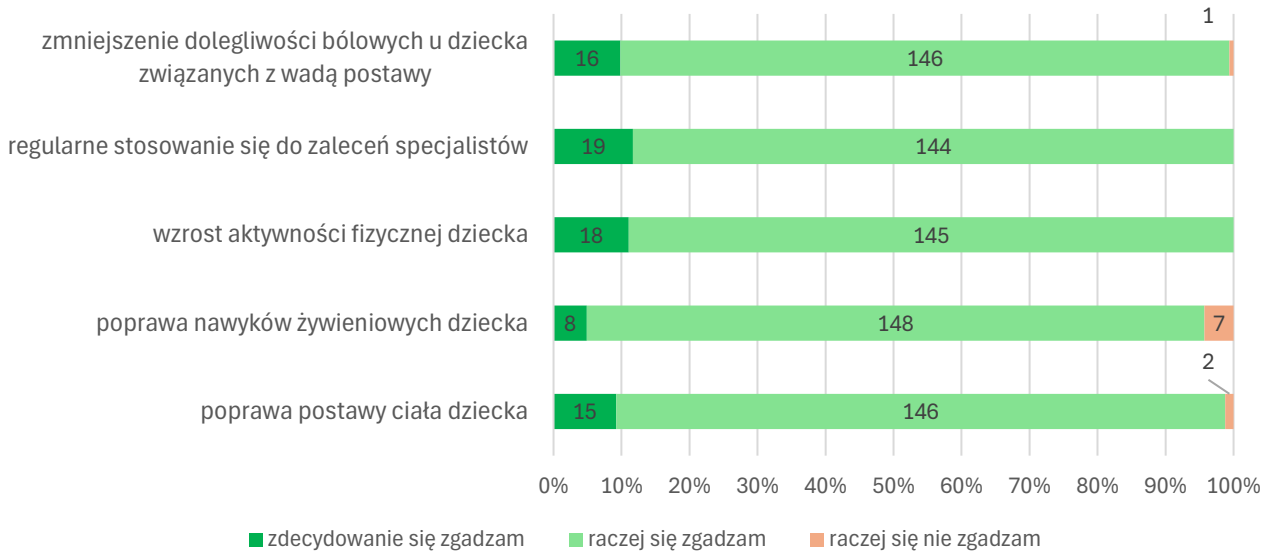
Z uwagi na bardzo ograniczoną dostępność danych, w szczególności w module dotyczącym otyłości, **formułowanie ocen efektywności interwencji w perspektywie długoterminowej (6 i 12 miesięcy po zakończeniu udziału w Programie) w regionie Warszawskim Stołecznym nie jest możliwe**. W odniesieniu do wskaźników długoterminowych (mierniki 18–24), analizy ilościowe należy uznać za niemiarodajne, a próby ewaluacji – niewystarczające z metodologicznego punktu widzenia.

Trwałość efektów w opinii uczestników i realizatorów RPZ

W niniejszej części przedstawiono ilościowe wnioski wynikające z wywiadów telefonicznych z rodzicami (CATI) oraz ankiety internetowej przeprowadzonej wśród realizatorów (CAWI). Analiza ta pozwala uchwycić nie tylko skalę i charakter utrzymanych efektów, ale także czynniki sprzyjające lub utrudniające ich kontynuację po zakończeniu interwencji.

W ramach ankiety telefonicznej CATI respondentów – rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie – zapytano o **utrzymanie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci po zakończeniu udziału w programie** – zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i nawyków zdrowotnych oraz przestrzegania zaleceń specjalistów. Uzyskane wyniki przedstawia wykres 53.

Wykres 53 Efekty utrzymujące się po udziale dziecka w programie, według deklaracji rodziców/opiekunów z regionu Warszawskiego Stołecznego (N=163)



Wyniki badania wskazują na **bardzo wysoką zgodność rodziców co do utrzymania pozytywnych efektów programu**. Najczęściej deklarowano regularne stosowanie się do zaleceń specjalistów oraz wzrost aktywności fizycznej dziecka (100% twierdzących wskazań). Nieco większe zróżnicowanie opinii odnotowano w obszarze zmiany nawyków żywieniowych – choć i tu niemal wszyscy respondenci potwierdzili pozytywne efekty (154 odpowiedzi twierdzące).

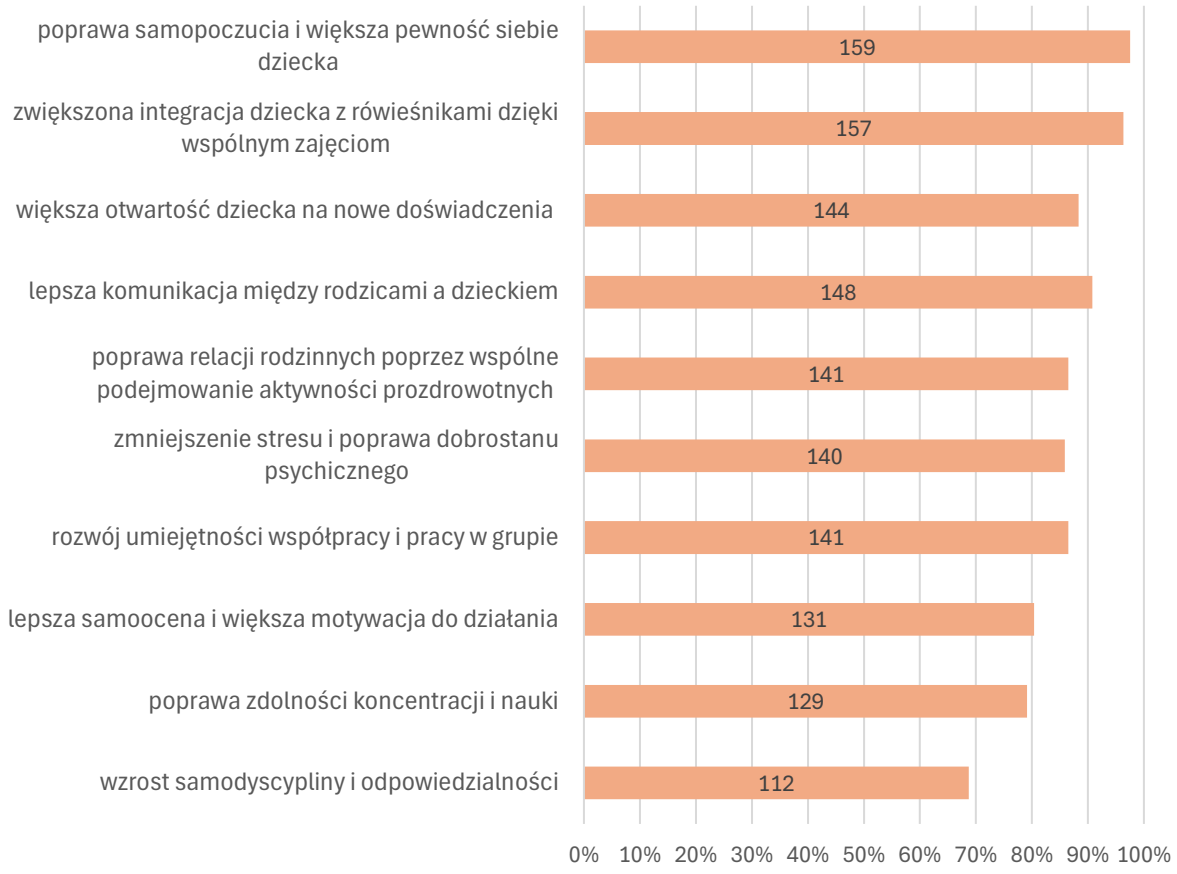
Rodziców/opiekunów zapytano także o obserwowane **zmiany psychospołeczne u dziecka,** które pojawiły się w związku z udziałem w programie. Na wykresie 54 przedstawiono zestawienie najczęściej wskazywanych przez rodziców zmian w tym obszarze.

Na podstawie opinii 163 rodziców uczestników programu w regionie Warszawskim Stołecznym można stwierdzić, że **pozytywne efekty psychospołeczne – obok celów bezpośrednio zdrowotnych – stanowiły istotny i zauważalny rezultat udziału dzieci w RPZ**. Zdecydowana większość respondentów potwierdziła wystąpienie i utrzymywanie się pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dziecka, nie tylko w kontekście zdrowotnym, lecz również w sferze emocjonalnej, społecznej i rodzinnej.

Najczęściej wskazywanym efektem była **poprawa samopoczucia i większa pewność siebie dziecka** (potwierdzona przez 159 osób), a także **zwiększona integracja z rówieśnikami** (157 wskazań), co wskazuje na szczególne znaczenie komponentu wspólnych zajęć grupowych w strukturze programu. Nieco rzadziej, choć nadal często, rodzice dostrzegali także **rozwój kompetencji miękkich** – takich jak

lepsza samoocena i motywacja (131), poprawa zdolności koncentracji (129) oraz wzrost samodyscypliny i odpowiedzialności (112). Efekty te, choć bardziej subtelne, mogą odgrywać kluczową rolę w utrwalaniu prozdrowotnych postaw i zachowań u dzieci.

Wykres 54 Deklarowane przez rodziców trwałe zmiany psychospołeczne po udziale w programie, obserwowane u dzieci z regionu Warszawskiego Stołecznego (N=163)



Opinie realizatorów projektów w regionie Warszawskim Stołecznym (N=29) pozwalają uzupełnić ocenę trwałości RPZ o perspektywę instytucjonalną – z uwzględnieniem doświadczeń z wdrażania programu, obserwacji dotyczących zachowań uczestników oraz identyfikowanych barier i czynników sukcesu. Realizatorzy niespełna połowy objętych badaniem projektów (12 na 29 projektów) ocenili swoją wiedzę na temat długoterminowych efektów projektów realizowanych w ramach RPZ jako wysoką lub bardzo wysoką, natomiast realizatorzy kolejnych 16 projektów wskazali na poziom średni. Tylko w przypadku 1 projektu realizator zadeklarował niską orientację w tym zakresie – jego odpowiedzi zostały wykluczone z dalszych analiz, aby zapewnić adekwatność i rzetelność interpretacji wyników.

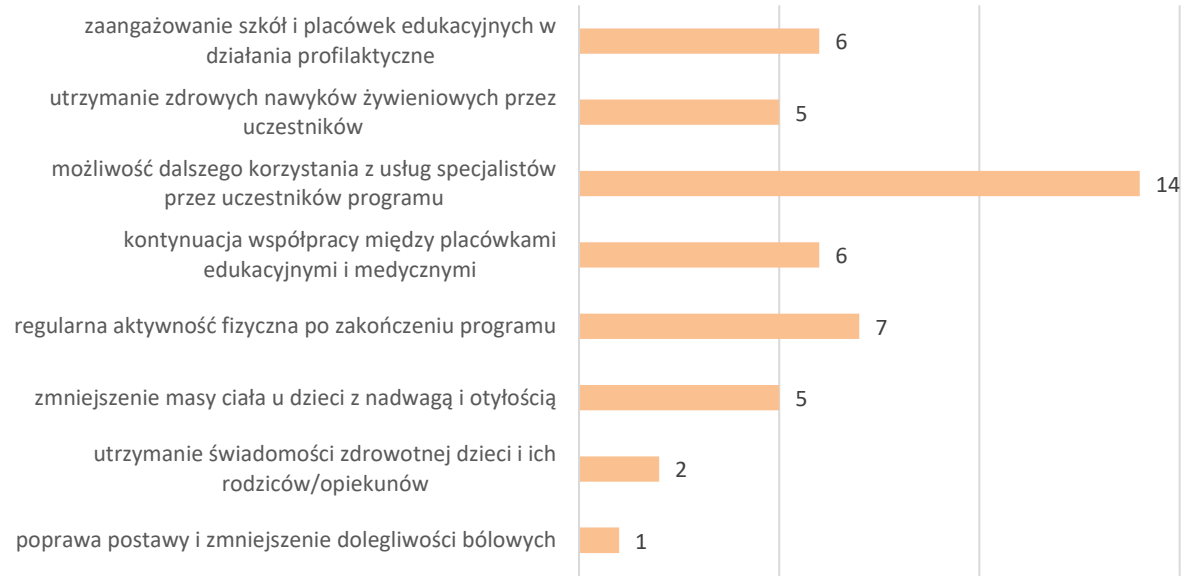
Zdaniem realizatorów, za **najbardziej trwałe efekty** uznać można przede wszystkim poprawę świadomości zdrowotnej dzieci i ich opiekunów – wskazano na nią w odniesieniu aż do 22 projektów (wykres 55). Wysoko oceniano również wzrost regularnej aktywności fizycznej (15 wskazań) oraz trwałą poprawę postawy ciała i redukcję problemów związanych z wadami kręgosłupa (11 wskazań). W regionie Warszawskim Stołecznym charakterystyczne na tle ogółu odpowiedzi jest nieco większe przekonanie o trwałości efektów RPZ w zakresie zwiększenia zaangażowania szkół w działania profilaktyczne dotyczące zdrowia dzieci.

Wykres 55 Najbardziej trwałe efekty RPZ w opinii realizatorów projektów w regionie Warszawskim Stołecznym (CAWI, N=28 projektów)



W odpowiedzi na pytanie o **najmniej trwałe efekty programu** (wykres 56) respondenci z regionu Warszawskiego Stołecznego częściej, niż ogół badanych, wskazywali na możliwość dalszego korzystania z usług specjalistów przez uczestników projektów (14 wskazań na 28 projektów). Nieco częściej wskazywali także na utrzymywanie regularnej aktywności fizycznej przez uczestników po zakończeniu udziału w Programie (7 wskazań).

Wykres 56 Najmniej trwałe efekty RPZ w opinii realizatorów projektów w regionie Warszawskim Stołecznym (CAWI, N=28 projektów)



Jeśli chodzi o **czynniki sprzyjające utrwalaniu efektów RPZ**, to opinie realizatorów projektów w regionie Warszawskim Stołecznym są w tym zakresie spójne z opiniami ogółu badanych:

- najczęściej wymienianym czynnikiem sprzyjającym utrwaleniu efektów RPZ było **indywidualne podejście do uczestników i dostosowanie działań do ich potrzeb** – wskazane w przypadku aż 20 z 28 projektów.
- tuż za nim uplasowała się **wysoka jakość merytoryczna projektu**, w tym kompetencje specjalistów i skuteczność metod interwencyjnych (19 odpowiedzi). Wysoko oceniono również **dobrą organizację i skuteczne zarządzanie projektem** (18 odpowiedzi),
- rzadziej wskazywano na czynniki takie jak systematyczne monitorowanie i bieżące dostosowywanie działań (6 wskazań), odpowiednie finansowanie i zasoby (5), a także możliwość kontynuowania wsparcia po zakończeniu projektu (2) i strategia informacyjno-promocyjna (2).

Z kolei w przypadku **czynników niesprzyjających trwałości efektów RPZ** opinie realizatorów projektów w regionie Warszawskim Stołecznym nieco odbiegają od opinii ogółu badanych:

- podobnie, jak w całym województwie, w regionie Warszawskim Stołecznym najczęściej wskazywanym problemem był **brak kontynuacji zajęć edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci** (14 wskazań na 28 projektów),
- częściej podkreślano brak możliwości dalszego korzystania z usług specjalistów przez uczestników (11 wskazań) a rzadziej - niewystarczające wsparcie rodziców/opiekunów w utrzymaniu zmian przez dzieci (5 wskazań).

Opinie realizatorów projektów w regionie Warszawskim Stołecznym nieco różnią się od opinii ogółu badanych także w zakresie **sposobów zwiększenia trwałości efektów RPZ:**

- o ile ogół badanych najczęściej postulował włączenie tematyki zdrowia i profilaktyki do programów nauczania, o tyle w regionie badani najczęściej wskazywali na możliwość dalszego korzystania z usług specjalistów (dietetyków, fizjoterapeutów, lekarzy) – 17 wskazań,
- nieco częściej wskazywano także na umożliwienie uczestnikom dostępu do darmowych lub dofinansowanych zajęć sportowych (13 wskazań).

Podsumowanie – Region Warszawski Stołeczny

W regionie Warszawskim Stołecznym zrealizowano łącznie 39 projektów w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego, w tym 14 w module dotyczącym otyłości i 27 w module dotyczącym chorób kręgosłupa. Region ten odpowiadał za 36% wszystkich uczestników programu na Mazowszu.

Efekty rekrutacyjne i uczestnictwo

- skuteczna rekrutacja – średni poziom konwersji zgłoszeń do zakwalifikowanych uczestników wyniósł 90%, a mediana 98%,
- niski wskaźnik rezygnacji z udziału (średnio 5%, mediana 1%), ale jednocześnie niższy niż średni w województwie wskaźnik ukończenia programu (średnio 59% vs 87%),
- główne źródła informacji o programie to szkoły – zebrania, e-dzienniki, nauczyciele i pielęgniarki szkolne.

Moduł dotyczący otyłości

- Diagnostyka: wykrywalność wcześniej niezdiagnozowanej otyłości wyniosła średnio 36% (znacznie poniżej średniej wojewódzkiej 64%).

- Edukacja: efekty edukacyjne deklarowane przez uczestników i realizatorów jako wysokie, lecz dane wskaźnikowe dostępne tylko w części projektów.
- Efekty zdrowotne: u 27% dzieci, które ukończyły program, odnotowano ≥3% redukcji masy ciała (średnia wojewódzka: 55%). Subiektywne oceny rodziców były jednak jednoznacznie pozytywne.

Moduł dotyczący chorób kręgosłupa

- Diagnostyka: wykrywalność niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa wyniosła średnio 41% (poniżej średniej wojewódzkiej 66%).
- Edukacja: wzrost wiedzy zadeklarowany przez prawie wszystkich respondentów (CATI); dane ilościowe dostępne dla 14 projektów, z dużym zróżnicowaniem skuteczności (23–90%).
- Efekty zdrowotne: poprawa stanu zdrowia u 89,6% dzieci, które ukończyły interwencję (średnia wojewódzka: 80%). Wysokie potwierdzenie skuteczności w ocenach rodziców i realizatorów.

Dostępność świadczeń

Program był dobrze dostępny – duża liczba działań edukacyjnych i terapeutycznych, jednak raportowanie wskaźników było niepełne. Szczególnie niska dostępność danych dot. porad dietetycznych – tylko 6 z 14 projektów w module otyłości przekazało informacje.W module kręgosłupa zauważalna była większa skala zajęć ruchowych oraz badań diagnostycznych.

Realizacja RPZ w regionie Warszawskim Stołecznym przyniosła wymierne efekty, szczególnie w module dotyczącym chorób kręgosłupa. Cel główny RPZ został zrealizowany w stopniu umiarkowanym, z wyraźnym zróżnicowaniem między modułami. Moduł otyłości charakteryzował się pozytywnym odbiorem uczestników, ale niższymi wynikami w miernikach efektywności i ograniczoną dostępnością danych. Zróżnicowana jakość sprawozdawczości ogranicza pełną ocenę skuteczności programu.

Subregion płocki

Liczbowy zasięg i przebieg programu

RPZ był realizowany wyłącznie w subregionie płockim w ramach 18 projektów, w tym 8 w module dotyczącym otyłości, a 12 w module dotyczącym chorób kręgosłupa (2 projekty realizowane były w obu modułach).

Analiza opiera się przede wszystkim na danych pochodzących ze sprawozdań z realizacji RPZ, uzupełnionych o dane na temat produktów i rezultatów projektów gromadzone w systemie SL2014, a także o dane ilościowe pozyskane od realizatorów oraz uczestników projektów.

W RPZ założono mierniki efektywności, odzwierciedlające kluczowe etapy procesu interwencji – od momentu aplikacji do programu (miernik 1), przez kwalifikację (mierniki 2 i 3) i udział (miernik 4 i 5), aż po jego zakończenie (miernik 6). Analiza osiągniętych wartości mierników pozwala ocenić, w jakim stopniu program dotarł do założonej grupy docelowej w subregionie płockim i umożliwił przeprowadzenie pełnego cyklu wsparcia.

*Tabela 19 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące kluczowych etapów interwencji **w subregionie płockim**, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N= 18, w tym n=8 dla modułu dotyczącego otyłości, n=12 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)*

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:	**2 651**	**10/18**
1.1. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości	1 438	4/8

1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa	1 213	7/12
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym:	**2 237**	**10/18**
2.1. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości	1 050	4/8
2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 187	7/12
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne)	**480**	**1/18**
4. Liczba uczestników programu w tym:	**3 307**	**18/18**
4.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości	1 041	7/8
4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 966	11/12
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	**67**	**10/18**
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program w tym:	**1 166**	**9/18**
6.1. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości	223	3/8
6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa	943	7/12

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Zgłoszenia do programu (miernik 1) odnotowano łącznie w liczbie **2 651** (co stanowi 16% wszystkich zgłoszeń do programu). Udział zgłoszeń do poszczególnych modułów w subregionie płockim był bardziej równomierny, niż na poziomie całego programu: na moduł dotyczący otyłości przypadało 1 438 zgłoszeń, a na moduł dotyczący chorób kręgosłupa – 1 213. Dane te dostępne były dla 10 z 18 projektów ogółem, z wyższą kompletnością w module kręgosłupa niż w module otyłości. Sugeruje to pewną dysproporcję w zakresie sprawozdawczości między modułami, ale wynika również z różnic w liczbie realizowanych projektów w obu modułach modułów w subregionie płockim (moduł dotyczący chorób kręgosłupa był realizowany w ramach 12 projektów, moduł otyłości – 8 projektów).

Wyniki badania ankietowego CATI z rodzicami/opiekunami uczestników projektów w subregionie płockim (N=80) potwierdzają wniosek z analizy wyników na poziomie całego programu, dotyczący kluczowej roli placówek edukacyjnych w skutecznym dotarciu z informacją o programie (wykres 57). Niemal wszyscy respondenci (77 osób) wskazali,, że dowiedzieli się o naborze na zebraniu szkolnym. W porównaniu z wynikami dla całego programu, w subregionie płockim dostrzec można nieco częstsze wskazywanie takie źródła informacji, jak materiały informacyjne (plakaty, ulotki) w szkołach i przedszkolach (39 wskazań).

Respondenci zostali zapytani również o to, **jakie kanały informacji uznaliby za najbardziej trafne i efektywne**. Zestawienie odpowiedzi na oba pytania wskazuje na **wysoki poziom zgodności pomiędzy rzeczywistymi a preferowanymi źródłami informacji**. Informowanie rodziców na zebraniach szkolnych, komunikacja za pośrednictwem e-dzienników oraz rekomendacje ze strony personelu edukacyjnego i medycznego to zarówno najczęściej wskazywane źródła wiedzy o programie, jak i te uznawane za najbardziej adekwatne.

Perspektywa realizatorów projektów w subregionie płockim, zebrana w badaniu CAWI potwierdza wnioski płynące z doświadczeń rodziców. Najczęściej wskazywanym źródłem skutecznego dotarcia do uczestników były placówki oświatowe (szkoły i przedszkola), w tym dyrektorzy, nauczyciele oraz

pielęgniarki szkolne (14 wskazań na 16 projektów). W porównaniu z odpowiedziami w całej próbie badawczej, w subregionie płockim ani razu nie wskazano na stronę internetową beneficjenta nt. projektu.

Wykres 57 Źródła informacji o programie według deklaracji rodziców/opiekunów uczestników projektów w subregionie płockim (CATI, N=80)



źródło: opracowanie własne

Spośród wszystkich dzieci aplikujących do programu w subregionie płockim, **84% (tj. 2 237 osób) pozytywnie przeszło weryfikację kryteriów formalnych i zostało zakwalifikowanych do oceny medycznej (miernik 2)**. Jest to wartość identyczna, jak dla całego województwa mazowieckiego. Widoczna jest różnica między modułami: **w module otyłości było to 1 050 dzieci** (przy danych dostępnych dla 4 z 8 projektów), a **w module chorób kręgosłupa – 1 187** (przy danych dostępnych dla 7 z 12 projektów).

Dla **10 projektów**, w których dostępne były dane jednocześnie dla miernika 1 i 2, określono **poziom konwersji**: dla 4 projektów wyniósł 100%, dla 5 projektów wyniósł między 91 a 98%, w jednym projekcie wyniósł 16%.

Wyniki pokazują, że w większości projektów **poziom konwersji zgłoszeń na zakwalifikowanych uczestników był bardzo wysoki**, co świadczy o sprawnym funkcjonowaniu procesu rekrutacyjnego i wysokiej zgodności zgłoszeń z kryteriami programu. Średni poziom konwersji wyniósł **89%** (88% w całym województwie), a mediana **98%** (96% w całym województwie), co oznacza, że w połowie projektów co najmniej 98% osób aplikujących przeszło pozytywnie kwalifikację formalną i zostało skierowanych do dalszej oceny medycznej.

Odnotowano **480 przypadków niespełnienia kryteriów medycznych (miernik 3)** – ale wszystkie dotyczą jednego projektu.

Kluczowym etapem interwencji był faktyczny **udział w programie (miernik 4)**. **Liczba uczestników programu wyniosła w subregionie płockim łącznie 3 307** (dane ze 100% projektów), co stanowi **17% wszystkich uczestników** programu (19 665 dzieci w całym województwie). Wśród uczestników 1 041 osób uczestniczyło w module otyłości (dane z 7 na 8 projektów), a 1 966 w module chorób kręgosłupa (dane z 11 na 12 projektów).

Dane dotyczące **rezygnacji z udziału w programie (miernik 5)** były dostępne dla 10 z 18 projektów i wskazują, że **67 osób zrezygnowało z dalszego uczestnictwa** (co stanowi 9% wszystkich rezygnacji w województwie, których było 722). Wartość ta, choć stosunkowo niewielka, wymaga ostrożnej interpretacji, ze względu na niepełną sprawozdawczość oraz brak kompletnych informacji o powodach rezygnacji.

Dane dotyczące **liczby uczestników, którzy ukończyli program zgodnie ze ścieżką interwencji zaplanowaną w RPZ (miernik 6)**, cechują się istotnym stopniem braków. **Ukończenie programu** potwierdzono w przypadku **1 166 uczestników** (co stanowi **12% wszystkich potwierdzonych przypadków ukończenia programu**, których dla całego województwa jest 9 794). Dane dotyczącego tego miernika są dostępne jedynie dla 9 z 18 projektów, tj. 50%. Również tutaj widać różnicę między modułami – w module otyłości program ukończyło 223 dzieci (dane z 3 na 8 projektów) a w module chorób kręgosłupa – 943 (dane z 7 na 12 projektów).

Wartości wskaźnika ukończenia udziału w programie, obliczone dla 9 projektów (w tylu projektach były dostępne dane jednocześnie dla miernika 4 i 6) wskazują na **dość wysoki utrzymania uczestnictwa do końca interwencji**. Średni poziom wskaźnika wyniósł **78%** (wobec 87,2% w całym województwie), a mediana **91%** (wobec 93,5% w całym województwie), co oznacza, że w połowie projektów co najmniej 91% uczestników, którzy rozpoczęli udział w programie, zrealizowało go w pełnym zakresie – zgodnie ze ścieżką interwencji opisaną w RPZ. W subregionie płockim poziom utrzymania uczestnika przez całą ścieżkę wsparcia był nieco niższy, niż przeciętnie w województwie.

Skuteczność programu

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie płockim – moduł dotyczący otyłości

Analiza obejmuje **8 projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości w subregionie płockim**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 20) oraz wyniki badań ilościowych.

*Tabela 20 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ interwencji **w subregionie płockim**, w zakresie dotyczącym otyłości, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=18 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=8 projektów dla modułu dotyczącego otyłości)*

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**1 296**	**10/18**
7.1. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości	346	3/8
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**880**	**10/18**
12.1. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:	644	3/8
12.1.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	354	3/8

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
12.1.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	290	3/8
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**631**	**10/18**
14.1. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości	67	1/8
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**469**	**7/18**
15.1. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	93	2/8
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**2 448**	**16/18**
16.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	763	6/8
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**350**	**8/18**
17.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	93	2/8

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci w subregionie płockim

Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika **7.1 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości** wykrytych w ramach RPZ, która wynosi **346**. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w relacji do liczby uczestników, którzy spełnili kryteria włączenia, co pozwoliłoby obliczenie wskaźnika wykrywalności. Jednak dane dotyczące miernika 7.1 dostępne są tylko dla 3 z 8 projektów, zatem obliczanie tego wskaźnika tak, aby miał wartość analityczną, nie jest możliwe.

W badaniu CAWI w przypadku 6 spośród 16 projektów realizowanych w subregionie płockim beneficjenci wskazali „lepszą diagnostykę i wykrywanie wad postawy oraz otyłości" jako jeden z głównych efektów realizacji programu.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego, w subregionie płockim nie jest możliwa.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem w subregionie płockim

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

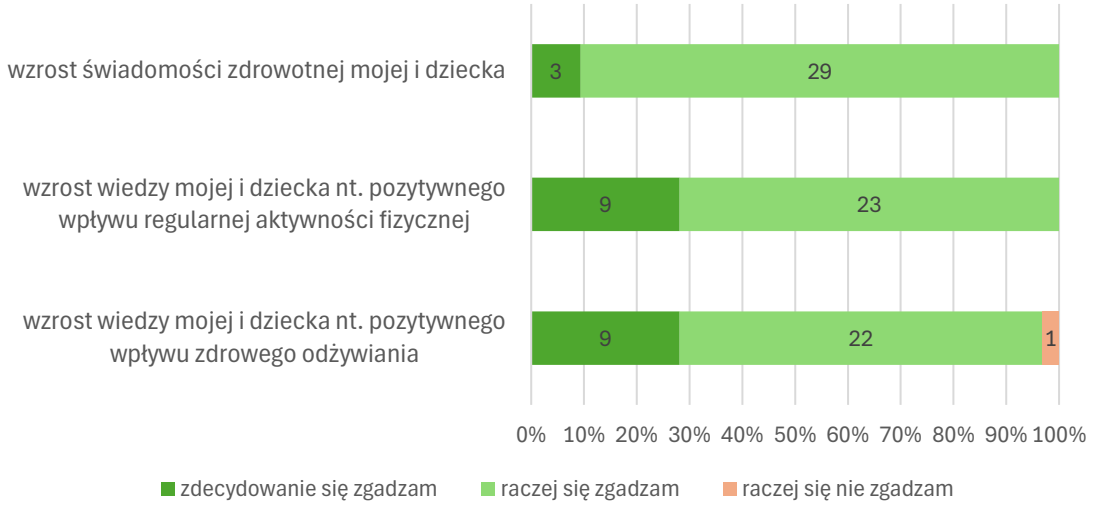
- liczby wykonanych badań ankietowych (miernik 12.1),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.1),

- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.1),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.1).

W module otyłości odnotowano realizację 644 badań ankietowych – 354 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.1.1) oraz 290 po ich zakończeniu (miernik 12.1.2). Dane te dostępne były jednak tylko dla 3 z 8 projektów realizowanych w tym module w subregionie płockim.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości w subregionie płockim, zebranych w badaniu CATI (32 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 58).

Wykres 58 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym otyłości w subregionie płockim (n=32 osoby)



Niemal wszyscy z 32 respondentów zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci:

- **32 osoby** zadeklarowały wzrost ogólnej świadomości zdrowotnej,
- **32 osoby** potwierdziły wzrost wiedzy w zakresie regularnej aktywności fizycznej,
- **31 osób** zgodziło się ze stwierdzeniem, że wzrosła ich wiedza na temat wpływu zdrowego odżywiania.

Natomiast podstawie wyników badania CAWI wśród **realizatorów projektów** w subregionie płockim można stwierdzić, że w przypadku znacznej **większości z projektów (13 z 16) dostrzegalne były efekty programu w postaci zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych można stwierdzić, że cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym otyłości w subregionie płockim został **zrealizowany częściowo**, jednak skala i trwałość tego efektu pozostają trudne do jednoznacznego potwierdzenia wobec niskiej dostępności zweryfikowanych danych.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej w subregionie płockim

Wskaźnikiem, który odzwierciedla stopień osiągnięcia tego celu, jest **miernik 14.1 – liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3%**. Dane w tym zakresie były dostępne jedynie dla 1 z 8 projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości w subregionie płockim – odnotowano w nim **67** przypadków zmniejszenia masy ciała o co najmniej 3% na koniec udziału w programie.

Jednocześnie w badaniu CAWI w przypadku **5 z 16 projektów** realizowanych w subregionie płockim beneficjenci wskazali, że **zmniejszenie masy ciała u dzieci z nadwagą** było jednym z najbardziej zauważalnych efektów interwencji. Natomiast w badaniu CATI wśród 32 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości, 31 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka (1 odpowiedź „zdecydowanie się zgadzam", 30 odpowiedzi „raczej się zgadzam).

Podsumowując, **cel szczegółowy RPZ, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości**, w subregionie płockim został zrealizowany w sposób dostrzegalny dla beneficjentów i rodziców/opiekunów uczestników, ale nie znajduje to odzwierciedlenia w pomiarze mierników efektywności, wobec ich nikłej dostępności. Ocena skuteczności RPZ w tym zakresie w subregionie płockim nie jest zatem możliwa.

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie płockim – moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Analiza obejmuje **12 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie płockim**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 21) oraz wyniki badań ilościowych.

Tabela 21 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w zakresie dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie płockim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=18 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=12 projektów dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**1 296**	**10/18**
7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa	950	7/12
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**880**	**10/18**
12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	236	6/12
12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	121	6/12
12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	115	6/12
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**631**	**10/18**

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa	564	7/12
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**469**	**7/18**
15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	376	6
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**2 448**	**16/18**
16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 385	10/12
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**350**	**8/18**
17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	257	7/12

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci w subregionie płockim

Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika **7.2 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa** wykrytych w ramach RPZ, która wynosi 950. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w odniesieniu do liczby uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa. Jednak dane dotyczące miernika 7.2 dostępne są tylko dla 7 z 12 projektów, zatem obliczanie tego wskaźnika tak, aby miał wartość analityczną, nie jest możliwe.

W badaniu CAWI w przypadku 6 spośród 16 projektów realizowanych w subregionie płockim beneficjenci wskazali „lepszą diagnostykę i wykrywanie wad postawy oraz otyłości" jako jeden z głównych efektów realizacji programu.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego, w subregionie płockim nie jest możliwa.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem w subregionie płockim

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

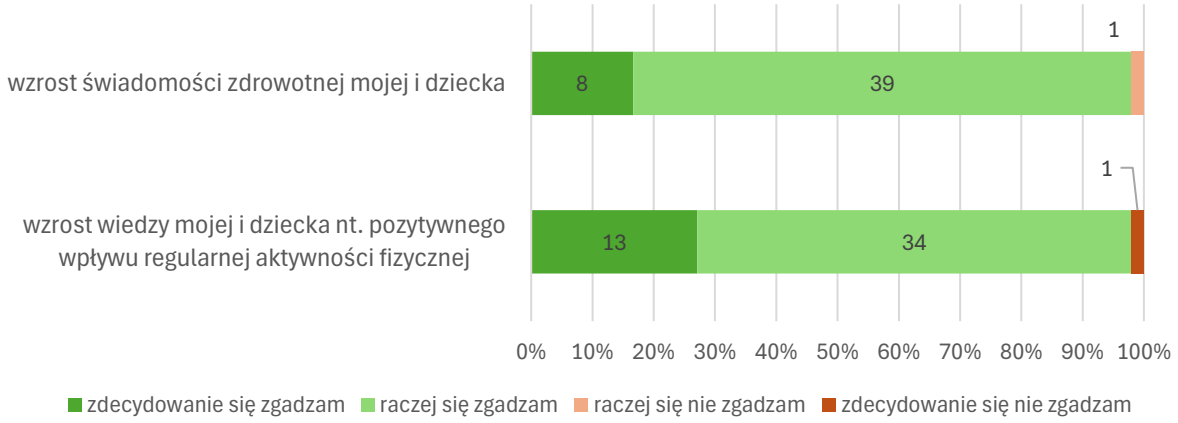
- liczby wykonanych badań ankietowych przed i po interwencji (miernik 12.2),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.2),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.2),

– liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.2).

W module dotyczącym chorób kręgosłupa odnotowano realizację 236 badań ankietowych – 121 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.2.1) oraz 115 po ich zakończeniu (miernik 12.2.2). Dane te są dostępne jedynie dla 6 z 12 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie płockim.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie płockim, zebranych w badaniu CATI (48 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 59).

Wykres 59 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie płockim (n=48 osób)



Niemal wszyscy z 48 respondentów zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci:

- **47 osób** zadeklarowało wzrost ogólnej świadomości zdrowotnej,
- **47 osób** potwierdziło wzrost wiedzy w zakresie regularnej aktywności fizycznej.

Natomiast podstawie wyników badania CAWI wśród **realizatorów projektów** w subregionie płockim można stwierdzić, że w przypadku znacznej **większości z projektów (13 z 16) dostrzegalne były efekty programu w postaci zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych można stwierdzić, że cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie płockim został **zrealizowany częściowo**, jednak skala i trwałość tego efektu pozostają trudne do jednoznacznego potwierdzenia wobec niskiej dostępności zweryfikowanych danych.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w subregionie płockim

Stopień realizacji tego celu określany jest na podstawie **miernika 14.2 – liczby uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa**, ocenianą najczęściej przez lekarza lub fizjoterapeutę na podstawie stanu funkcjonalnego, postawy ciała lub zmniejszenia objawów dolegliwości. Dane w tym zakresie były dostępne jedynie dla 7 z 12 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie płockim – łącznie odnotowano **564** przypadki poprawy stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa.

Jednocześnie w badaniu CAWI w przypadku **4 z 16 projektów** realizowanych w subregionie płockim beneficjenci wskazali, że **poprawa postawy ciała i zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci** było jednym z najbardziej zauważalnych efektów interwencji. Natomiast w badaniu CATI wśród 48 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa:

- 46 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka (11 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam", 35 odpowiedzi „raczej się zgadzam),
- 48 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę postawy ciała dziecka (8 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam", 40 odpowiedzi „raczej się zgadzam).

Podsumowując, **cel szczegółowy RPZ, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa**, w subregionie płockim został zrealizowany w sposób dostrzegalny dla rodziców/opiekunów uczestników oraz części beneficjentów projektów, ale nie znajduje to odzwierciedlenia w pomiarze mierników efektywności, wobec ich nikłej dostępności. Ocena skuteczności RPZ w tym zakresie w subregionie płockim nie jest zatem możliwa.

Stopień osiągnięcia celu głównego RPZ w subregionie płockim

W świetle dostępnych danych **nie jest możliwe jednoznaczne potwierdzenie osiągnięcia celu głównego RPZ w subregionie płockim**, zarówno w module dotyczącym otyłości, jak i chorób kręgosłupa.

Choć z deklaracji uczestników i realizatorów projektów wynika, że Program przyniósł zauważalne korzyści w zakresie wzrostu świadomości zdrowotnej, poprawy stylu życia oraz stanu zdrowia dzieci – szczególnie w odniesieniu do postawy ciała i aktywności fizycznej – to niska dostępność danych sprawozdawczych (mierników efektywności) znacząco ogranicza możliwość dokonania obiektywnej oceny skuteczności interwencji.

W module dotyczącym otyłości dane pozwalające na ocenę wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanych przypadków były dostępne jedynie dla 3 z 8 projektów, a dane dotyczące efektów zdrowotnych (np. spadek masy ciała) – tylko dla 1 projektu. Analogicznie, w module dotyczącym chorób kręgosłupa, dane dot. poprawy stanu zdrowia w wyniku interwencji (miernik 14.2) dostępne były w mniej niż 60% projektów.

Wobec powyższego, stopień realizacji celu głównego RPZ w subregionie płockim należy uznać za niemożliwy do wiarygodnego określenia, ze względu na niedostateczną dostępność i spójność danych. Dostępne informacje pozwalają jedynie na stwierdzenie, że interwencja była pozytywnie oceniana przez uczestników i ich opiekunów, lecz nie można tego jednoznacznie potwierdzić w oparciu o wskaźniki pomiarowe określone w RPZ.

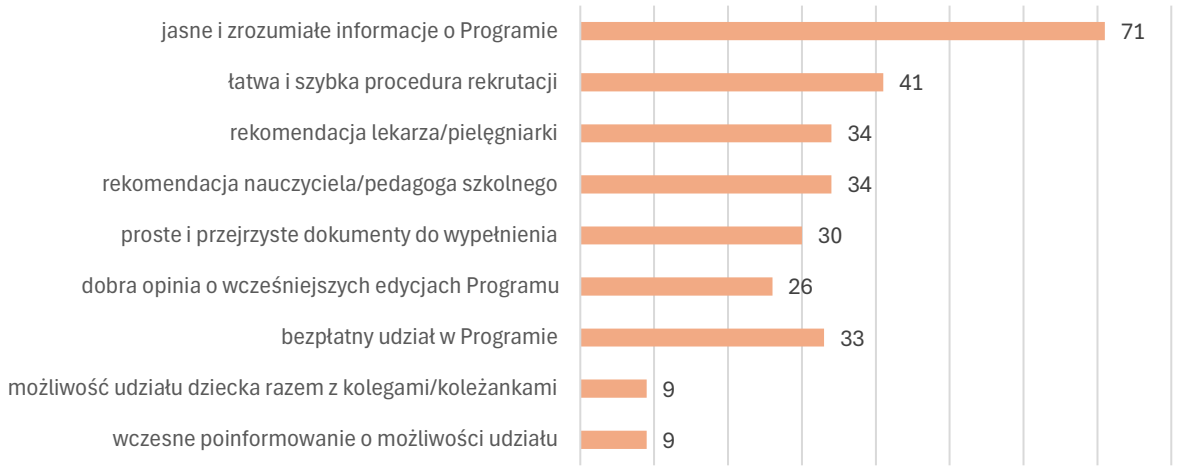
Dostępność świadczeń

Zgłaszalność do programu

W kontekście zróżnicowanej terytorialnie dostępności projektów w ramach RPZ, szczególnego znaczenia nabiera **identyfikacja czynników, które mogły sprzyjać decyzji rodziców lub opiekunów o zgłoszeniu dziecka do programu** – zarówno na poziomie lokalnym, jak i indywidualnym. Wnioski w tym zakresie, dotyczące subregionu płockiego, zostały sformułowane na podstawie wyników badań ilościowych wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ, tj. wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo (CATI).

Dane nt. czynników sprzyjających zgłoszeniu dziecka do programu przedstawione są na wykresie 60.

Wykres 60 Czynniki sprzyjające zgłoszeniu dziecka do programu – subregion płocki(CATI, N=80)



Wynika z nich, że z perspektywy rodziców i opiekunów dzieci z subregionu płockiego kluczowym czynnikiem sprzyjającym zgłoszeniu – tak, jak dla ogółu badanych – była **czytelność i przystępność informacji** o samym programie – aż 71 respondentów wskazało na jasne i zrozumiałe komunikaty jako element ułatwiający decyzję o udziale. Dla respondentów z tego regionu nieco bardziej istotna, niż dla ogółu badanych, była bezpłatność udziału w programie (33 wskazania).

Wśród **czynników, które mogły utrudniać udział w programie,** respondenci badania CATI wskazywali najczęściej ograniczoną liczbę miejsc w programie (10 wskazań). Jednocześnie 64 z 80 badanych nie dostrzegało żadnych barier udziału.

Ocena trafności założeń rekrutacyjnych została również poddana weryfikacji w badaniu ankietowym CAWI, obejmującym 16 projektów realizowanych w subregionie płockim. Beneficjenci zostali zapytani o ogólne doświadczenia związane z procesem rekrutacji uczestników. Większość z nich oceniła ten etap jako relatywnie nieskomplikowany: w przypadku **12 z 16 projektów uznano rekrutację za „raczej łatwą”**, a w **1 przypadku za „zdecydowanie łatwą”**. Jedynie dla **3 projektów wskazano odpowiedź „raczej trudna”**. Niemniej jednak badani beneficjenci wskazywali pewne **trudności**, które w ich ocenie mogły ograniczać zgłaszalność, w tym najczęściej:

- brak czasu/opory ze strony rodziców/opiekunów (7 wskazań),
- obawy przed stygmatyzacją związane z udziałem w programie (6 wskazań).

Perspektywa realizatorów projektów, pozyskana w ramach badania CAWI obejmuje także czynniki, które w ich opinii **sprzyjały zgłaszaniu dzieci do udziału w programie**. Z punktu widzenia realizatorów były to przede wszystkim:

- informacja przekazana przez szkołę (nauczyciela, dyrektora, pielęgniarkę szkolną, 11 wskazań),
- atrakcyjność oferowanych zajęć (10 wskazań).

Podsumowując, w subregionie płockim zgłaszalność do programu należy ocenić jako zadowalającą, a zastosowany model rekrutacyjny – oparty na jasnej komunikacji i zaangażowaniu instytucji edukacyjnych oraz personelu medycznego – okazał się skuteczny.

Dostępność edukacyjnych form wsparcia

Skalę działań informacyjno-edukacyjnych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 22). Należy podkreślić, że dane dotyczące miernika 11 obarczone są znaczną niejednorodnością oraz niską dostępnością.

Tabela 22 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań edukacyjnych w subregionie płockim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=39 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=14 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=27 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:	**1 900**	**8/18**
11.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, w tym:	1 513	3/8
11.1.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości	975	3/8
11.1.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości	975	3/8
11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	387	6/12
11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	206	6/12
11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	181	6/12

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

W ramach **modułu dotyczącego otyłości**, zgodnie ze sprawozdaniami z realizacji RPZ, zarejestrowano łącznie 975 działań edukacyjnych skierowanych do uczestników programu (miernik 11.1.1) oraz tyle samo działań skierowanych do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.1.2), łącznie: **1 513** interwencji edukacyjnych (miernik 11.1). W ramach modułu dotyczącego chorób kręgosłupa zarejestrowano łącznie 206 działań edukacyjnych skierowanych do uczestników programu (miernik 11.2.1) oraz 181 działań skierowanych do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.2.2), łącznie **387** interwencje edukacyjne (miernik 11.2).

Dostępność terapeutycznych form wsparcia

Skalę działań terapeutycznych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 23). Także wobec nich należy zachować ostrożność metodologiczną i w zakresie interpretacji wyników.

Tabela 23 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań terapeutycznych w subregionie płockim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=18 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=8 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=12 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:	**4 578**	**11/18**
8.1. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:	1 381	5/8
8.1.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	1 341	5/8

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
8.1.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	40	5/8
8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w tym:	3 197	7/12
8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	3 033	7/12
8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	120	7/12
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:	**2 390**	**9/18**
9.1. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:	541	3/8
9.1.1. liczba badań początkowych	374	3/8
9.1.2. liczba badań w środku interwencji	67	3/8
9.1.3. liczba badań końcowych	100	3/8
9.1.4. liczba innych badań	0	3/8
9.2. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa programu, w tym:	1 849	7/18
9.2.1. liczba badań początkowych	739	7/18
9.2.2. liczba badań w środku interwencji	569	7/18
9.2.3. liczba badań końcowych	541	7/18
9.2.4. liczba innych badań	0	7/18
10. Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych (tylko moduł dot. otyłości)	**335**	**1/8**
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:	**0**	**8/18**
13.1. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości	0	3/8
13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa	0	7/12

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

W **module dotyczącym otyłości dane dot. liczby wykonanych badań lekarskich** (miernik 9.1.) wskazują, że było ich łącznie **541** – przy czym dane te obejmują tylko 3 z 8 projektów. W tej liczbie znalazły się zarówno badania początkowe (374), przeprowadzane w ramach kwalifikacji, jak i badania w środku interwencji (67) oraz końcowe (100), służące ocenie efektów zdrowotnych.

Dane dot. **liczby wykonanych badań lekarskich w module dotyczącym chorób kręgosłupa** są również dostępne w niewielkim stopniu (tj. dla 7 z 18 projektów). W module tym łącznie przeprowadzono 1 849 badań. W tej liczbie ujęto badania początkowe (739), badania śródinterwencyjne (569) i końcowe (541).

Dane dotyczące **liczby skierowań na pogłębioną diagnostykę medyczną** (miernik 13) również dostępne są na niskim poziomie i sugerują, że w subregionie płockim w żadnym z modułów nie odnotowano ani jednego przypadku skierowania uczestnika projektu na pogłębioną diagnostykę.

W przypadku modułu dotyczącego otyłości specyficznym elementem oddziaływań terapeutycznych były **indywidualne porady dietetyczne**, których skalę powinien odzwierciedlać miernik 10. Dane na jego temat dostępne są tylko dla 1 z 8 projektów – w jego ramach sprawozdano, że zrealizowano łącznie **335 porad dietetycznych**.

Ocena rzeczywistej dostępności poszczególnych form interwencji terapeutycznej jest możliwa na podstawie wyników badania CATI wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w programie. Respondentów (80 osób w subregionie płockim) pytano o udział dzieci w pełnym lub częściowym cyklu świadczeń przewidzianych w programie – zarówno w zakresie aktywności fizycznej, jak i indywidualnych porad dietetycznych.

W module dotyczącym otyłości niemal wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 32 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) **skorzystali z pełnego cyklu świadczeń** – zarówno w odniesieniu do zajęć ruchowych (32 wskazania na udział dziecka w pełnym cyklu), jak i porad dietetycznych (31 wskazań na udział dziecka w pełnym cyklu, 1 wskazanie na udział w części cyklu).

W module dotyczącym chorób kręgosłupa również zdecydowana większość uczestników (zgodnie z opiniami 48 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) **skorzystała z pełnego cyklu zajęć ruchowych** – 37 rodziców/opiekunów zadeklarowało, że ich dziecko uczestniczyło we wszystkich zaplanowanych zajęciach, natomiast 11 osób wskazało udział częściowy.

Dane te potwierdzają efektywną realizację standardu regularności świadczeń.

Dostępność i jakość realizacji świadczeń z perspektywy uczestników RPZ

Wyniki badania CATI przeprowadzonego wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ wskazują na **bardzo wysoką ocenę jakości realizacji świadczeń** (wykres 61) – zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i relacyjnym. Respondenci zostali poproszeni o ocenę kilku aspektów świadczenia wsparcia, obejmujących m.in. stosunek personelu do uczestników, warunki organizacyjne, komunikatywność, punktualność oraz sposób przekazywania wiedzy.

Wykres 61 Ocena jakości realizacji świadczeń z perspektywy rodziców/opiekunów uczestników RPZ w subregionie płockim (N=80)



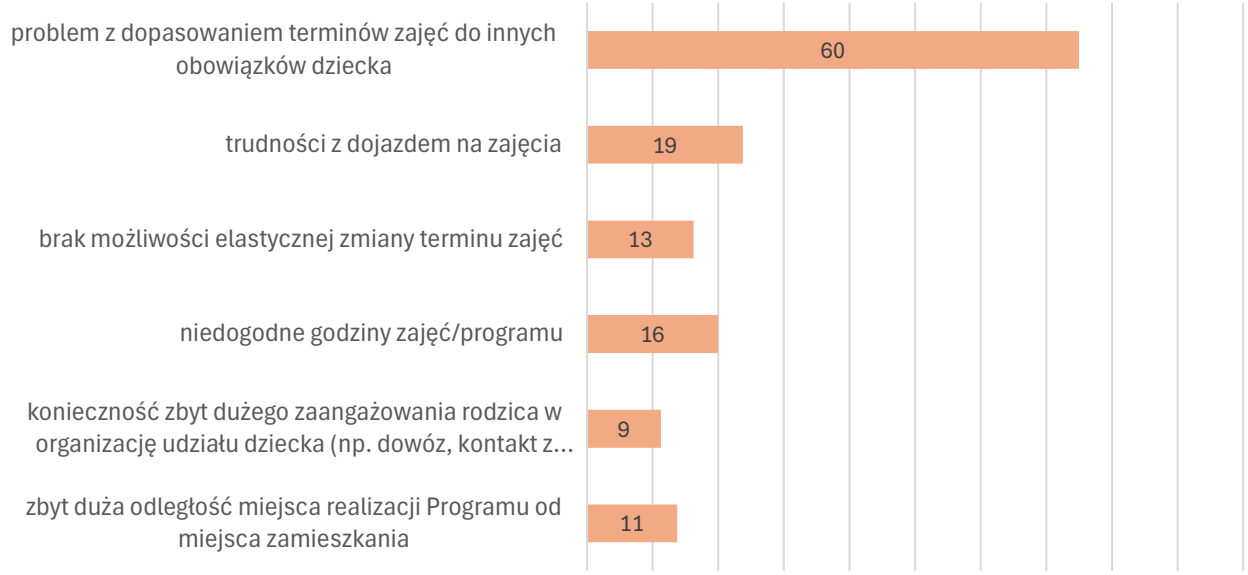
We wszystkich analizowanych obszarach zdecydowana większość ocen mieści się w dwóch najwyższych kategoriach („bardzo dobrze" i „dobrze"), co świadczy o wysokim poziomie satysfakcji z

udziału w programie. Brak odpowiedzi negatywnych oraz bardzo niski odsetek ocen neutralnych („ani dobrze, ani źle") potwierdza pozytywny odbiór programu z perspektywy jego uczestników.

Pomimo ogólnej dostępności form wsparcia oferowanych w ramach RPZ, wyniki badania CATI wskazują na występowanie szeregu trudności organizacyjnych, które mogły ograniczać pełne uczestnictwo dzieci w programie (wykres 62).

Najczęściej wskazywaną trudnością związaną z udziałem dziecka w programie w subregionie płockim była **konieczność dopasowania terminów zajęć do innych obowiązków.** Pozostałe trudności, choć wskazywane znacznie rzadziej, to trudności z dojazdem, niedogodne godziny zajęć oraz brak możliwości elastycznej zmiany terminu. Część rodziców zwracała też uwagę na potrzebę dużego zaangażowania organizacyjnego po ich stronie, np. w zakresie dowozu dziecka czy kontaktu z realizatorem. Wyniki uzyskane w subregionie są spójne z wynikami dla ogółu województwa.

Wykres 62 Trudności doświadczane przez rodziców/opiekunów w związku z udziałem ich dzieci w RPZ w subregionie płockim (N=80)



Zgodnie z opiniami rodziców wyrażonymi w ankiecie CATI, **poszczególne formy wsparcia były udzielane w ilości, czasie i częstotliwości zgodniej z potrzebami dzieci**. Wyjątkiem są porady dietetyczne, których rodzice oczekiwaliby więcej.

Użyteczność programu z perspektywy uczestników

Rozdział ten przedstawia ocenę RPZ z punktu widzenia jego rzeczywistej przydatności dla uczestników – zarówno dzieci objętych interwencją, jak i ich opiekunów. Analiza dotyczy postrzeganych korzyści, wpływu programu na codzienne życie, stopnia wykorzystania zdobytej wiedzy.

W badaniu CATI rodzice/opiekunowie zostali poproszeni o ocenę jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu, korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało bardzo niską, a 5 – bardzo wysoką jakość. Poniżej przedstawiono wyniki tych ocen dla poszczególnych komponentów interwencji.

Na podstawie ocen rodziców uczestników programu w **module dotyczącym otyłości** (n=50), wszystkie analizowane świadczenia zdrowotne uzyskały wysokie oceny jakościowe. Średnie i mediany ocen kształtują się następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia 4,16, mediana 4,0
- porady dietetyczne: średnia 4,31, mediana 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia 4,19, mediana 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia 4,22, mediana 4,0

We wszystkich przypadkach mediana ocen wynosi 4,0, co świadczy o dominującej ocenie „dobrze", przy jednoczesnym znaczącym udziale ocen „bardzo dobrze". Brak ocen negatywnych (1 lub 2) potwierdza wysoką jakość realizowanych świadczeń w oczach beneficjentów programu. Oceny w subregionie nie odbiegają od ocen ogółu badanych.

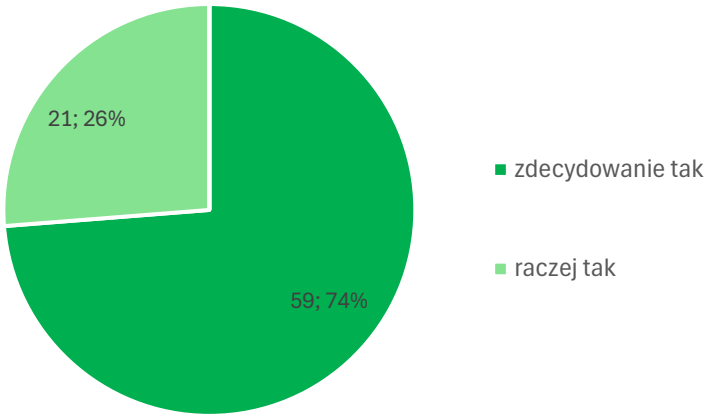
Bardzo podobnie kształtują się opinie rodziców, których dzieci uczestniczyły w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa (n=48) – również wskazują na bardzo wysoki poziom satysfakcji. Analiza średnich i median dla poszczególnych komponentów wygląda następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia: 4,29, mediana: 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia: 4,27, mediana: 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia: 4,29, mediana: 4,0

Wszystkie świadczenia uzyskały dominujące oceny „dobrze" i „bardzo dobrze", przy całkowitym braku ocen negatywnych (1–2) dla wizyty kwalifikacyjnej i badań końcowych, oraz jedynie pojedynczym przypadkiem oceny „3" dla zajęć ruchowych i badań lekarskich końcowych. Dane te potwierdzają wysoki poziom akceptacji i pozytywną ocenę jakości usług terapeutycznych świadczonych w ramach RPZ. Oceny w subregionie nie odbiegają od ocen ogółu badanych.

Wysoki poziom satysfakcji z Programu znajduje potwierdzenie również w odpowiedziach na pytanie o jego rekomendację (wykres 63).

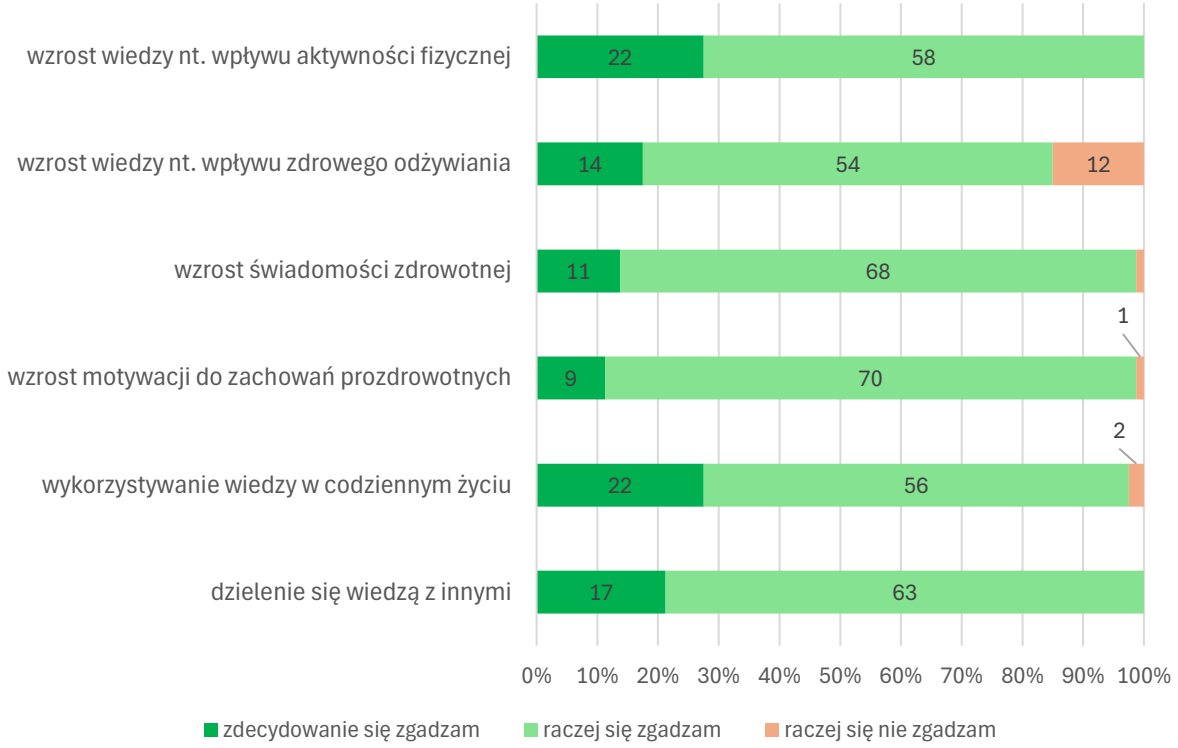
Wykres 63 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w subregionie płockim nt. tego, czy poleciliby udział w RPZ innym osobom (N=80)



Wszyscy respondenci zadeklarowali, że z perspektywy czasu zdecydowanie (59 osób) lub raczej (21 osób) poleciliby RPZ innym rodzicom. Tak jednoznacznie pozytywna struktura odpowiedzi świadczy o wysokim poziomie akceptacji interwencji i jej wartości z punktu widzenia użytkowników końcowych.

Dalsza analiza opinii uczestników potwierdza, że RPZ wywarł realny wpływ na życie rodzin biorących w nim udział (wykres 64).

Wykres 64 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w subregionie płockim nt. tego, czy udział w programie przyczynił się do określonych zmian w życiu ich i dziecka (N=80)



Zdecydowana większość respondentów – zarówno zdecydowanie, jak i raczej – zgodziła się z twierdzeniem, że udział w Programie przyczynił się do wzrostu motywacji do zachowań prozdrowotnych, zwiększenia świadomości zdrowotnej, a także częstszego wykorzystywania wiedzy zdobytej w trakcie zajęć. Wysoko oceniono również wpływ Programu na wiedzę dzieci i rodziców na temat znaczenia aktywności fizycznej, natomiast nieco niższy odsetek odpowiedzi pozytywnych odnotowano w obszarze wiedzy dotyczącej zdrowego odżywiania. Jednocześnie pozytywną wymowę uzyskuje również odpowiedź na pytanie o dzielenie się wiedzą – co może świadczyć o rozprzestrzenianiu się efektów programu poza bezpośrednią grupę uczestników. Wyniki dla regionu nie odbiegają w tym zakresie od wyników dla ogółu badanych.

Całość wyników potwierdza, że RPZ był postrzegany nie tylko jako doraźna interwencja, ale również jako bodziec do trwałych zmian w postawach, zachowaniach i świadomości zdrowotnej.

Trwałość efektów programu

Trwałość efektów programu w perspektywie sprawozdawczej

Trwałość osiągniętych efektów zdrowotnych i behawioralnych – zarówno w wymiarze klinicznym (np. utrzymanie prawidłowego wskaźnika BMI, poprawa postawy ciała), jak i funkcjonalnym (kontynuacja zaleceń, trwałość zmiany stylu życia) – zgodnie z założeniami RPZ, powinna być monitorowana z wykorzystaniem mierników 18–24. Dostępność danych dla tych mierników jest jednak bardzo ograniczona. W rezultacie analiza mierników 18–24 opiera się wyłącznie na danych szczątkowych i nie pozwala na pełną ocenę skali i zakresu utrzymania efektów zdrowotnych w dłuższej perspektywie.

Poniższa tabela prezentuje wartości mierników dotyczących trwałości efektów udziału w RPZ (tabela 24). Jak widać, dostępność danych dla projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości wynosi

w okresie po 6 miesiącach od zakończenia udziału uczestnika w projekcie 29% (dane są dostępne dla 10 z 34 projektów), a w okresie po 12 miesiącach – tylko 18% (dane dla 6 z 34 projektów). Dostępność danych dla projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa jest nieco wyższa – dane po 6 miesiącach są dostępne dla 31% projektów (31 z 67 projektów), a po 12 miesiącach dla 27% (18 z 67 projektów).

Tabela 24 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące trwałości efektów zdrowotnych i behawioralnych w subregionie płockim , wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=18 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=8 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=12 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**703**	**7/18**
18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane **w terminie 6 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego w tym:	93	7/18
18.1.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	93	2/8
18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgos**łupa, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	351	6/12
18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **12 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	259	6/18
18.2.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	20	1/8
18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	239	5/12
19. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**76**	**2/8**
20. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**9**	**1/8**
21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**300**	**6/12**
22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**231**	**5/12**
23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**254**	**7/18**
23.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują	67	2/8

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie		
23.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	187	6/12
24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**228**	**6/18**
24.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	0	1/8
24.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	228	5/12

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Moduł dotyczący otyłości

W przypadku modułu dotyczącego otyłości dostępność danych dla mierników długoterminowych jest skrajnie ograniczona, co znacząco utrudnia rzetelną ocenę efektów zdrowotnych interwencji w perspektywie 6 i 12 miesięcy od zakończenia udziału w Programie. Dane dotyczące 6-miesięcznej obserwacji pozyskano jedynie od 93 uczestników (2 z 8 projektów), natomiast po 12 miesiącach od 20 uczestników (1 z 8 projektów).

Z tego powodu ocena efektu stabilizacji lub redukcji wskaźnika BMI (mierniki 19 i 20) jest niemożliwa (76 uczestników po 6 miesiącach utrzymało niezmieniony/zmniejszony wskaźnik BMI, a po 12 miesiącach utrzymało go 9 uczestników). Podobnie trudno ocenić efekt trwałości stosowania się do zaleceń (67 uczestników zadeklarowało stosowanie się do zaleceń po 6 miesiącach, a po 12 miesiącach – brak jest takich deklaracji).

Moduł dotyczący chorób kręgosłupa

W przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa dostępność danych również jest ograniczona i umożliwia to jedynie orientacyjną ocenę trwałości efektów zdrowotnych. Dane 6-miesięczne pozyskano od 351 uczestników, a 12-miesięczne – od 239 uczestników.

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że:

- 300 uczestników deklarowało utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia po 6 miesiącach (miernik 21), 231 uczestników – po 12 miesiącach (miernik 22),
- 187 uczestników deklarowało stosowanie się do zaleceń po 6 miesiącach (miernik 23.2), a po 12 miesiącach nastąpił wzrost do 228 uczestników (miernik 24.2), przy czym nie ma pewności, czy wzrost ten nie wynika z błędów sprawozdawczych.

Pomimo niepełnego zasięgu danych, zauważalne są pozytywne deklaracje uczestników co do kontynuacji działań prozdrowotnych oraz utrzymania poprawy stanu zdrowia. Jednak ze względu na

ograniczoną dostępność danych, nie jest możliwe wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących skuteczności długoterminowej w skali całego programu.

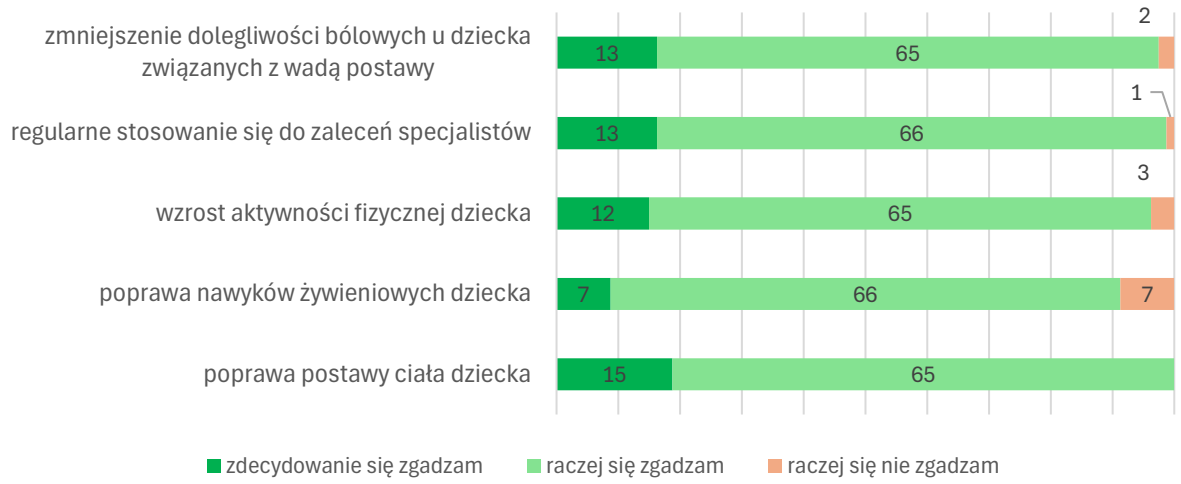
Z uwagi na powyższe, w szczególności w module dotyczącym otyłości, **formułowanie ocen efektywności interwencji w perspektywie długoterminowej (6 i 12 miesięcy po zakończeniu udziału w Programie) w subregionie płockim nie jest możliwe**. W odniesieniu do wskaźników długoterminowych (mierniki 18–24), analizy ilościowe należy uznać za niemiarodajne, a próby ewaluacji – niewystarczające z metodologicznego punktu widzenia.

Trwałość efektów w opinii uczestników i realizatorów RPZ

W niniejszej części przedstawiono ilościowe wnioski wynikające z wywiadów telefonicznych z rodzicami (CATI) oraz ankiety internetowej przeprowadzonej wśród realizatorów (CAWI). Analiza ta pozwala uchwycić nie tylko skalę i charakter utrzymanych efektów, ale także czynniki sprzyjające lub utrudniające ich kontynuację po zakończeniu interwencji.

W ramach ankiety telefonicznej CATI respondentów – rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie – zapytano o **utrzymanie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci po zakończeniu udziału w programie** – zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i nawyków zdrowotnych oraz przestrzegania zaleceń specjalistów. Uzyskane wyniki przedstawia wykres 65.

Wykres 65 Efekty utrzymujące się po udziale dziecka w programie, według deklaracji rodziców/opiekunów z podregionu płockiego (N=80)



Wyniki badania wskazują na **bardzo wysoką zgodność rodziców co do utrzymania pozytywnych efektów programu**. Najczęściej deklarowano poprawę postawy dziecka (100% twierdzących wskazań). Nieco większe zróżnicowanie opinii odnotowano w obszarze zmiany nawyków żywieniowych – choć i tu niemal wszyscy respondenci potwierdzili pozytywne efekty (73 odpowiedzi twierdzące).

Rodziców/opiekunów zapytano także o obserwowane **zmiany psychospołeczne u dziecka,** które pojawiły się w związku z udziałem w programie. Na wykresie 66 przedstawiono zestawienie najczęściej wskazywanych przez rodziców zmian w tym obszarze.

Wykres 66 Deklarowane przez rodziców trwałe zmiany psychospołeczne po udziale w programie, obserwowane u dzieci z subregionu płockiego (N=80)



Na podstawie opinii 80 rodziców/opiekunów uczestników programu w subregionie płockim można stwierdzić, że **pozytywne efekty psychospołeczne – obok celów bezpośrednio zdrowotnych – stanowiły istotny i zauważalny rezultat udziału dzieci w RPZ**. Zdecydowana większość respondentów potwierdziła wystąpienie i utrzymywanie się pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dziecka, nie tylko w kontekście zdrowotnym, lecz również w sferze emocjonalnej, społecznej i rodzinnej. Najczęściej wskazywanym efektem była **poprawa samopoczucia i większa pewność siebie dziecka** (potwierdzona przez 78 osób), a także **zwiększona integracja z rówieśnikami** (77 wskazań).

Opinie realizatorów projektów w subregionie płockim (N=16) pozwalają uzupełnić ocenę trwałości RPZ o perspektywę instytucjonalną – z uwzględnieniem doświadczeń z wdrażania programu, obserwacji dotyczących zachowań uczestników oraz identyfikowanych barier i czynników sukcesu. Realizatorzy 12 z 16 projektów ocenili swoją wiedzę na temat ich długoterminowych efektów jako wysoką lub bardzo wysoką, natomiast realizatorzy kolejnych 4 projektów wskazali na poziom średni.

Zdaniem realizatorów, za **najbardziej trwałe efekty** uznać można przede wszystkim poprawę świadomości zdrowotnej dzieci i ich opiekunów – wskazano na nią w odniesieniu aż do 13 z 16 projektów. Inne efekty rzadziej postrzegano jako trwałe: na większą motywację uczestników do dbania o zdrowie po zakończeniu programu wskazano dla 8 projektów, a dla 7 – na utrwalenie zdrowych nawyków żywieniowych u uczestników.

W odpowiedzi na pytanie o **najmniej trwałe efekty programu** respondenci z subregionu płockiego najczęściej wskazywali na kontynuację zajęć edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci po zakończeniu projektu (8 wskazań) oraz na utrzymanie zdrowych nawyków żywieniowych przez uczestników (7

wskazań), co wskazuje, że trwałość tego ostatniego efektu jest bardzo różnie postrzegana przez beneficjentów.

Jeśli chodzi o **czynniki sprzyjające utrwalaniu efektów RPZ**, to opinie realizatorów projektów w subregionie płockim są w tym zakresie spójne z opiniami ogółu badanych:

- najczęściej wymienianym czynnikiem sprzyjającym utrwaleniu efektów RPZ było **indywidualne podejście do uczestników i dostosowanie działań do ich potrzeb** – wskazane w przypadku aż 14 z 16 projektów.
- tuż za nim uplasowała się **wysoka jakość merytoryczna projektu**, w tym kompetencje specjalistów i skuteczność metod interwencyjnych oraz **dobra organizacja i skuteczne zarządzanie projektem** (po 10 odpowiedzi).

Z kolei w przypadku **czynników niesprzyjających trwałości efektów RPZ** opinie realizatorów projektów w subregionie płockim wskazują tak samo często na **niewystarczające wsparcie rodziców/opiekunów w utrzymaniu zmian**, jak na **brak kontynuacji zajęć edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci** (po 9 wskazań).

Jeśli chodzi o **sposoby zwiększenia trwałości efektów RPZ,** to realizatorzy projektów w subregionie płockim najczęściej wskazują na: kontynuację działań edukacyjnych w szkołach i przedszkolach (11 wskazań), organizowanie warsztatów i spotkań dla rodziców na temat zdrowego stylu życia (9), włączenie tematyki zdrowia i profilaktyki do programów nauczania (8) oraz umożliwienie uczestnikom dostępu do darmowych lub dofinansowanych zajęć sportowych i zapewnienie stałego finansowania działań profilaktycznych i zdrowotnych (po 7 wskazań).

Podsumowanie – subregion płocki

W subregionie płockim zrealizowano łącznie 18 projektów w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego, w tym 8 w module dotyczącym otyłości i 12 w module dotyczącym chorób kręgosłupa. Subregion ten odpowiadał za około 17% wszystkich uczestników programu na Mazowszu.

Efekty rekrutacyjne i uczestnictwo:

- skuteczna rekrutacja – średni wskaźnik konwersji zgłoszeń do zakwalifikowanych uczestników wyniósł 92%, a mediana 100%,
- wskaźnik rezygnacji z udziału był relatywnie niski (średnio 7%, mediana 2%),
- średni wskaźnik ukończenia programu wyniósł 78% (przy medianie 91%),
- główne źródła informacji o programie: szkoły i przedszkola, komunikaty wewnętrzne, nauczyciele i pielęgniarki szkolne.

Moduł dotyczący otyłości

Diagnostyka: wykrywalność wcześniej niezdiagnozowanej otyłości odnotowano w liczbie 346 przypadków, jednak dane dostępne były tylko dla 3 z 8 projektów – brak możliwości wyciągnięcia miarodajnych wniosków.

Edukacja: zadeklarowany wzrost świadomości zdrowotnej i wiedzy zarówno u dzieci, jak i rodziców; dane ilościowe dostępne dla ograniczonej liczby projektów (np. miernik 15.1 – tylko 2 z 8 projektów).

Efekty zdrowotne: zmniejszenie masy ciała ≥3% stwierdzono u 67 dzieci, ale tylko w 1 projekcie; brak podstaw do szerszej oceny skuteczności programu.

Moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Diagnostyka: wykryto 950 przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa, dane dostępne dla 7 z 12 projektów – brak możliwości obliczenia wskaźnika wykrywalności.

Edukacja: wysoki poziom deklarowanego wzrostu wiedzy – zarówno u dzieci, jak i rodziców; dane z badań CATI wskazują na niemal powszechnie pozytywne oceny efektów edukacyjnych.

Efekty zdrowotne: poprawa stanu zdrowia odnotowana u 564 dzieci w 7 projektach; uczestnicy i rodzice deklarowali poprawę postawy ciała, samopoczucia oraz zmniejszenie dolegliwości bólowych.

Dostępność świadczeń

Program był realizowany z dużą intensywnością – zrealizowano 1 900 działań edukacyjnych, 4 578 zajęć ruchowych i 2 390 badań lekarskich/fizjoterapeutycznych. Uczestnicy skorzystali z pełnych cykli świadczeń. Jakość świadczeń została bardzo wysoko oceniona w badaniach CATI – dominowały oceny „4" i „5", nie odnotowano ocen negatywnych.

Wnioski ogólne:

Realizacja RPZ w subregionie płockim przyniosła pozytywne rezultaty z perspektywy uczestników – deklarowano wzrost świadomości zdrowotnej i poprawę stanu zdrowia dzieci. Szczególnie dobrze oceniono działania w module dotyczącym chorób kręgosłupa. Jednak z uwagi na bardzo ograniczoną dostępność danych sprawozdawczych – zwłaszcza w module otyłości – nie jest możliwa jednoznaczna ocena stopnia realizacji celu głównego RPZ w tym subregionie. Zróżnicowanie jakości danych sprawozdawczych znacząco ogranicza możliwość rzetelnej ewaluacji skuteczności interwencji.

Subregion ostrołęcki

Liczbowy zasięg i przebieg programu

RPZ był realizowany wyłącznie w subregionie ostrołęckim w ramach 8 projektów, w tym 4 w module dotyczącym otyłości, a 5 w module dotyczącym chorób kręgosłupa (1 projekt realizowany był w obu modułach).

Analiza opiera się przede wszystkim na danych pochodzących ze sprawozdań z realizacji RPZ, uzupełnionych o dane na temat produktów i rezultatów projektów gromadzone w systemie SL2014, a także o dane ilościowe pozyskane od realizatorów oraz uczestników projektów.

W RPZ założono mierniki efektywności, odzwierciedlające kluczowe etapy procesu interwencji – od momentu aplikacji do programu (miernik 1), przez kwalifikację (mierniki 2 i 3) i udział (miernik 4 i 5), aż po jego zakończenie (miernik 6). Analiza osiągniętych wartości mierników pozwala ocenić, w jakim stopniu program dotarł do założonej grupy docelowej w subregionie ostrołęckim i umożliwił przeprowadzenie pełnego cyklu wsparcia. W odróżnieniu od innych subregionów, dane dla subregionu są w przypadku tych mierników są dostępne dla każdego projektu, chociaż tylko w przypadku 1 na 8 projektów dostępne jest sprawozdanie końcowe z realizacji RPZ – zatem dostępne dane prawdopodobnie nie odzwierciedlają pełnego przebiegu programu w subregionie.

*Tabela 25 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące kluczowych etapów interwencji **w subregionie ostrołęckim**, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N= 8, w tym n=4 dla modułu dotyczącego otyłości, n=5 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)*

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:	**1 225**	**8/8**
1.1. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości	321	4/4

1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa	904	5/5
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym:	**990**	**8/8**
2.1. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości	236	4/4
2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa	754	5/5
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne)	**55**	**8/8**
4. Liczba uczestników programu w tym:	**933**	
4.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości	263	4/4
4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	670	5/5
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	**28**	**8/8**
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program w tym:	**750**	**7/8**
6.1. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości	141	3/4
6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa	609	5/5

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

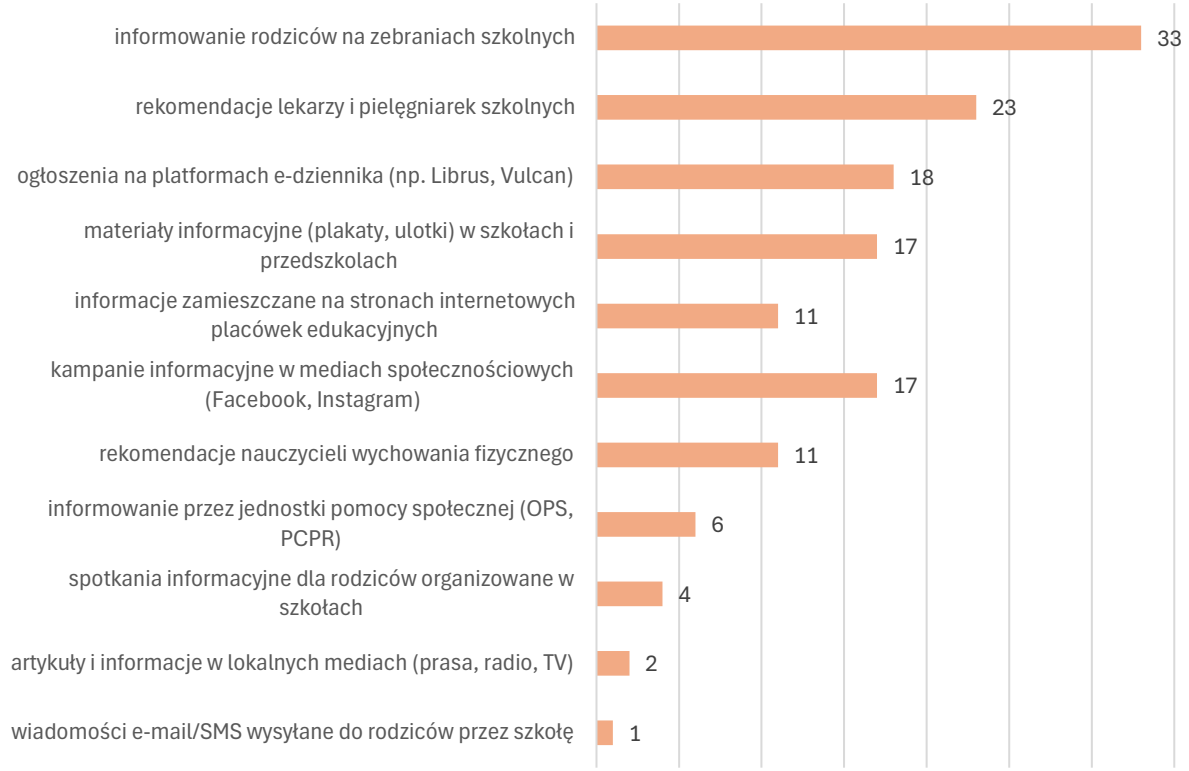
Zgłoszenia do programu (miernik 1) odnotowano łącznie w liczbie **1 225** (co stanowi 7% wszystkich zgłoszeń do programu). Udział zgłoszeń do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa (904) był trzykrotnie wyższy, niż do modułu dotyczącego otyłości (321).

Wyniki badania ankietowego CATI z rodzicami/opiekunami uczestników projektów w subregionie ostrołęckim (N=34) potwierdzają wniosek z analizy wyników na poziomie całego programu, dotyczący kluczowej roli placówek edukacyjnych w skutecznym dotarciu z informacją o programie (wykres 67). Niemal wszyscy respondenci (33 osoby) wskazali, że dowiedzieli się o naborze na zebraniu szkolnym. W porównaniu z wynikami dla całego programu, w subregionie ostrołęckim dostrzec można nieco częstsze wskazywanie takie źródła informacji, jak kampanie informacyjne w mediach społecznościowych.

Respondenci zostali zapytani również o to, **jakie kanały informacji uznaliby za najbardziej trafne i efektywne**. Zestawienie odpowiedzi na oba pytania wskazuje na **wysoki poziom zgodności pomiędzy rzeczywistymi a preferowanymi źródłami informacji**. Informowanie rodziców na zebraniach szkolnych, komunikacja za pośrednictwem e-dzienników oraz rekomendacje ze strony personelu edukacyjnego i medycznego to zarówno najczęściej wskazywane źródła wiedzy o programie, jak i te uznawane za najbardziej adekwatne.

Perspektywa realizatorów projektów w subregionie ostrołęckim, zebrana w badaniu CAWI (odpowiedzi zebrano dla 6 projektów) potwierdza wnioski płynące z doświadczeń rodziców. Niemal jedynym źródłem skutecznego dotarcia do uczestników były placówki oświatowe (szkoły i przedszkola), w tym dyrektorzy, nauczyciele oraz pielęgniarki szkolne (6 wskazań na 6 projektów).

Wykres 67 Źródła informacji o programie według deklaracji rodziców/opiekunów uczestników projektów w subregionie ostrołęckim (CATI, N=34)



Spośród wszystkich dzieci aplikujących do programu w subregionie ostrołęckim, **81% (tj. 990 osób) pozytywnie przeszło weryfikację kryteriów formalnych i zostało zakwalifikowanych do oceny medycznej (miernik 2)**. Jest to wartość nieco mniejsza,niż dla całego województwa mazowieckiego (84%). Widoczna jest różnica między modułami: **w module otyłości było to 236 dzieci** (dane dostępne dla wszystkich projektów), a **w module chorób kręgosłupa – 754** (dane dostępne dla wszystkich projektów).

Dla **wszystkich 8 projektów** dostępne były dane jednocześnie dla miernika 1 i 2, określono dla nich zatem **poziom konwersji**: w 2 wyniósł 100%, w 2 powyżej 80%, w kolejnych 2 powyżej 70% i w 2 około 60%. W większości projektów **poziom konwersji zgłoszeń na zakwalifikowanych uczestników był bardzo wysoki**, co świadczy o sprawnym funkcjonowaniu procesu rekrutacyjnego i wysokiej zgodności zgłoszeń z kryteriami programu. Średni poziom konwersji oraz mediana wyniosłu 79% (średnia 88% i mediana 96% w całym województwie).

Odnotowano **55 przypadków niespełnienia kryteriów medycznych (miernik 3)** – łącznie w 5 wśród 8 projektów.

Kluczowym etapem interwencji był faktyczny **udział w programie (miernik 4)**. **Liczba uczestników programu wyniosła w subregionie ostrołęckim łącznie 933** (dane ze 100% projektów), co stanowi **4,7% wszystkich uczestników** programu (19 665 dzieci w całym województwie). Wśród uczestników 263 osoby uczestniczyły w module otyłości a 670 w module chorób kręgosłupa (dane ze wszystkich projektów).

Dane dotyczące **rezygnacji z udziału w programie (miernik 5)** wskazują, że **28 osób zrezygnowało z dalszego uczestnictwa** (co stanowi 3,8% wszystkich rezygnacji w województwie, których było 722).

Wartość ta, choć stosunkowo niewielka, wymaga ostrożnej interpretacji, ze względu na niepełną sprawozdawczość oraz brak kompletnych informacji o powodach rezygnacji.

Dane dotyczące **liczby uczestników, którzy ukończyli program zgodnie ze ścieżką interwencji zaplanowaną w RPZ (miernik 6)**, dostępne są dla wszystkich projektów, choć nie są kompletne (dla niektórych projektów dostępne są sprawozdania tylko z pojedynczych lat realizacji projektu). **Ukończenie programu** potwierdzono w przypadku **750 uczestników** (co stanowi **7,6% wszystkich potwierdzonych przypadków ukończenia programu**, których dla całego województwa jest 9 794). Również tutaj widać różnicę między modułami – w module otyłości program ukończyło 141 dzieci (istotnie mniej, niż 263, które w nim uczestniczyło) a w module chorób kręgosłupa – 609 (mniej o 61 od liczby dzieci uczestniczących).

Wartości wskaźnika ukończenia udziału w programie, obliczony dla 7 z 8 projektów (dla jednego projektu nie są dostępne dane dot. miernika 6) wskazują na **dość wysoki poziom utrzymania uczestnictwa do końca interwencji dla większości projektów**. Średni poziom wskaźnika wyniósł **87%** (wobec 87,2% w całym województwie), a mediana **92%** (wobec 93,5% w całym województwie), co oznacza, że w połowie projektów co najmniej 92% uczestników, którzy rozpoczęli udział w programie, zrealizowało go w pełnym zakresie – zgodnie ze ścieżką interwencji opisaną w RPZ. Wskaźnik ten osiągnął wartości analogiczne, jak w całym województwie.

Skuteczność programu

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie ostrołęckim – moduł dotyczący otyłości

Analiza obejmuje **4 projekty realizowanych w module dotyczącym otyłości w subregionie ostrołęckim**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 26) oraz wyniki badań ilościowych.

*Tabela 26 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ interwencji **w subregionie ostrołęckim**, w zakresie dotyczącym otyłości, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=8 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=4 projekty dla modułu dotyczącego otyłości)*

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**810**	**8/8**
7.1. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości	199	4/4
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**3 183**	**8/8**
12.1. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:	1 200	4/4
12.1.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	576	4/4
12.1.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	624	4/4
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**556**	**8/8**
14.1. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości	43	4/4

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**955**	**8/8**
15.1. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	288	4/4
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**748**	**8/8**
16.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	136	4/4
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**732**	**8/8**
17.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	132	4/4

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci w subregionie ostrołęckim

Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika **7.1 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości** wykrytych w ramach RPZ, która wynosi **199**. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w relacji do liczby uczestników, którzy przystąpili do programu, których było 263. W 3 z 4 projektów u wszystkich (lub niemal wszystkich) uczestników zdiagnozowano zatem otyłość.

Z kolei w badaniu CAWI w przypadku tylko 1 na 6 projektów objętych badaniem w subregionie ostrołęckim beneficjent wskazał „lepszą diagnostykę i wykrywanie wad postawy oraz otyłości" jako jeden z głównych efektów realizacji programu.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego, w subregionie ostrołęckim jest niejednoznaczna.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem w subregionie ostrołęckim

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych (miernik 12.1),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.1),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.1),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.1).

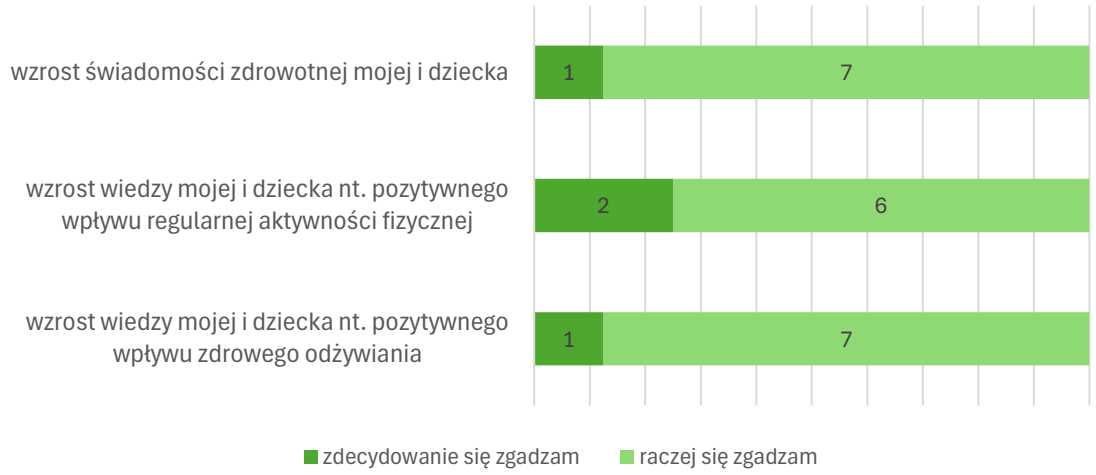
W module otyłości odnotowano realizację 1 200 badań ankietowych – 576 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.1.1) oraz 624 po ich zakończeniu (miernik 12.1.2). Dane te dostępne były dla wszystkich projektów realizowanych w tym module w subregionie ostrołęckim. Analiza wartości

mierników (4 i 15 oraz 16 i 17) wskazuje, że wśród wszystkich uczestników programu i niemal wszystkich rodziców/opiekunów uczestników programu, którzy brali udział w działaniach edukacyjnych, nastąpił wzrost wiedzy.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości w subregionie ostrołęckim, zebranych w badaniu CATI (8 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 68).

Wszyscy respondenci zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci. Natomiast w badaniu CAWI wśród **realizatorów projektów** w subregionie ostrołęckim w przypadku 5 z 6 projektów beneficjenci stwierdzili, że wśród najbardziej dostrzegalnych efektów programu jest ten w postaci **zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**.

Wykres 68 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym otyłości w subregionie ostrołęckim (n=8 osoby)



Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych można stwierdzić, że cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym otyłości w subregionie ostrołęckim został **zrealizowany**.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej w subregionie ostrołęckim

Wskaźnikiem, który odzwierciedla stopień osiągnięcia tego celu, jest **miernik 14.1 – liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3%**. Dane w tym zakresie były dostępne dla wszystkich 4 projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości w subregionie ostrołęckim – odnotowano w nim **43** przypadki zmniejszenia masy ciała o co najmniej 3% na koniec udziału w programie, wśród **141**, którzy ukończyli udział w programie (przy czym dane o osobach, które objęto pełną interwencją w programie, są dostępne dla 3 z 4 projektów).

Jednocześnie w badaniu CAWI tylko w 1 na 6 projektów realizowanych w subregionie ostrołęckim beneficjent wskazał, że **zmniejszenie masy ciała u dzieci z nadwagą** było jednym z najbardziej zauważalnych efektów interwencji. Natomiast w badaniu CATI wśród 8 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości, wszyscy odpowiedzieli „raczej tak” na pytanie o to, czy program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka .

Podsumowując, ocena skuteczności RPZ w zakresie **celu szczegółowego, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości**, w subregionie ostrołęckim jest niejednoznaczna – duży stopień realizacji celu potwierdzają mierniki efektywności, lecz z zastrzeżeniem, że nie tworzą pełnego obrazu efektów programu.

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie ostrołęckim – moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Analiza obejmuje **12 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie ostrołęckim**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 27) oraz wyniki badań ilościowych.

Tabela 27 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w zakresie dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie ostrołęckim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=18 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=12 projektów dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**810**	**8/8**
7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa	611	5/5
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**3 183**	**8/8**
12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	1 983	5/5
12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	992	5/5
12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	991	5/5
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**556**	**8/8**
14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa	513	5/5
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**955**	**8/8**
15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	667	5/5
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**748**	**8/8**
16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	612	5/5
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**732**	**8/8**
17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	600	5/5

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci w subregionie ostrołęckim

Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika **7.2 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa** wykrytych w ramach RPZ, która wynosi 611. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w odniesieniu do liczby uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, których było 670, co oznacza, w przypadku niemal wszystkich uczestników w efekcie przystąpienia do programu zdiagnozowano schorzenie kręgosłupa.

Z kolei w badaniu CAWI w przypadku tylko 1 na 6 projektów objętych badaniem w subregionie ostrołęckim beneficjent wskazał „lepszą diagnostykę i wykrywanie wad postawy oraz otyłości" jako jeden z głównych efektów realizacji programu.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego, w subregionie ostrołęckim jest niejednoznaczna.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem w subregionie ostrołęckim

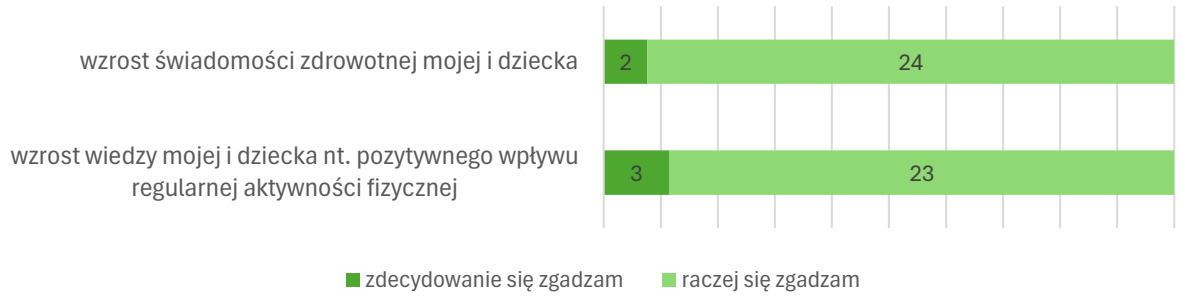
Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych przed i po interwencji (miernik 12.2),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.2),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.2),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.2).

W module dotyczącym chorób kręgosłupa odnotowano realizację 1 983 badań ankietowych – 992 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.2.1) oraz 991 po ich zakończeniu (miernik 12.2.2). Dane te są dostępne dla wszystkich projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie ostrołęckim. Analiza wartości mierników (4 i 15 oraz 16 i 17) wskazuje, że wśród niemal wszystkich uczestników programu oraz rodziców/opiekunów uczestników programu, którzy brali udział w działaniach edukacyjnych, nastąpił wzrost wiedzy

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie ostrołęckim, zebranych w badaniu CATI (26 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 69).

Wykres 69 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie ostrołęckim (n=26 osób)



Wszyscy z 26 respondentów zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci. Natomiast w badaniu CAWI wśród **realizatorów projektów** w subregionie ostrołęckim w przypadku 5 z 6 projektów beneficjenci stwierdzili, że wśród najbardziej dostrzegalnych efektów programu jest ten w postaci **zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych można stwierdzić, że cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie ostrołęckim został **zrealizowany.**

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w subregionie ostrołęckim

Stopień realizacji tego celu określany jest na podstawie **miernika 14.2 – liczby uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa**, ocenianą najczęściej przez lekarza lub fizjoterapeutę na podstawie stanu funkcjonalnego, postawy ciała lub zmniejszenia objawów dolegliwości. Dane w tym zakresie były dostępne dla wszystkich projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie ostrołęckim – łącznie odnotowano **513** przypadki poprawy stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa **wśród 609** dzieci które ukończyły pełną ścieżkę interwencji w programie.

Jednocześnie w badaniu CAWI w przypadku **3 z 6 projektów** realizowanych w subregionie ostrołęckim beneficjenci wskazali, że **poprawa postawy ciała i zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci** było jednym z najbardziej zauważalnych efektów interwencji. Natomiast w badaniu CATI wśród 26 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa:

- 26 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka (3 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, 23 odpowiedzi „raczej się zgadzam),
- 26 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę postawy ciała dziecka (4 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, 22 odpowiedzi „raczej się zgadzam).

Podsumowując, **cel szczegółowy RPZ, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa**, w subregionie ostrołęckim został **zrealizowany** w sposób dostrzegalny dla rodziców/opiekunów uczestników oraz części beneficjentów projektów, co znajduje to odzwierciedlenie w pomiarze mierników efektywności, wobec ich nikłej dostępności.

Stopień osiągnięcia celu głównego RPZ w subregionie ostrołęckim

W świetle dostępnych danych można uznać, że **cel główny RPZ w subregionie ostrołęckim został w znacznym stopniu osiągnięty**, zarówno w module dotyczącym otyłości, jak i chorób kręgosłupa.

Dane wskaźnikowe są dostępne dla wszystkich projektów realizowanych w subregionie, co umożliwia ocenę skuteczności interwencji w ujęciu liczbowym. W obu modułach odnotowano istotne efekty zdrowotne i edukacyjne, potwierdzone zarówno przez mierniki efektywności, jak i deklaracje uczestników oraz realizatorów (badania CATI i CAWI).

W module dotyczącym chorób kręgosłupa poprawę stanu zdrowia odnotowano u 84% dzieci, które ukończyły program. Respondenci badania CATI (n=26) wskazali jednoznacznie, że program przyczynił się do poprawy stanu zdrowia i samopoczucia dziecka – wszyscy odpowiedzieli twierdząco, z czego 88% udzieliło odpowiedzi „raczej się zgadzam”, a 12% – „zdecydowanie się zgadzam”. Podobnie pozytywnie oceniono wpływ programu na postawę ciała dzieci. W badaniu CAWI realizatorzy w 5 z 6 projektów wskazywali, że wzrost świadomości zdrowotnej i edukacja prozdrowotna dzieci oraz rodziców były najbardziej zauważalnymi efektami programu.

W module dotyczącym otyłości zmniejszenie masy ciała o ≥3% stwierdzono u 30% uczestników, którzy ukończyli pełny cykl interwencji, a wzrost wiedzy odnotowano u zdecydowanej większości dzieci i ich rodziców – co potwierdzają zarówno dane ilościowe (mierniki 15.1 i 17.1), jak i wyniki badań CATI i CAWI.

Wątpliwości interpretacyjne budzi jednak fakt, że tylko dla jednego projektu dostępne jest sprawozdanie końcowe, co oznacza, że nie ma pewności, czy raportowane wartości mierników (np. liczba uczestników, przypadki poprawy stanu zdrowia) odnoszą się do pełnego okresu realizacji wszystkich projektów. W związku z tym, mimo wysokiej dostępności danych, ich kompletność nie może być jednoznacznie potwierdzona.

Wobec powyższego, realizacja celu głównego RPZ w subregionie ostrołęckim może zostać uznana za prawdopodobną i częściowo potwierdzoną, jednak z zastrzeżeniem ograniczonej możliwości pełnej weryfikacji danych w odniesieniu do zakończonych projektów.

Dostępność świadczeń

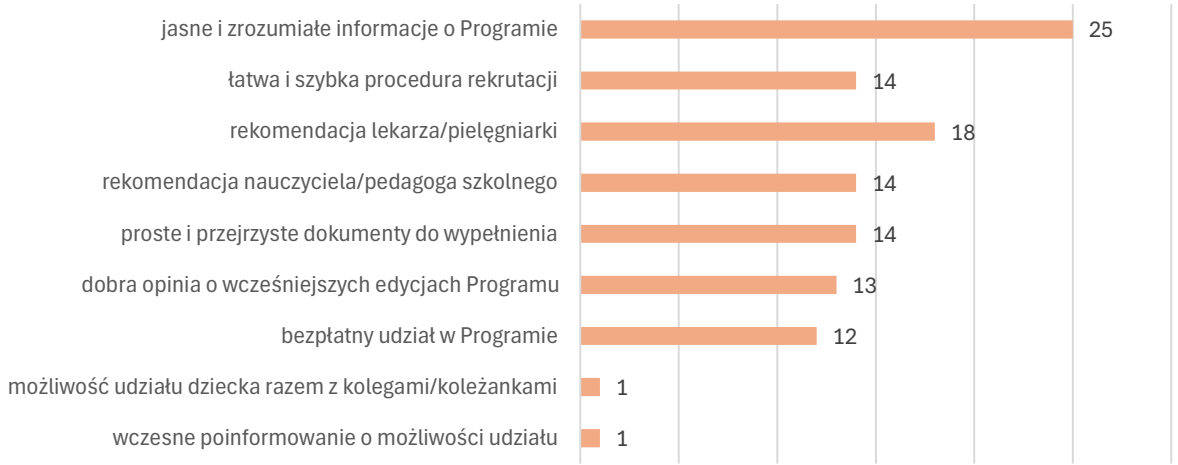
Zgłaszalność do programu

W kontekście zróżnicowanej terytorialnie dostępności projektów w ramach RPZ, szczególnego znaczenia nabiera **identyfikacja czynników, które mogły sprzyjać decyzji rodziców lub opiekunów o zgłoszeniu dziecka do programu** – zarówno na poziomie lokalnym, jak i indywidualnym. Wnioski w tym zakresie, dotyczące subregionu ostrołęckiego, zostały sformułowane na podstawie wyników badań ilościowych wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ, tj. wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo (CATI).

Dane nt. czynników sprzyjających zgłoszeniu dziecka do programu przedstawione są na wykresie 70.

Wynika z nich, że z perspektywy rodziców i opiekunów dzieci z subregionu ostrołęckiego kluczowym czynnikiem sprzyjającym zgłoszeniu – tak, jak dla ogółu badanych – była **czytelność i przystępność informacji** o samym programie – 25 respondentów wskazało na jasne i zrozumiałe komunikaty jako element ułatwiający decyzję o udziale. Dla respondentów z tego regionu nieco bardziej istotna, niż dla ogółu badanych, była rekomendacja lekarza/pielęgniarki (18 wskazań).

Wykres 70 Czynniki sprzyjające zgłoszeniu dziecka do programu – subregion ostrołęcki(CATI, N=34)



Wśród **czynników, które mogły utrudniać udział w programie,** respondenci badania CATI wskazywali najczęściej brak informacji i programie (8 wskazań) oraz ograniczoną liczbę miejsc w programie (7 wskazań). Jednocześnie 24 z 34 badanych nie dostrzegało żadnych barier udziału.

Ocena trafności założeń rekrutacyjnych została również poddana weryfikacji w badaniu ankietowym CAWI, obejmującym 6 projektów realizowanych w subregionie ostrołęckim. Beneficjenci zostali zapytani o ogólne doświadczenia związane z procesem rekrutacji uczestników. Większość z nich oceniła ten etap jako relatywnie nieskomplikowany: w przypadku **5 z 6 projektów uznano rekrutację za „raczej łatwą”**, a w **1 przypadku za „raczej trudną”**. Beneficjenci 4 projektów stwierdzili, że nic nie utrudniało zgłoszenia dziecka do programu (w przypadku 2 projektów wspominano natomiast o konieczności spełnienia przez dziecko kryteriów kwalifikacyjnych oraz o ograniczonej liczbie miejsc w programie).

Perspektywa realizatorów projektów, pozyskana w ramach badania CAWI obejmuje także czynniki, które w ich opinii **sprzyjały zgłaszaniu dzieci do udziału w programie**. Z punktu widzenia realizatorów były to przede wszystkim:

- atrakcyjność oferowanych zajęć (5 wskazań),
- informacja przekazana przez szkołę (nauczyciela, dyrektora, pielęgniarkę szkolną, 4 wskazania).

Podsumowując, w subregionie ostrołęckim zgłaszalność do programu należy ocenić jako zadowalającą, a zastosowany model rekrutacyjny – oparty na jasnej komunikacji i zaangażowaniu instytucji edukacyjnych oraz personelu medycznego – okazał się skuteczny.

Dostępność edukacyjnych form wsparcia

Skalę działań informacyjno-edukacyjnych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 28). Należy podkreślić, że dane dotyczące miernika 11 obarczone są znaczną niejednorodnością.

Tabela 28 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań edukacyjnych w subregionie ostrołęckim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=8 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=4 projekty dla modułu dotyczącego otyłości, n=5 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:	**644**	**8/8**
11.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, w tym:	386	4/4
11.1.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości	282	4/4
11.1.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości	157	4/4
11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	258	5/5
11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	163	5/5
11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	126	5/5

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

W ramach **modułu dotyczącego otyłości**, zgodnie ze sprawozdaniami z realizacji RPZ, zarejestrowano łącznie **282** działań edukacyjnych skierowanych do uczestników programu (miernik 11.1.1) oraz **157** działań skierowanych do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.1.2), łącznie: **386** interwencji edukacyjnych (miernik 11.1). W ramach **modułu dotyczącego chorób kręgosłupa** zarejestrowano łącznie 163 działania edukacyjne skierowane do uczestników programu (miernik 11.2.1) oraz 126 działań skierowanych do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.2.2), łącznie **258** interwencji edukacyjnych (miernik 11.2).

Dostępność terapeutycznych form wsparcia

Skalę działań terapeutycznych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 29). Także wobec nich należy zachować ostrożność metodologiczną i w zakresie interpretacji wyników.

Tabela 29 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań terapeutycznych w subregionie ostrołęckim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=8 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=4 projekty dla modułu dotyczącego otyłości, n=5 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:	**4 066**	**7/8**
8.1. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:	1 133	4/4
8.1.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	971	4/4
8.1.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	142	4/4
8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w tym:	2 952	4/5
8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	2 136	4/5
8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	816	4/5
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:	**2 675**	**8/8**
9.1. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:	560	4/4
9.1.1. liczba badań początkowych	202	4/4
9.1.2. liczba badań w środku interwencji	146	4/4
9.1.3. liczba badań końcowych	141	4/4
9.1.4. liczba innych badań	71	4/4
9.2. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa programu, w tym:	2 155	5/5
9.2.1. liczba badań początkowych	617	5/5
9.2.2. liczba badań w środku interwencji	537	5/5
9.2.3. liczba badań końcowych	532	5/5
9.2.4. liczba innych badań	429	5/5
10. Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych (tylko moduł dot. otyłości)	**808**	**4/4**
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:	**3**	**8/8**
13.1. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości	0	4/4

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa	3	5/5

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

W **module dotyczącym otyłości dane dot. liczby wykonanych badań lekarskich** (miernik 9.1.) wskazują, że było ich łącznie **560** (dane dla wszystkich projektów). W tej liczbie znalazły się zarówno badania początkowe (202), przeprowadzane w ramach kwalifikacji, jak i badania w środku interwencji (146) oraz końcowe (1141), służące ocenie efektów zdrowotnych, a także inne badania (71).

Dane dot. **liczby wykonanych badań lekarskich w module dotyczącym chorób kręgosłupa** są również dostępne dla wszystkich projektów. W module tym łącznie przeprowadzono 2 155 badań. W tej liczbie ujęto badania początkowe (617), badania śródinterwencyjne (537) i końcowe (532), a także inne badania (429).

Dane dotyczące **liczby skierowań na pogłębioną diagnostykę medyczną** (miernik 13) wskazują, że tylko 3 osoby otrzymały skierowanie na dalszą diagnostykę (są to uczestnicy jednego projektu w module dotyczącym chorób kręgosłupa).

W przypadku modułu dotyczącego otyłości specyficznym elementem oddziaływań terapeutycznych były **indywidualne porady dietetyczne**, których skalę powinien odzwierciedlać miernik 10. Dane na jego temat dostępne są dla wszystkich projektów – w jego ramach sprawozdano, że zrealizowano łącznie **808 porad dietetycznych**.

Ocena rzeczywistej dostępności poszczególnych form interwencji terapeutycznej jest możliwa na podstawie wyników badania CATI wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w programie. Respondentów (34 osoby w subregionie ostrołęckim) pytano o udział dzieci w pełnym lub częściowym cyklu świadczeń przewidzianych w programie – zarówno w zakresie aktywności fizycznej, jak i indywidualnych porad dietetycznych.

W module dotyczącym otyłości wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 8 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) **skorzystali z pełnego cyklu świadczeń** – zarówno w odniesieniu do zajęć ruchowych, jak i porad dietetycznych.

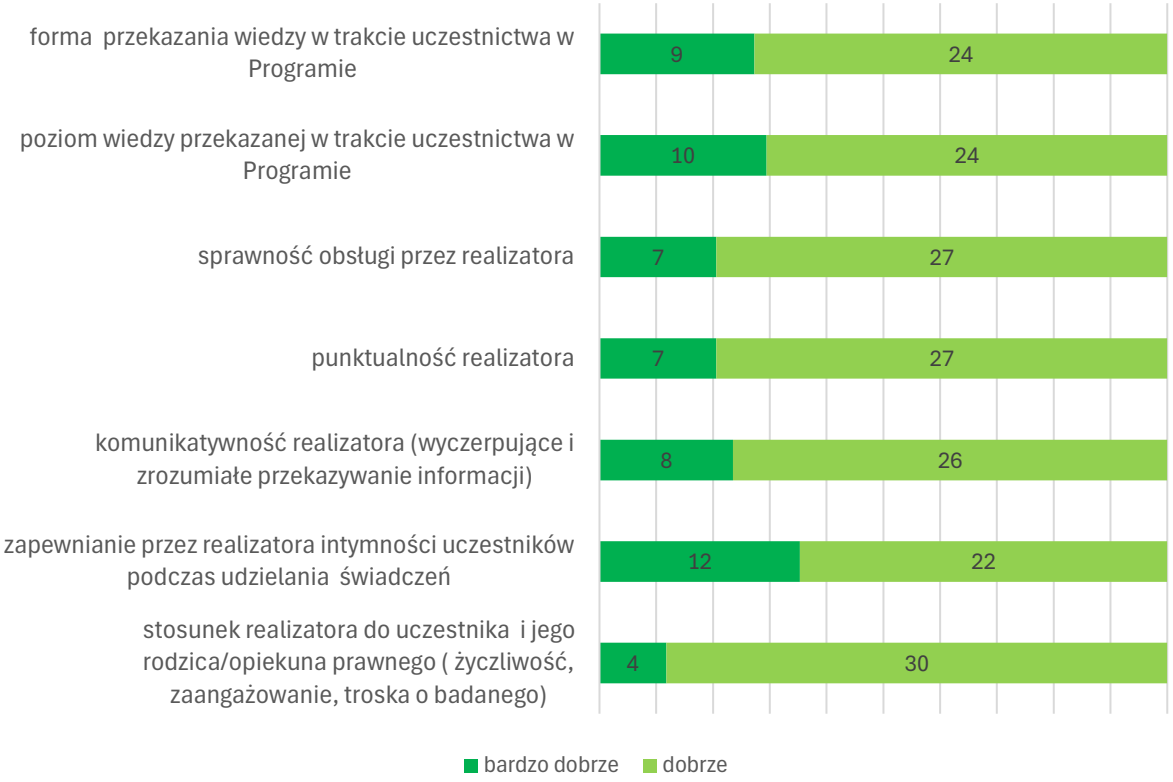
W module dotyczącym chorób kręgosłupa niemal wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 26 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) **skorzystała z pełnego cyklu zajęć ruchowych** – 24 rodziców/opiekunów zadeklarowało, że ich dziecko uczestniczyło we wszystkich zaplanowanych zajęciach, natomiast 2 osoby wskazały udział częściowy.

Dane te potwierdzają efektywną realizację standardu regularności świadczeń.

Dostępność i jakość realizacji świadczeń z perspektywy uczestników RPZ

Wyniki badania CATI przeprowadzonego wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ wskazują na **bardzo wysoką ocenę jakości realizacji świadczeń** (wykres 71) – zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i relacyjnym. Respondenci zostali poproszeni o ocenę kilku aspektów świadczenia wsparcia, obejmujących m.in. stosunek personelu do uczestników, warunki organizacyjne, komunikatywność, punktualność oraz sposób przekazywania wiedzy.

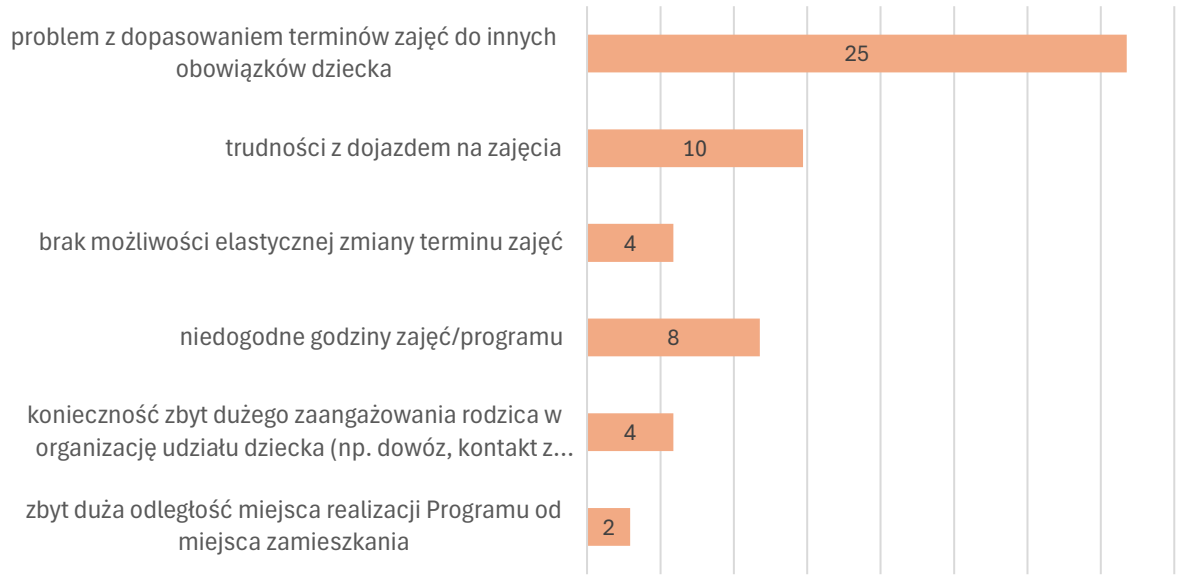
Wykres 71 Ocena jakości realizacji świadczeń z perspektywy rodziców/opiekunów uczestników RPZ w subregionie ostrołęckim (N=34)



We wszystkich analizowanych obszarach oceny mieszczą się w dwóch najwyższych kategoriach („bardzo dobrze" i „dobrze"), co świadczy o wysokim poziomie satysfakcji z udziału w programie. Brak odpowiedzi negatywnych i neutralnych („ani dobrze, ani źle") potwierdza pozytywny odbiór programu z perspektywy jego uczestników.

Pomimo ogólnej dostępności form wsparcia oferowanych w ramach RPZ, wyniki badania CATI wskazują na występowanie szeregu trudności organizacyjnych, które mogły ograniczać pełne uczestnictwo dzieci w programie (wykres 72).

Wykres 72 Trudności doświadczane przez rodziców/opiekunów w związku z udziałem ich dzieci w RPZ w subregionie ostrołęckim (N=34)



Najczęściej wskazywaną trudnością związaną z udziałem dziecka w programie w subregionie ostrołęckim była **konieczność dopasowania terminów zajęć do innych obowiązków,** podobnie jak przez badanych z całego województwa. Respondenci w tym subregionie, nieco częściej, niż ogół badanych, wskazywali na niedogodne godziny zajęć.

Zgodnie z opiniami rodziców wyrażonymi w ankiecie CATI, **poszczególne formy wsparcia były udzielane w ilości, czasie i częstotliwości zgodniej z potrzebami dzieci**. Wyjątkiem są porady dietetyczne, których rodzice oczekiwaliby więcej.

Użyteczność programu z perspektywy uczestników

Rozdział ten przedstawia ocenę RPZ z punktu widzenia jego rzeczywistej przydatności dla uczestników – zarówno dzieci objętych interwencją, jak i ich opiekunów. Analiza dotyczy postrzeganych korzyści, wpływu programu na codzienne życie, stopnia wykorzystania zdobytej wiedzy.

W badaniu CATI rodzice/opiekunowie zostali poproszeni o ocenę jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu, korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało bardzo niską, a 5 – bardzo wysoką jakość. Poniżej przedstawiono wyniki tych ocen dla poszczególnych komponentów interwencji.

Na podstawie ocen rodziców uczestników programu w **module dotyczącym otyłości** (n=8), wszystkie analizowane świadczenia zdrowotne uzyskały wysokie oceny jakościowe. Średnie i mediany ocen kształtują się następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia 4,26, mediana 4,0
- porady dietetyczne: średnia 4,63, mediana 5,0
- zajęcia ruchowe: średnia 4,63, mediana 5,0
- badania lekarskie końcowe: średnia 4,29, mediana 4,0

We wszystkich przypadkach mediana ocen wynosi 4,0, co świadczy o dominującej ocenie „dobrze”, przy jednoczesnym znaczącym udziale ocen „bardzo dobrze”. Brak ocen negatywnych i neutralnych (1, 2 lub 3) potwierdza wysoką jakość realizowanych świadczeń w oczach beneficjentów programu. Oceny w

subregionie są nieco wyższe w przypadku porad dietetycznych i zajęć ruchowych od ocen ogółu badanych.

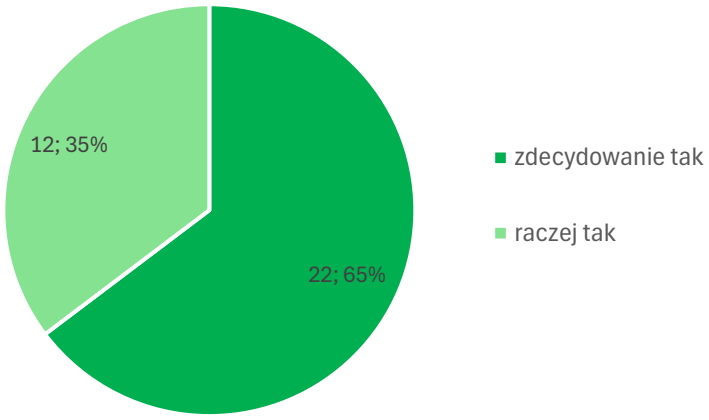
Bardzo podobnie kształtują się opinie rodziców, których dzieci uczestniczyły w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa (n=26) – również wskazują na bardzo wysoki poziom satysfakcji. Analiza średnich i median dla poszczególnych komponentów wygląda następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia 4,26, mediana 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia: 4,19, mediana: 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia 4,29, mediana 4,0

Wszystkie świadczenia uzyskały dominujące oceny „dobrze" i „bardzo dobrze", przy całkowitym braku ocen negatywnych i neutralnych (1, 2 lub 3). Dane te potwierdzają wysoki poziom akceptacji i pozytywną ocenę jakości usług terapeutycznych świadczonych w ramach RPZ. Oceny w subregionie nie odbiegają od ocen ogółu badanych.

Wysoki poziom satysfakcji z Programu znajduje potwierdzenie również w odpowiedziach na pytanie o jego rekomendację (wykres 73).

Wykres 73 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w subregionie ostrołęckim nt. tego, czy poleciliby udział w RPZ innym osobom (N=34)

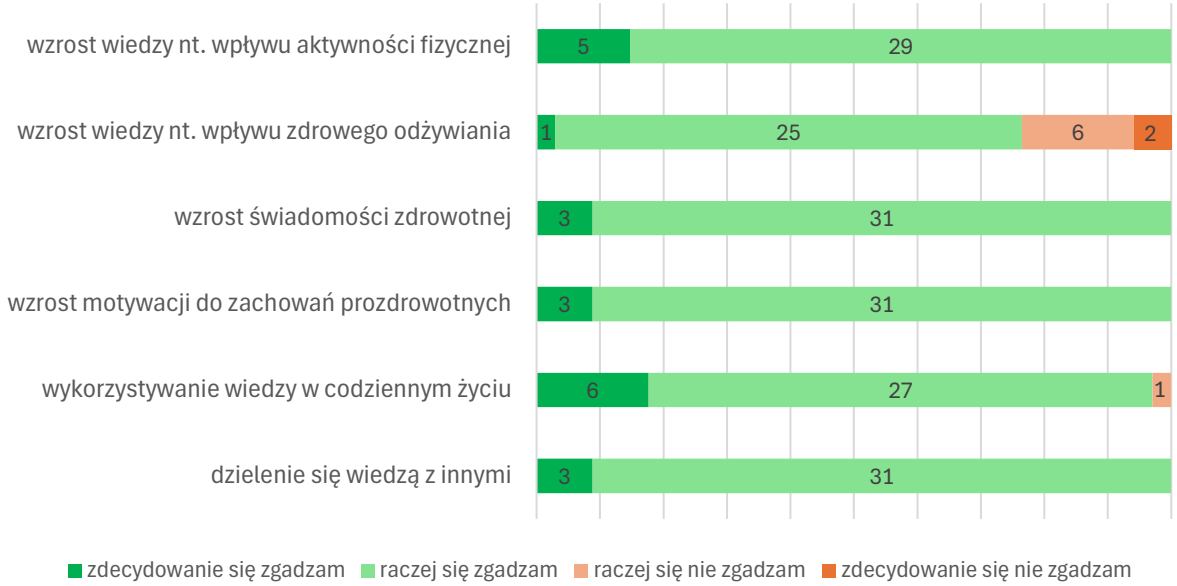


Wszyscy respondenci zadeklarowali, że z perspektywy czasu zdecydowanie (22 osoby) lub raczej (12 osób) poleciliby RPZ innym rodzicom. Tak jednoznacznie pozytywna struktura odpowiedzi świadczy o wysokim poziomie akceptacji interwencji i jej wartości z punktu widzenia użytkowników końcowych.

Dalsza analiza opinii uczestników potwierdza, że RPZ wywarł realny wpływ na życie rodzin biorących w nim udział (wykres 74).

Zdecydowana większość respondentów – zarówno zdecydowanie, jak i raczej – zgodziła się z twierdzeniem, że udział w Programie przyczynił się do wzrostu motywacji do zachowań prozdrowotnych, zwiększenia świadomości zdrowotnej, a także częstszego wykorzystywania wiedzy zdobytej w trakcie zajęć. Wysoko oceniono również wpływ Programu na wiedzę dzieci i rodziców na temat znaczenia aktywności fizycznej, natomiast nieco niższy odsetek odpowiedzi pozytywnych odnotowano w obszarze wiedzy dotyczącej zdrowego odżywiania. Jednocześnie pozytywną wymowę uzyskuje również odpowiedź na pytanie o dzielenie się wiedzą – co może świadczyć o rozprzestrzenianiu się efektów programu poza bezpośrednią grupę uczestników. Wyniki dla regionu nie odbiegają w tym zakresie od wyników dla ogółu badanych.

Wykres 74 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w subregionie ostrołęckim nt. tego, czy udział w programie przyczynił się do określonych zmian w życiu ich i dziecka (N=34)



Całość wyników potwierdza, że RPZ był postrzegany nie tylko jako doraźna interwencja, ale również jako bodziec do trwałych zmian w postawach, zachowaniach i świadomości zdrowotnej.

Trwałość efektów programu

Trwałość efektów programu w perspektywie sprawozdawczej

Trwałość osiągniętych efektów zdrowotnych i behawioralnych – zarówno w wymiarze klinicznym (np. utrzymanie prawidłowego wskaźnika BMI, poprawa postawy ciała), jak i funkcjonalnym (kontynuacja zaleceń, trwałość zmiany stylu życia) – zgodnie z założeniami RPZ, powinna być monitorowana z wykorzystaniem mierników 18–24. Dostępność danych dla tych mierników jest jednak bardziej ograniczona, niż w przypadku pozostałych. W rezultacie analiza mierników 18–24 nie pozwala na pełną ocenę skali i zakresu utrzymania efektów zdrowotnych w dłuższej perspektywie.

Poniższa tabela prezentuje wartości mierników dotyczących trwałości efektów udziału w RPZ (tabela 30).

Tabela 30 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące trwałości efektów zdrowotnych i behawioralnych w subregionie ostrołęckim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=8 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=4 projekty dla modułu dotyczącego otyłości, n=5 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**308**	**5/8**
18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane **w terminie 6 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego w tym:	200	5/8
18.1.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	96	3/4

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	104	3/5
18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **12 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	104	5/8
18.2.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	34	3/4
18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	70	3/5
19. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**81**	**3/4**
20. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**31**	**3/4**
21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**75**	**3/5**
22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**52**	**3/5**
23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**227**	**5/8**
23.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	93	3/4
23.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	134	3/5
24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**92**	**5/8**
24.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	34	3/4
24.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	58	3/5

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Moduł dotyczący otyłości

W przypadku modułu dotyczącego otyłości dostępność danych dla mierników długoterminowych jest ograniczona do 3 z 4 projektów, co utrudnia rzetelną ocenę efektów zdrowotnych interwencji w perspektywie 6 i 12 miesięcy od zakończenia udziału w Programie. Dane dotyczące 6-miesięcznej obserwacji pozyskano jedynie od 96 uczestników, natomiast po 12 miesiącach od 34 uczestników.

Z tego powodu ocena efektu stabilizacji lub redukcji wskaźnika BMI (mierniki 19 i 20) jest jedynie częściowa (81 uczestników po 6 miesiącach utrzymało niezmieniony/zmniejszony wskaźnik BMI, a po 12 miesiącach utrzymało go 31 uczestników). Podobnie trudno ocenić efekt trwałości stosowania się do zaleceń (93 uczestników zadeklarowało stosowanie się do zaleceń po 6 miesiącach, a po 12 miesiącach – 34).

Moduł dotyczący chorób kręgosłupa

W przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa dostępność danych również jest ograniczona (do 3 z 5 projektów) i umożliwia to jedynie orientacyjną ocenę trwałości efektów zdrowotnych. Dane 6-miesięczne pozyskano od 104 uczestników, a 12-miesięczne – od 70 uczestników.

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że:

- 75 uczestników deklarowało utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia po 6 miesiącach, 52 uczestników – po 12 miesiącach,
- 134 uczestników deklarowało stosowanie się do zaleceń po 6, a po 12 miesiącach - 58 uczestników.

Pomimo niepełnego zasięgu danych, zauważalne są pozytywne deklaracje uczestników co do kontynuacji działań prozdrowotnych oraz utrzymania poprawy stanu zdrowia. Jednak ze względu na ograniczoną dostępność danych, nie jest możliwe wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących skuteczności długoterminowej w skali całego programu.

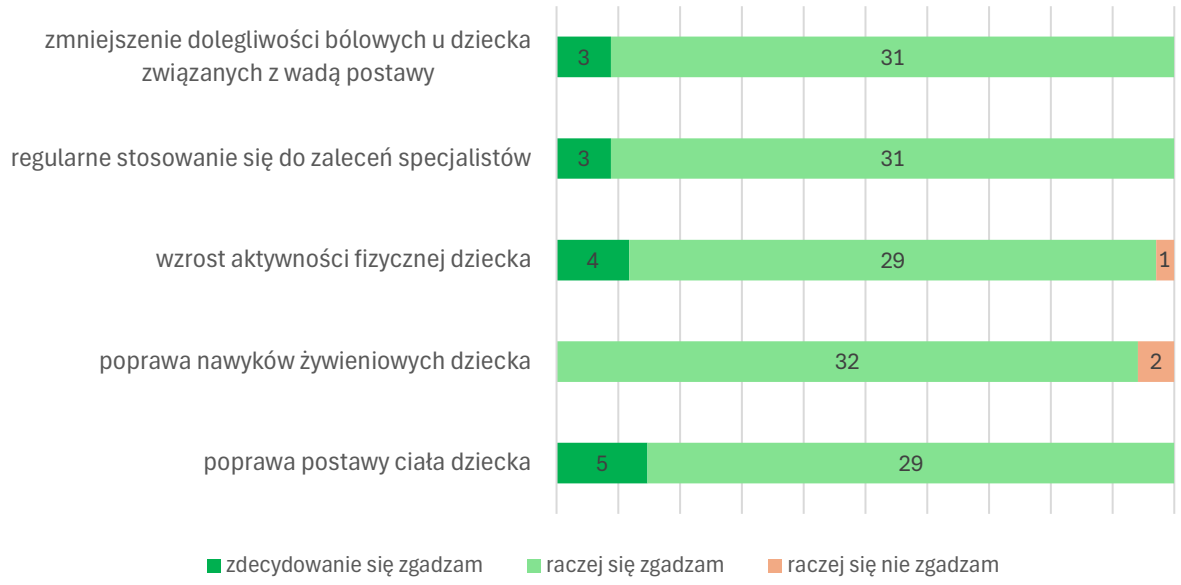
Z uwagi na powyższe, **formułowanie ocen efektywności interwencji w perspektywie długoterminowej (6 i 12 miesięcy po zakończeniu udziału w Programie) w subregionie ostrołęckim jest możliwe tylko częściowo**. W świetle raportowanych wartości wskaźników od 18 do 24 należy uznać, że trwałość efektów programu w subregionie ostrołęckim jest wysoka (duże odsetki osób objętych badaniem po 6 i 12 miesiącach, u których utrzymują się pozytywne efekty zdrowotne oraz deklarują stosowanie się do zaleceń specjalistów).

Trwałość efektów w opinii uczestników i realizatorów RPZ

W niniejszej części przedstawiono ilościowe wnioski wynikające z wywiadów telefonicznych z rodzicami (CATI) oraz ankiety internetowej przeprowadzonej wśród realizatorów (CAWI). Analiza ta pozwala uchwycić nie tylko skalę i charakter utrzymanych efektów, ale także czynniki sprzyjające lub utrudniające ich kontynuację po zakończeniu interwencji.

W ramach ankiety telefonicznej CATI respondentów – rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie – zapytano o **utrzymanie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci po zakończeniu udziału w programie** – zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i nawyków zdrowotnych oraz przestrzegania zaleceń specjalistów. Uzyskane wyniki przedstawia wykres 75.

Wykres 75 Efekty utrzymujące się po udziale dziecka w programie, według deklaracji rodziców/opiekunów z subregionu ostrołęckiego (N=34)

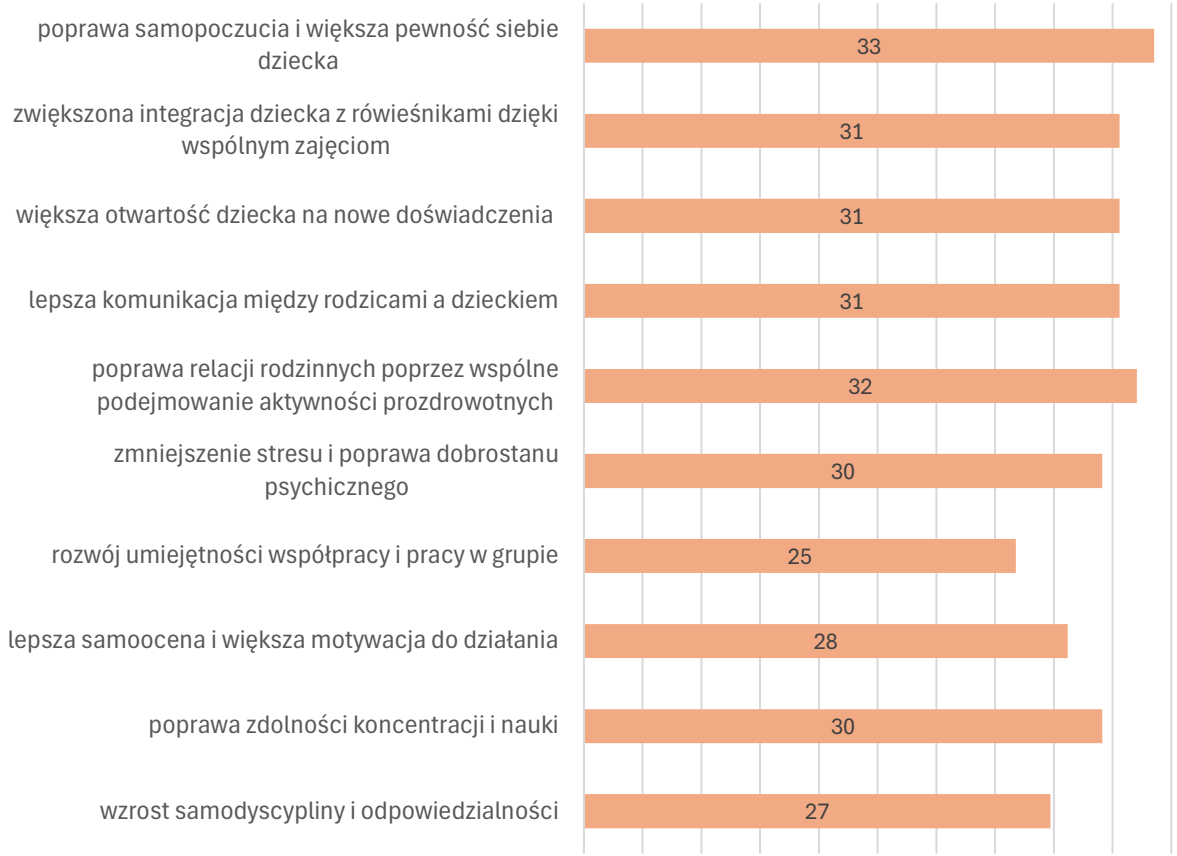


Wyniki badania wskazują na **bardzo wysoką zgodność rodziców co do utrzymania pozytywnych efektów programu**. Najczęściej deklarowano poprawę postawy dziecka, zmniejszenie dolegliwości bólowych, regularne stosowanie się do zaleceń specjalistów (po 34 twierdzące wskazania). Nieco większe zróżnicowanie opinii odnotowano w obszarze zmiany nawyków żywieniowych – choć i tu niemal wszyscy respondenci potwierdzili pozytywne efekty (32 odpowiedzi twierdzące) – oraz wzrostu aktywności fizycznej dziecka (33 odpowiedzi twierdzące)

Rodziców/opiekunów zapytano także o obserwowane **zmiany psychospołeczne u dziecka,** które pojawiły się w związku z udziałem w programie. Na wykresie 76 przedstawiono zestawienie najczęściej wskazywanych przez rodziców zmian w tym obszarze.

Na podstawie opinii 34 rodziców/opiekunów uczestników programu w subregionie ostrołęckim można stwierdzić, że **pozytywne efekty psychospołeczne – obok celów bezpośrednio zdrowotnych – stanowiły istotny i zauważalny rezultat udziału dzieci w RPZ**. Zdecydowana większość respondentów potwierdziła wystąpienie i utrzymywanie się pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dziecka, nie tylko w kontekście zdrowotnym, lecz również w sferze emocjonalnej, społecznej i rodzinnej. Najczęściej wskazywanym efektem była **poprawa samopoczucia i większa pewność siebie dziecka** (potwierdzona przez 33 osoby), a także **poprawa relacji rodzinnych poprzez wspólne podejmowanie aktywności prozdrowotnych** (32 wskazania).

Wykres 76 Deklarowane przez rodziców trwałe zmiany psychospołeczne po udziale w programie, obserwowane u dzieci z subregionu ostrołęckiego (N=34)



Opinie realizatorów projektów w subregionie ostrołęckim (N=6) mogłyby uzupełnić ocenę trwałości RPZ o perspektywę instytucjonalną – z uwzględnieniem doświadczeń z wdrażania programu, obserwacji dotyczących zachowań uczestników oraz identyfikowanych barier i czynników sukcesu. Jednak tylko dla 2 z 6 projektów objętych badaniem realizatorzy potwierdzili posiadanie wiedzy na temat ich długoterminowych efektów, wśród których wskazali na **trwałą poprawę postawy ciała i redukcja problemów związanych z wadami kręgosłupa**.

Jeśli chodzi o **sposoby zwiększenia trwałości efektów RPZ,** to realizatorzy projektów w subregionie ostrołęckim najczęściej wskazują na: kontynuację działań edukacyjnych w szkołach i przedszkolach (4 wskazania) i możliwość dalszego korzystania ze specjalistycznych świadczeń lekarskich, dietetycznych i fizjoterapeutycznych (3 wskazania).

Podsumowanie – subregion ostrołęcki

W subregionie ostrołęckim zrealizowano łącznie 8 projektów w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego, w tym 4 w module dotyczącym otyłości i 5 w module dotyczącym chorób kręgosłupa (1 projekt realizowany był w obu modułach). Subregion ten odpowiadał za 4,7% wszystkich uczestników programu na Mazowszu.

Efekty rekrutacyjne i uczestnictwo:

- skuteczna rekrutacja – średni poziom konwersji zgłoszeń do zakwalifikowanych uczestników wyniósł 79%, a mediana 92%,

- niski wskaźnik rezygnacji z udziału (3%),
- wysoki wskaźnik ukończenia programu – średnio 87%, mediana 92% – analogicznie jak w całym województwie,
- główne źródła informacji o programie to szkoły – zebrania z rodzicami, e-dzienniki oraz personel oświatowy i pielęgniarski.

Moduł dotyczący otyłości

Diagnostyka: wykrywalność wcześniej niezdiagnozowanej otyłości wyniosła 199 przypadków, dane dostępne dla wszystkich 4 projektów, w większości przypadków otyłość zdiagnozowano u niemal wszystkich uczestników projektu, co może świadczyć o dobrze dopasowanych kryteriach rekrutacji, ale jednocześnie utrudnia ocenę faktycznej skuteczności diagnostycznej.

Edukacja: dane ilościowe wskazują na powszechny wzrost wiedzy zdrowotnej – potwierdzony u 288 uczestników i 132 rodziców; również w badaniach CATI i CAWI zadeklarowano wzrost świadomości i utrwalenie nawyków zdrowotnych.

Efekty zdrowotne: u 43 dzieci (30% uczestników, którzy ukończyli interwencję) odnotowano ≥3% redukcji masy ciała; dane dostępne dla wszystkich projektów, jednak tylko w 3 przypadkach z pełną ścieżką interwencji. W ocenie rodziców efekty zdrowotne były raczej dostrzegalne, lecz w opinii realizatorów (CAWI) rzadziej wskazywano na redukcję masy ciała jako główny efekt programu.

Moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Diagnostyka: zidentyfikowano 611 przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa, dane dostępne dla wszystkich 5 projektów, niemal wszyscy uczestnicy spełniali kryteria medyczne.

Edukacja: wysoki poziom deklarowanego wzrostu wiedzy – potwierdzony u 667 dzieci i 600 rodziców/opiekunów; pozytywne opinie uczestników potwierdzone w badaniach CATI (wszyscy respondenci dostrzegli efekt edukacyjny) oraz CAWI (5 z 6 realizatorów uznało edukację za jeden z głównych rezultatów programu).

Efekty zdrowotne: poprawa stanu zdrowia odnotowana u 513 dzieci spośród 609, które ukończyły program (84%); rodzice jednoznacznie potwierdzali poprawę samopoczucia i postawy ciała dzieci.

Dostępność świadczeń

Program był realizowany z dużą intensywnością – zrealizowano 644 działania edukacyjne (282 dla dzieci i 157 dla rodziców w module otyłości, 163 i 126 – odpowiednio – w module kręgosłupa), łącznie 4 066 zajęć ruchowych oraz 2 675 badań lekarskich i fizjoterapeutycznych. Rodzice/opiekunowie potwierdzali pełne uczestnictwo dzieci w świadczeniach przewidzianych w programie, poza nielicznymi przypadkami częściowego udziału w zajęciach ruchowych. Jakość świadczeń została bardzo wysoko oceniona w badaniach CATI – dominowały oceny „4” i „5”, bez ocen negatywnych.

Realizacja RPZ w subregionie ostrołęckim przyniosła pozytywne rezultaty z perspektywy uczestników – deklarowano wzrost świadomości zdrowotnej, poprawę stanu zdrowia dzieci oraz zmianę nawyków. Szczególnie dobrze oceniono działania w module dotyczącym chorób kręgosłupa – odnotowano wysoką wykrywalność schorzeń, dużą skuteczność interwencji terapeutycznych oraz wyraźne efekty zdrowotne i edukacyjne.

W module otyłości efekty programu również zostały potwierdzone, choć w mniejszym stopniu – zarówno pod względem wykrywalności, jak i efektów zdrowotnych. Dane z mierników efektywności są dostępne dla wszystkich projektów, jednak zastrzeżenia budzi fakt, że tylko 1 projekt posiada pełne sprawozdanie końcowe, co utrudnia ocenę kompletności danych i pełnego przebiegu interwencji.

W związku z tym, stopień realizacji celu głównego RPZ w subregionie ostrołęckim może zostać uznany za prawdopodobny i częściowo potwierdzony, z zastrzeżeniem ograniczonej możliwości pełnej weryfikacji danych dla projektów niezakończonych lub niepełnie sprawozdanych.

Subregion radomski

Liczbowy zasięg i przebieg programu

RPZ był realizowany wyłącznie w subregionie radomskim w ramach 7 projektów, w tym 3 w module dotyczącym otyłości, a 6 w module dotyczącym chorób kręgosłupa (2 projekty realizowane były w obu modułach). Analiza opiera się przede wszystkim na danych pochodzących ze sprawozdań z realizacji RPZ, uzupełnionych o dane na temat produktów i rezultatów projektów gromadzone w systemie SL2014, a także o dane ilościowe pozyskane od realizatorów oraz uczestników projektów.

W RPZ założono mierniki efektywności, odzwierciedlające kluczowe etapy procesu interwencji – od momentu aplikacji do programu (miernik 1), przez kwalifikację (mierniki 2 i 3) i udział (miernik 4 i 5), aż po jego zakończenie (miernik 6). Analiza osiągniętych wartości mierników pozwala ocenić, w jakim stopniu program dotarł do założonej grupy docelowej w subregionie radomskim i umożliwił przeprowadzenie pełnego cyklu wsparcia. Podobnie, jak w przypadku danych dla ogółu województwa, dane dla subregionu są dostępne częściowo – dla 3 z 7 projektów dostępne są sprawozdania końcowe z realizacji RPZ, dla 2 – sprawozdania z pojedynczych lat realizacji, a dla 2 projektów nie są dostępne żadne sprawozdania zgodne z RPZ i częściowe dane pozyskano z systemu SL2014.

*Tabela 31 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące kluczowych etapów interwencji **w subregionie radomskim**, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N= 7, w tym n=3 dla modułu dotyczącego otyłości, n=6 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)*

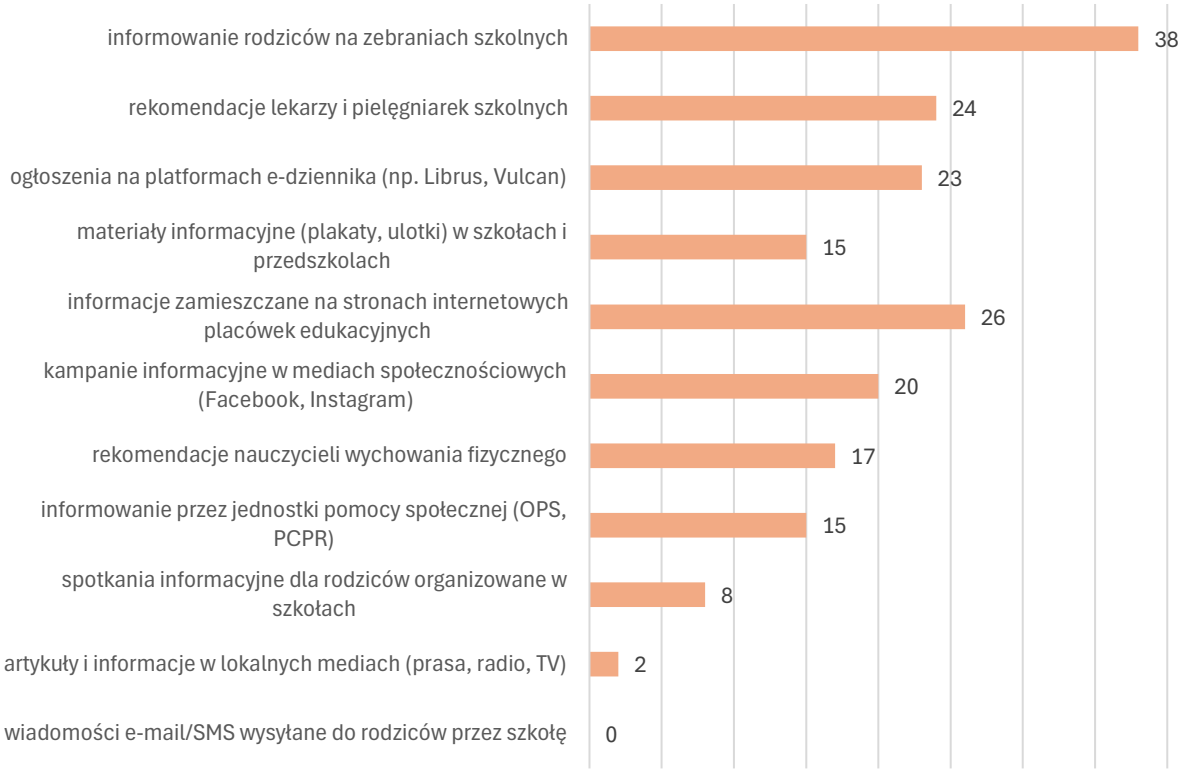
Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:	**2 227**	**5/7**
1.1. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości	375	1/3
1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa	1 852	4/6
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym:	**1 747**	**5/7**
2.1. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości	375	1/3
2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 372	4/6
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne)	**486**	**5/7**
4. Liczba uczestników programu w tym:	**1 991**	**7/7**
4.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości	289	3/3
4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 702	6/6
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	**12**	**5/7**
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program w tym:	**1 485**	**5/7**
6.1. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości	46	1/3
6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 439	4/6

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Zgłoszenia do programu (miernik 1) odnotowano łącznie w liczbie **2 227** (co stanowi 13% wszystkich zgłoszeń do programu, dane dostępne są dla 5 z 7 projektów). Udział zgłoszeń do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa (1 852) był pięciokrotnie wyższy, niż do modułu dotyczącego otyłości (375).

Wyniki badania ankietowego CATI z rodzicami/opiekunami uczestników projektów w subregionie radomskim (N=40) potwierdzają wniosek z analizy wyników na poziomie całego programu, dotyczący kluczowej roli placówek edukacyjnych w skutecznym dotarciu z informacją o programie (wykres 77). Niemal wszyscy respondenci (38 osób) wskazali, że dowiedzieli się o naborze na zebraniu szkolnym. W porównaniu z wynikami dla całego programu, w subregionie radomskim dostrzec można nieco częstsze wskazywanie na takie źródła informacji, jak informacje zamieszczane na strona internetowych placówek edukacyjnych.

Wykres 77 Źródła informacji o programie według deklaracji rodziców/opiekunów uczestników projektów w subregionie radomskim (CATI, N=40)



Respondenci zostali zapytani również o to, **jakie kanały informacji uznaliby za najbardziej trafne i efektywne**. Zestawienie odpowiedzi na oba pytania wskazuje na **wysoki poziom zgodności pomiędzy rzeczywistymi a preferowanymi źródłami informacji**. Informowanie rodziców na zebraniach szkolnych, komunikacja za pośrednictwem e-dzienników oraz rekomendacje ze strony personelu edukacyjnego i medycznego to zarówno najczęściej wskazywane źródła wiedzy o programie, jak i te uznawane za najbardziej adekwatne.

Opinie realizatorów projektów w subregionie radomskim, zebrana w badaniu CAWI (odpowiedzi zebrano od 4 beneficjentów realizujących 4 projekty) wskazują na zróżnicowanie doświadczeń beneficjentów w zakresie skutecznego dotarcia do uczestników. Po 2 wskazania zebrało kilka źródeł informowania potencjalnych uczestników, w tym: placówki oświatowe (szkoły i przedszkola, w tym

dyrektorzy, nauczyciele oraz pielęgniarki szkolne), media społecznościowe, media lokalne, a także polecenia od innych uczestników programu.

Spośród wszystkich dzieci aplikujących do programu w subregionie radomskim, **78% (tj. 1 747 osób) pozytywnie przeszło weryfikację kryteriów formalnych i zostało zakwalifikowanych do oceny medycznej (miernik 2)**. Jest to wartość mniejsza, niż dla całego województwa mazowieckiego (84%). Widoczna jest różnica między modułami: **w module otyłości było to 100% dzieci** (ale dane dot. miernika 1 i 2 dostępne są tylko dla 1 projektu), a **w module chorób kręgosłupa – 74%** (dane dostępne 4 z 6 projektów).

Dla **5 z 7 projektów** dostępne były dane jednocześnie dla miernika 1 i 2, określono dla nich zatem **poziom konwersji**: w 4 wyniósł 100%, w 1 50%. Ze względu na niską dostępność danych, wnioski te mają jedynie poglądowy charakter.

Odnotowano **486 przypadków niespełnienia kryteriów medycznych (miernik 3)** – łącznie w 5 wśród 7 projektów.

Kluczowym etapem interwencji był faktyczny **udział w programie (miernik 4)**. **Liczba uczestników programu wyniosła w subregionie radomskim łącznie 1 991** (dane ze 100% projektów), co stanowi **10,1% wszystkich uczestników** programu (19 665 dzieci w całym województwie). Wśród uczestników 289 osób uczestniczyło w module otyłości a 1 702 w module chorób kręgosłupa (dane ze wszystkich projektów).

Dane dotyczące **rezygnacji z udziału w programie (miernik 5)** wskazują, że **12 osób zrezygnowało z dalszego uczestnictwa** (co stanowi 1,6% wszystkich rezygnacji w województwie, których było 722). Wartość ta, choć stosunkowo niewielka, wymaga ostrożnej interpretacji, ze względu na niepełną sprawozdawczość oraz brak kompletnych informacji o powodach rezygnacji.

Dane dotyczące **liczby uczestników, którzy ukończyli program zgodnie ze ścieżką interwencji zaplanowaną w RPZ (miernik 6)**, dostępne są dla 5 z 7 projektów, w tym dla 2 projektów dostępne są sprawozdania tylko z pojedynczych lat realizacji projektu. **Ukończenie programu** potwierdzono w przypadku **1 485 uczestników** (co stanowi **15,2% wszystkich potwierdzonych przypadków ukończenia programu**, których dla całego województwa jest 9 794). Również tutaj widać różnicę między modułami – w module otyłości program ukończyło 46 dzieci (istotnie mniej, niż 289, które w nim uczestniczyło) a w module chorób kręgosłupa – 1 439 (mniej o 263 od liczby dzieci uczestniczących).

Wartości wskaźnika ukończenia udziału w programie, obliczony dla 5 z 7 projektów, dla których dostępne były dane dla wskaźników 4 i 6, wskazują na **zróżnicowany między projektami poziom utrzymania uczestnictwa do końca interwencji:** w 3 przypadkach było to 100%, w 2 – 39 i 42%, przy czym dla tych 2 projektów nie są dostępne sprawozdania końcowe z realizacji RPZ, więc ostateczny poziom wskaźnika ukończenia udziału w programie mógł być inny.

Skuteczność programu

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie radomskim – moduł dotyczący otyłości

Analiza obejmuje **3 projekty realizowanych w module dotyczącym otyłości w subregionie radomskim – przy czym dane dotyczące mierników 7,12, 14, 15, 16 i 17 dostępne są w niektórych przypadkach tylko dla 1 projektu (tabela 32).**

*Tabela 32 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ interwencji **w subregionie radomskim**, w zakresie dotyczącym otyłości, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=7 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=3 projekty dla modułu dotyczącego otyłości)*

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**1 089**	**5/7**
7.1. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości	109	1/3
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**3 592**	**5/7**
12.1. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:	88	1/3
12.1.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	44	1/3
12.1.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	44	1/3
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**1 003**	**6/7**
14.1. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości	38	2/3
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**1 830**	**7/7**
15.1. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	176	3/3
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**1 211**	**7/7**
16.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	178	3/3
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**941**	**5/7**
17.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	42	1/3

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci w subregionie radomskim

Ocena skuteczności w tym zakresie nie jest możliwa – osiągnięta wartość miernika **7.1 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości** wykrytych w ramach RPZ, wynosi **109**, przy czym dane pochodzą tylko z 1 projektu. W badaniu CAWI w przypadku 2 na 4 projekty objęte badaniem w subregionie radomskim beneficjenci wskazali „lepszą diagnostykę i wykrywanie wad postawy oraz otyłości" jako jeden z głównych efektów realizacji programu.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego, w subregionie radomskim nie jest możliwa.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem w subregionie radomskim

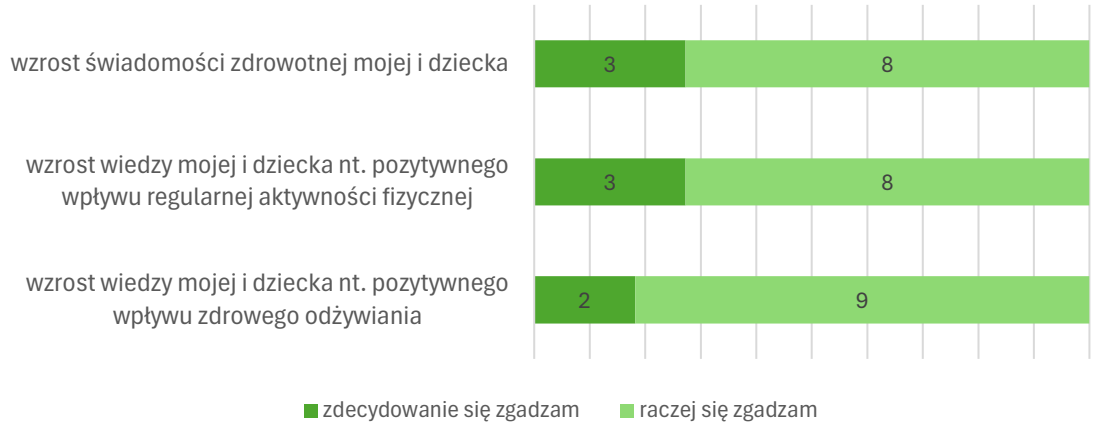
Ocena skuteczności programu w realizacji tego celu powinna opierać się o mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych (miernik 12.1),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.1),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.1),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.1).

Ich dostępność w przypadku modułu dotyczącego otyłości jest w subregionie radomskim bardzo zróżnicowana, co uniemożliwia dokonywanie porównań między wartościami poszczególnych mierników i formułowanie na tej podstawie wiarygodnych wniosków.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości w subregionie radomskim, zebranych w badaniu CATI (11 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 78).

Wykres 78 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym otyłości w subregionie radomskim (n=11 osób)



Wszyscy respondenci zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci. Natomiast w badaniu CAWI wśród **realizatorów projektów** w subregionie radomskim w przypadku 3 z 4 projektów beneficjenci stwierdzili, że wśród najbardziej dostrzegalnych efektów programu jest ten w postaci **zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych **nie można jednak stwierdzić**, czy cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym otyłości w subregionie radomskim został zrealizowany.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej w subregionie radomskim

Wskaźnikiem, który odzwierciedla stopień osiągnięcia tego celu, jest **miernik 14.1 – liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3%**. Dane w tym zakresie były dostępne dla 2 z 3 projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości w subregionie radomskim – odnotowano w nim **38** przypadków zmniejszenia masy ciała o co najmniej 3% na koniec udziału w programie.

Jednocześnie w badaniu CAWI w 2 na 4 projekty realizowane w subregionie radomskim beneficjenci wskazali, że **zmniejszenie masy ciała u dzieci z nadwagą** było jednym z najbardziej zauważalnych efektów interwencji. Natomiast w badaniu CATI wśród 11 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości, wszyscy odpowiedzieli twierdząco na pytanie o to, czy program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka (w tym 2 odpowiedzi „zdecydowanie tak").

Podsumowując, ocena skuteczności RPZ w zakresie **celu szczegółowego, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości**, w subregionie radomskim nie jest możliwa, ponieważ dostępne dane nie tworzą pełnego obrazu efektów programu.

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie radomskim – moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Analiza obejmuje **6 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie radomskim**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 33) oraz wyniki badań ilościowych.

Tabela 33 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w zakresie dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie radomskim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=7 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=6 projektów dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**1 089**	**5/7**
7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa	980	4/6
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**3 592**	**5/7**
12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	3 504	4/6
12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 752	4/6
12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 752	4/6
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**1 003**	**6/7**
14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa	965	5/6
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**1 830**	**7/7**
15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	1 654	5/6
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**1 211**	**7/7**
16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 003	5/6
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**941**	**5/7**

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	899	4/6

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci w subregionie radomskim

Ocena skuteczności w tym zakresie nie jest możliwa – osiągnięta wartość miernika **7.2 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa** wykrytych w ramach RPZ, która wynosi 980, przy czym dane te pochodzą tylko z 4 na 6 projektów. W badaniu CAWI w przypadku 2 na 4 projekty objęte badaniem w subregionie radomskim beneficjenci wskazali „lepszą diagnostykę i wykrywanie wad postawy oraz otyłości" jako jeden z głównych efektów realizacji programu.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego, w subregionie radomskim nie jest możliwa.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem w subregionie radomskim

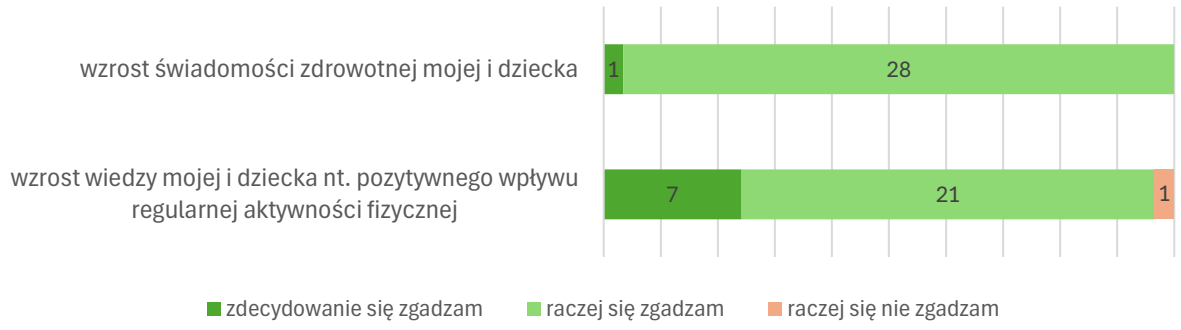
Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych przed i po interwencji (miernik 12.2),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.2),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.2),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.2).

Ich dostępność w przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa jest w subregionie radomskim bardzo zróżnicowana, co uniemożliwia dokonywanie porównań między wartościami poszczególnych mierników i formułowanie na tej podstawie wiarygodnych wniosków.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie radomskim, zebranych w badaniu CATI (29 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 79).

Wykres 79 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie radomskim (n=29 osób)



Niemal wszyscy z 29 respondentów zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci. Natomiast w badaniu CAWI wśród **realizatorów projektów** w subregionie radomskim w przypadku 3 z 4 projektów beneficjenci stwierdzili, że wśród najbardziej dostrzegalnych efektów programu jest ten w postaci **zwiększenia świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia**.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych **nie można jednak stwierdzić**, czy cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie radomskim został zrealizowany.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w subregionie radomskim

Stopień realizacji tego celu określany jest na podstawie **miernika 14.2 – liczby uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa**, ocenianą najczęściej przez lekarza lub fizjoterapeutę na podstawie stanu funkcjonalnego, postawy ciała lub zmniejszenia objawów dolegliwości. Dane w tym zakresie były dostępne dla 5 z 6 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie radomskim – łącznie odnotowano **965** przypadki poprawy stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa **wśród 1 439** dzieci które ukończyły pełną ścieżkę interwencji w programie (przy czym dane dot. uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa – miernik 6.2. – dostępne są tylko dla 4 z 6 projektów, więc prawdopodobne jest, że ostateczna skala wystąpienia efektu zdrowotnego jest inna).

Jednocześnie w badaniu CAWI w przypadku **2 z 4 projektów** realizowanych w subregionie radomskim beneficjenci wskazali, że **poprawa postawy ciała i zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci** było jednym z najbardziej zauważalnych efektów interwencji. Natomiast w badaniu CATI wśród 29 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa:

- 29 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka (4 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, 25 odpowiedzi „raczej się zgadzam),
- 28 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę postawy ciała dziecka (4 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, 24 odpowiedzi „raczej się zgadzam).

Podsumowując, ocena skuteczności RPZ w zakresie **celu szczegółowego, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa**, w subregionie radomskim nie jest możliwa, ponieważ dostępne dane nie tworzą pełnego obrazu efektów programu.

Stopień osiągnięcia celu głównego RPZ w subregionie radomskim

W świetle dostępnych danych nie można ustalić, czy **cel główny RPZ w subregionie radomskim został osiągnięty**, zarówno w module dotyczącym otyłości, jak i chorób kręgosłupa.

Dane wskaźnikowe są dostępne w ograniczonym zakresie, co uniemożliwia ocenę skuteczności interwencji w ujęciu liczbowym. W obu modułach odnotowano efekty zdrowotne i edukacyjne, ale przede wszystkim na podstawie deklaracji uczestników oraz realizatorów (badania CATI i CAWI).

Wątpliwości interpretacyjne budzi również fakt, że tylko dla części projektów dostępne jest sprawozdania końcowe, co oznacza, że nie ma pewności, czy raportowane wartości mierników (np. liczba uczestników, przypadki poprawy stanu zdrowia) odnoszą się do pełnego okresu realizacji wszystkich projektów.

Wobec powyższego, realizacja celu głównego RPZ w subregionie radomskim może zostać uznana za prawdopodobną, ale niewystarczająco potwierdzoną.

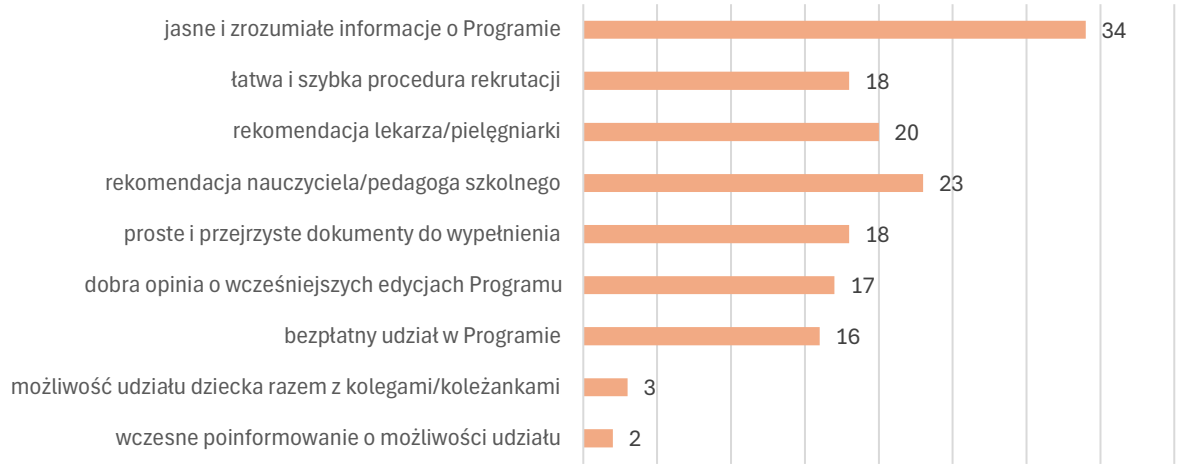
Dostępność świadczeń

Zgłaszalność do programu

W kontekście zróżnicowanej terytorialnie dostępności projektów w ramach RPZ, szczególnego znaczenia nabiera **identyfikacja czynników, które mogły sprzyjać decyzji rodziców lub opiekunów o zgłoszeniu dziecka do programu** – zarówno na poziomie lokalnym, jak i indywidualnym. Wnioski w tym zakresie, dotyczące podregionu radomskiego, zostały sformułowane na podstawie wyników badań ilościowych wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ, tj. wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo (CATI).

Dane nt. czynników sprzyjających zgłoszeniu dziecka do programu przedstawione są na wykresie 80.

Wykres 80 Czynniki sprzyjające zgłoszeniu dziecka do programu – subregion radomski(CATI, N=40)



Wynika z nich, że z perspektywy rodziców i opiekunów dzieci z subregionu radomskiego kluczowym czynnikiem sprzyjającym zgłoszeniu – tak, jak dla ogółu badanych – była **czytelność i przystępność informacji** o samym programie – 34 respondentów wskazało na jasne i zrozumiałe komunikaty jako element ułatwiający decyzję o udziale. Dla respondentów z tego regionu nieco bardziej istotna, niż dla ogółu badanych, była rekomendacja nauczyciela/pedagoga szkolnego (23 wskazania) oraz lekarza/pielęgniarki (20 wskazań).

Wśród **czynników, które mogły utrudniać udział w programie,** respondenci badania CATI wskazywali najczęściej brak informacji i programie (7 wskazań) oraz ograniczoną liczbę miejsc w programie (6 wskazań). Jednocześnie 31 z 40 badanych nie dostrzegało żadnych barier udziału.

Ocena trafności założeń rekrutacyjnych została również poddana weryfikacji w badaniu ankietowym CAWI, obejmującym 4 projekty realizowane w subregionie radomskim. Beneficjenci zostali zapytani o ogólne doświadczenia związane z procesem rekrutacji uczestników, a ich opinie były zróżnicowane – **dla 2 zrekrutowanie uczestników było „raczej łatwe", a dla 2 – „raczej trudne"**. Beneficjenci 3 z 4 projektów stwierdzili, że największym utrudnieniem udziału w programie była konieczność spełnienia przez dziecko kryteriów kwalifikacyjnych (co być może świadczy o niewystarczająco trafnej diagnozie sytuacji zdrowotnej grupy docelowej w tych projektach).

Perspektywa realizatorów projektów, pozyskana w ramach badania CAWI obejmuje także czynniki, które w ich opinii **sprzyjały zgłaszaniu dzieci do udziału w programie**. Po 2 wskazania uzyskały odpowiedzi: informacja przekazana przez szkołę (nauczyciela, dyrektora, pielęgniarkę szkolną), możliwość skorzystania z bezpłatnej diagnostyki i konsultacji specjalistycznych, chęć poprawy zdrowia dziecka w zakresie profilaktyki otyłości lub chorób kręgosłupa, atrakcyjność oferowanych zajęć.

Podsumowując, w subregionie radomskim zgłaszalność do programu można ocenić jako zadowalającą, a zastosowany model rekrutacyjny – oparty na jasnej komunikacji i zaangażowaniu instytucji edukacyjnych oraz personelu medycznego – okazał się skuteczny.

Dostępność edukacyjnych form wsparcia

Skalę działań informacyjno-edukacyjnych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 34).

Tabela 34 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań edukacyjnych w subregionie radomskim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=7 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=3 projekty dla modułu dotyczącego otyłości, n=6 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:	**333**	**5/7**
11.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, w tym:	1	1/3
11.1.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości	1	1/3
11.1.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości	1	1/3
11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	332	4/6
11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	314	4/6
11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	222	4/6

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Należy podkreślić, że dane dotyczące miernika 11 obarczone są znaczną niejednorodnością oraz – w przypadku subregionu radomskiego – istotnymi brakami. W przypadku modułu dotyczącego otyłości dane pochodzą z jednego na 3 realizowane projekty, w przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa – z 4 na 4 projektów.

Dostępność terapeutycznych form wsparcia

Skalę działań terapeutycznych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 35). Także wobec nich należy zachować ostrożność metodologiczną i w zakresie interpretacji wyników.

Tabela 35 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań terapeutycznych w subregionie radomskim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=8 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=4 projekty dla modułu dotyczącego otyłości, n=5 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:	**7 221**	**5/7**
8.1. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:	254	1/3
8.1.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	254	1/3

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
8.1.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	54	1/3
8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w tym:	6 967	4/6
8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	5 923	4/6
8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	1 044	4/6
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:	**5 421**	**5/7**
9.1. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:	549	
9.1.1. liczba badań początkowych	111	1/3
9.1.2. liczba badań w środku interwencji	46	1/3
9.1.3. liczba badań końcowych	17	1/3
9.1.4. liczba innych badań	375	1/3
9.2. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa programu, w tym:	4 872	4/6
9.2.1. liczba badań początkowych	1 146	4/6
9.2.2. liczba badań w środku interwencji	955	4/6
9.2.3. liczba badań końcowych	955	4/6
9.2.4. liczba innych badań	1 816	4/6
10. Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych (tylko moduł dot. otyłości)	**521**	**1/3**
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:	**66**	**1/7**
13.1. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości	32	1/7
13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa	34	1/7

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Na podstawie dostępnych danych ze sprawozdawczości określonej w RPZ nie jest możliwa ocena rzeczywistej dostępności poszczególnych form interwencji terapeutycznej. Nieco głębszy wgląd dają wyniki badania CATI (40 osób w subregionie radomskim) – respondentów pytano o udział dzieci w pełnym lub częściowym cyklu świadczeń przewidzianych w programie – zarówno w zakresie aktywności fizycznej, jak i indywidualnych porad dietetycznych.

W module dotyczącym otyłości niemal wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 11 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) **skorzystali z pełnego cyklu świadczeń** – zarówno w odniesieniu do zajęć ruchowych (11 wskazań), jak i porad dietetycznych (10 wskazań).

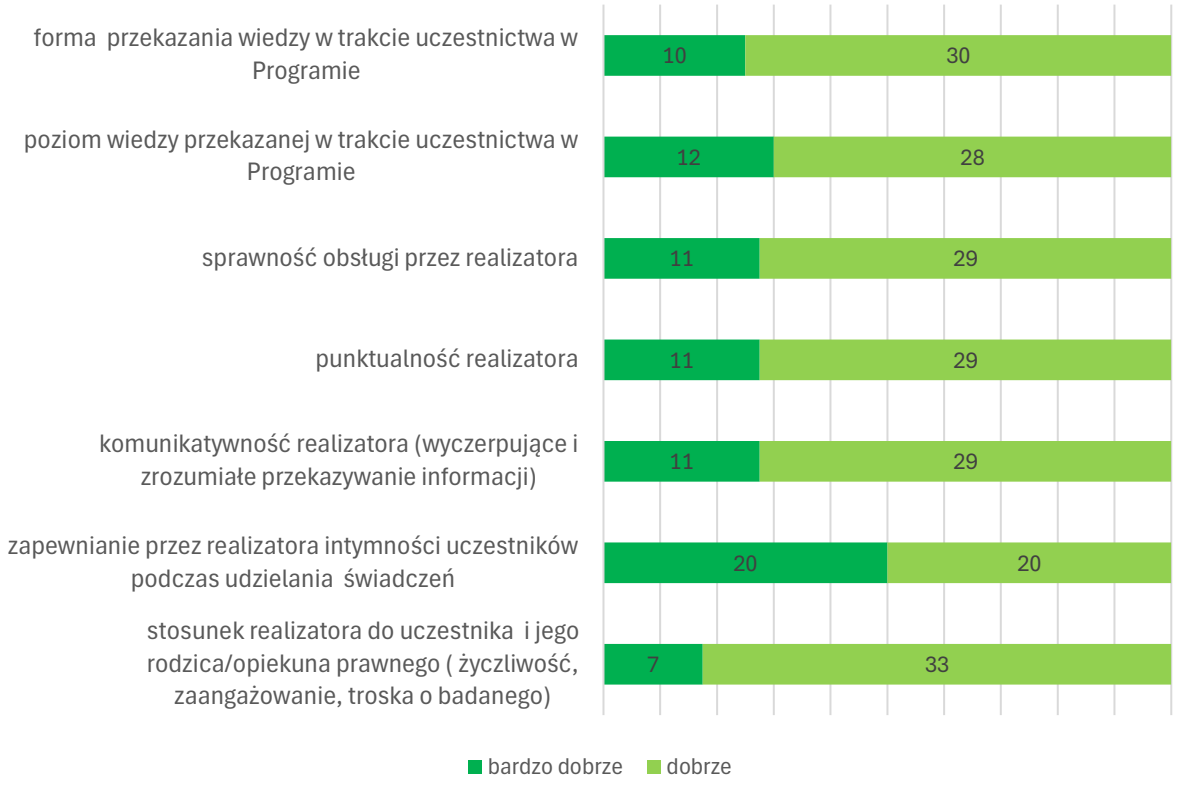
W module dotyczącym chorób kręgosłupa także niemal wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 29 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) **skorzystała z pełnego cyklu zajęć ruchowych** – 25 rodziców/opiekunów zadeklarowało, że ich dziecko uczestniczyło we wszystkich zaplanowanych zajęciach, natomiast 5 osób wskazało udział częściowy.

Dane te częściowo potwierdzają efektywną realizację standardu regularności świadczeń.

Dostępność i jakość realizacji świadczeń z perspektywy uczestników RPZ

Wyniki badania CATI przeprowadzonego wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ wskazują na **bardzo wysoką ocenę jakości realizacji świadczeń** (wykres 81) – zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i relacyjnym. Respondenci zostali poproszeni o ocenę kilku aspektów świadczenia wsparcia, obejmujących m.in. stosunek personelu do uczestników, warunki organizacyjne, komunikatywność, punktualność oraz sposób przekazywania wiedzy.

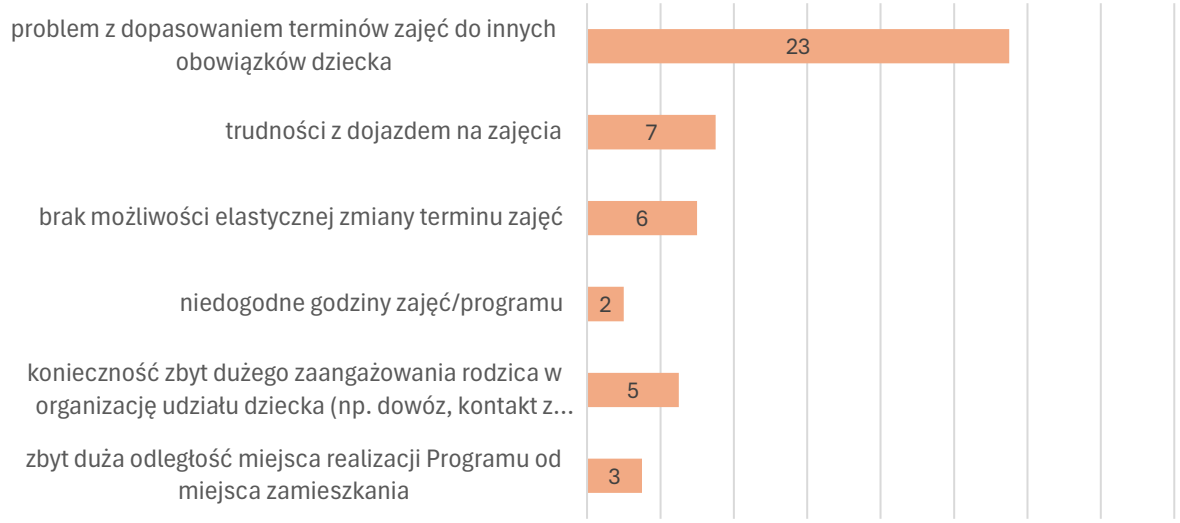
Wykres 81 Ocena jakości realizacji świadczeń z perspektywy rodziców/opiekunów uczestników RPZ w subregionie radomskim (N=34)



We wszystkich analizowanych obszarach oceny mieszczą się w dwóch najwyższych kategoriach („bardzo dobrze" i „dobrze"), co świadczy o wysokim poziomie satysfakcji z udziału w programie. Brak odpowiedzi negatywnych i neutralnych („ani dobrze, ani źle") potwierdza pozytywny odbiór programu z perspektywy jego uczestników.

Pomimo ogólnej dostępności form wsparcia oferowanych w ramach RPZ, wyniki badania CATI wskazują na występowanie szeregu trudności organizacyjnych, które mogły ograniczać pełne uczestnictwo dzieci w programie (wykres 82).

Wykres 82 Trudności doświadczane przez rodziców/opiekunów w związku z udziałem ich dzieci w RPZ w subregionie radomskim (N=40)



Najczęściej wskazywaną trudnością związaną z udziałem dziecka w programie w subregionie radomskim była **konieczność dopasowania terminów zajęć do innych obowiązków,** podobnie jak przez badanych z całego województwa. Respondenci w tym subregionie, nieco częściej, niż ogół badanych, wskazywali na konieczność zbyt dużego zaangażowania rodzica w organizację udziału dziecka w programie.

Zgodnie z opiniami rodziców wyrażonymi w ankiecie CATI, **poszczególne formy wsparcia były udzielane w ilości, czasie i częstotliwości zgodniej z potrzebami dzieci**. Wyjątkiem są porady dietetyczne, których rodzice oczekiwaliby więcej.

Użyteczność programu z perspektywy uczestników

Rozdział ten przedstawia ocenę RPZ z punktu widzenia jego rzeczywistej przydatności dla uczestników – zarówno dzieci objętych interwencją, jak i ich opiekunów. Analiza dotyczy postrzeganych korzyści, wpływu programu na codzienne życie, stopnia wykorzystania zdobytej wiedzy.

W badaniu CATI rodzice/opiekunowie zostali poproszeni o ocenę jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu, korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało bardzo niską, a 5 – bardzo wysoką jakość. Poniżej przedstawiono wyniki tych ocen dla poszczególnych komponentów interwencji.

Na podstawie ocen rodziców uczestników programu w **module dotyczącym otyłości** (n=11), wszystkie analizowane świadczenia zdrowotne uzyskały wysokie oceny jakościowe. Średnie i mediany ocen kształtują się następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia 4,3, mediana 4,0
- porady dietetyczne: średnia 4,18, mediana 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia 4,0, mediana 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia 4,33, mediana 4,0

We wszystkich przypadkach mediana ocen wynosi 4,0, co świadczy o dominującej ocenie „dobrze”, przy jednoczesnym znaczącym udziale ocen „bardzo dobrze”. Brak ocen negatywnych (1 i 2) i tylko pojedyncze oceny neutralne (3) potwierdzają wysoką jakość realizowanych świadczeń w oczach

beneficjentów programu. Oceny w subregionie są tylko nieco niższe w przypadku porad dietetycznych i zajęć ruchowych od ocen ogółu badanych.

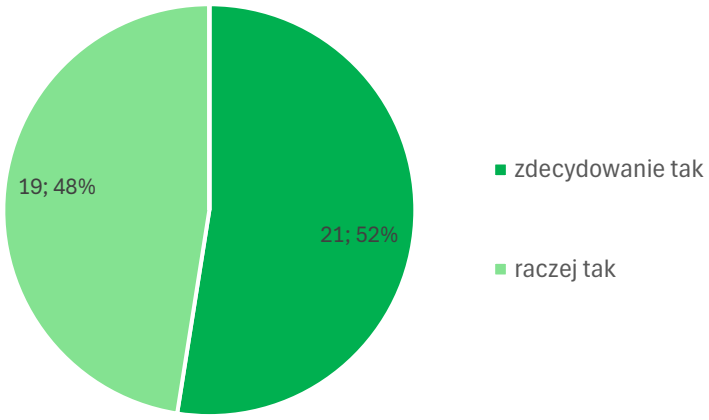
Bardzo podobnie kształtują się opinie rodziców, których dzieci uczestniczyły w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa (n=29) – również wskazują na bardzo wysoki poziom satysfakcji. Analiza średnich i median dla poszczególnych komponentów wygląda następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia 4,3, mediana 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia: 4,35, mediana: 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia 4,33, mediana 4,0

Wszystkie świadczenia uzyskały dominujące oceny „dobrze" i „bardzo dobrze", przy całkowitym braku ocen negatywnych i neutralnych (1, 2 lub 3). Dane te potwierdzają wysoki poziom akceptacji i pozytywną ocenę jakości usług terapeutycznych świadczonych w ramach RPZ. Oceny w subregionie nie odbiegają od ocen ogółu badanych.

Wysoki poziom satysfakcji z Programu znajduje potwierdzenie również w odpowiedziach na pytanie o jego rekomendację (wykres 83).

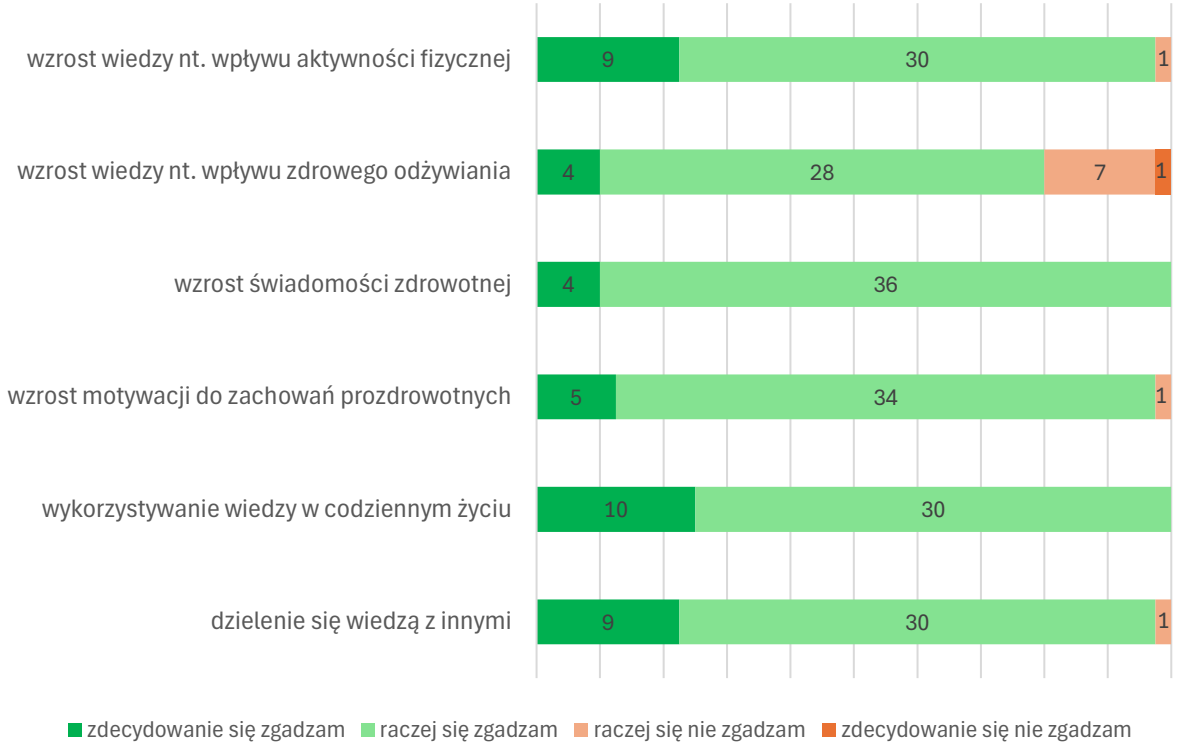
Wykres 83 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w subregionie radomskim nt. tego, czy poleciliby udział w RPZ innym osobom (N=40)



Wszyscy respondenci zadeklarowali, że z perspektywy czasu zdecydowanie (21 osób) lub raczej (19 osób) poleciliby RPZ innym rodzicom. Tak jednoznacznie pozytywna struktura odpowiedzi świadczy o wysokim poziomie akceptacji interwencji i jej wartości z punktu widzenia użytkowników końcowych.

Dalsza analiza opinii uczestników potwierdza, że RPZ wywarł realny wpływ na życie rodzin biorących w nim udział (wykres 84).

Wykres 84 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w subregionie radomskim nt. tego, czy udział w programie przyczynił się do określonych zmian w życiu ich i dziecka (N=40)



Zdecydowana większość respondentów – zarówno zdecydowanie, jak i raczej – zgodziła się z twierdzeniem, że udział w Programie przyczynił się do wzrostu motywacji do zachowań prozdrowotnych, zwiększenia świadomości zdrowotnej, a także częstszego wykorzystywania wiedzy zdobytej w trakcie zajęć. Wysoko oceniono również wpływ Programu na wiedzę dzieci i rodziców na temat znaczenia aktywności fizycznej, natomiast nieco niższy odsetek odpowiedzi pozytywnych odnotowano w obszarze wiedzy dotyczącej zdrowego odżywiania. Jednocześnie pozytywną wymowę uzyskuje również odpowiedź na pytanie o dzielenie się wiedzą – co może świadczyć o rozprzestrzenianiu się efektów programu poza bezpośrednią grupę uczestników. Wyniki dla regionu nie odbiegają w tym zakresie od wyników dla ogółu badanych.

Całość wyników potwierdza, że RPZ był postrzegany nie tylko jako doraźna interwencja, ale również jako bodziec do trwałych zmian w postawach, zachowaniach i świadomości zdrowotnej.

Trwałość efektów programu

Trwałość efektów programu w perspektywie sprawozdawczej

Trwałość osiągniętych efektów zdrowotnych i behawioralnych – zarówno w wymiarze klinicznym (np. utrzymanie prawidłowego wskaźnika BMI, poprawa postawy ciała), jak i funkcjonalnym (kontynuacja zaleceń, trwałość zmiany stylu życia) – zgodnie z założeniami RPZ, powinna być monitorowana z wykorzystaniem mierników 18–24. Dostępność danych dla tych mierników jest jednak skrajnie ograniczona, w rezultacie **analiza mierników 18–24 nie pozwala na ocenę skali i zakresu utrzymania efektów zdrowotnych w dłuższej perspektywie.**

Poniższa tabela prezentuje wartości mierników dotyczących trwałości efektów udziału w RPZ (tabela 36).

Tabela 36 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące trwałości efektów zdrowotnych i behawioralnych w subregionie radomskim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=7 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=6 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=3 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**63**	**3/7**
18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane **w terminie 6 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego w tym:	52	3/7
18.1.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	8	1/3
18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	44	2/6
18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **12 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	11	1/7
18.2.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	0	0/3
18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	11	1/6
19. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**6**	**1/3**
20. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**0**	**0/3**
21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**44**	**2/6**
22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**11**	**1/6**
23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**50**	**3/7**
23.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	6	1/3
23.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	44	2/6

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**11**	**1/7**
24.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	0	0/3
24.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	11	1/6

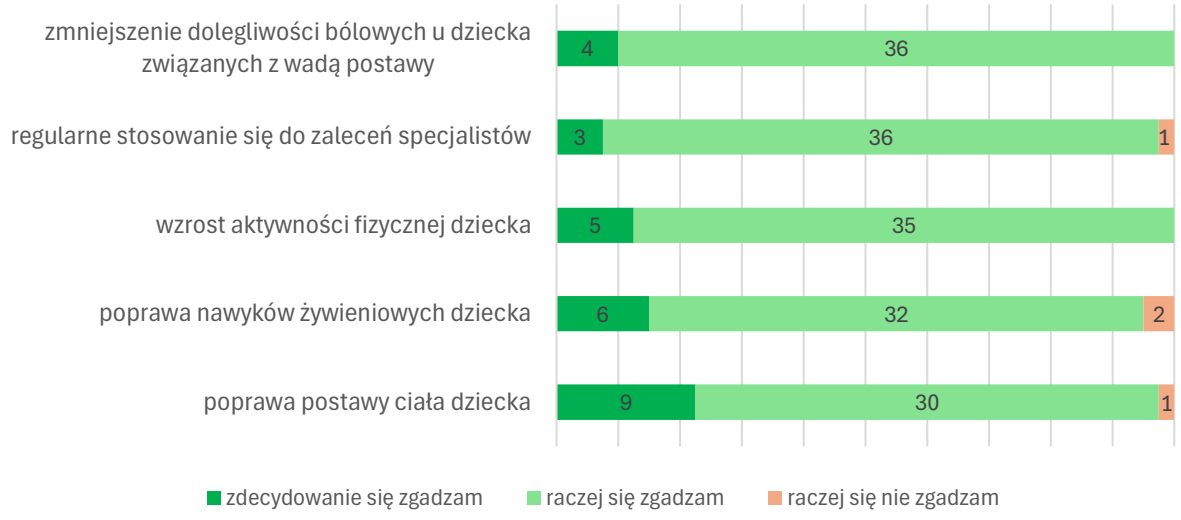
źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Trwałość efektów w opinii uczestników i realizatorów RPZ

W niniejszej części przedstawiono ilościowe wnioski wynikające z wywiadów telefonicznych z rodzicami (CATI) oraz ankiety internetowej przeprowadzonej wśród realizatorów (CAWI). Analiza ta pozwala uchwycić nie tylko skalę i charakter utrzymanych efektów, ale także czynniki sprzyjające lub utrudniające ich kontynuację po zakończeniu interwencji.

W ramach ankiety telefonicznej CATI respondentów – rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie – zapytano o **utrzymanie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci po zakończeniu udziału w programie** – zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i nawyków zdrowotnych oraz przestrzegania zaleceń specjalistów. Uzyskane wyniki przedstawia wykres 85.

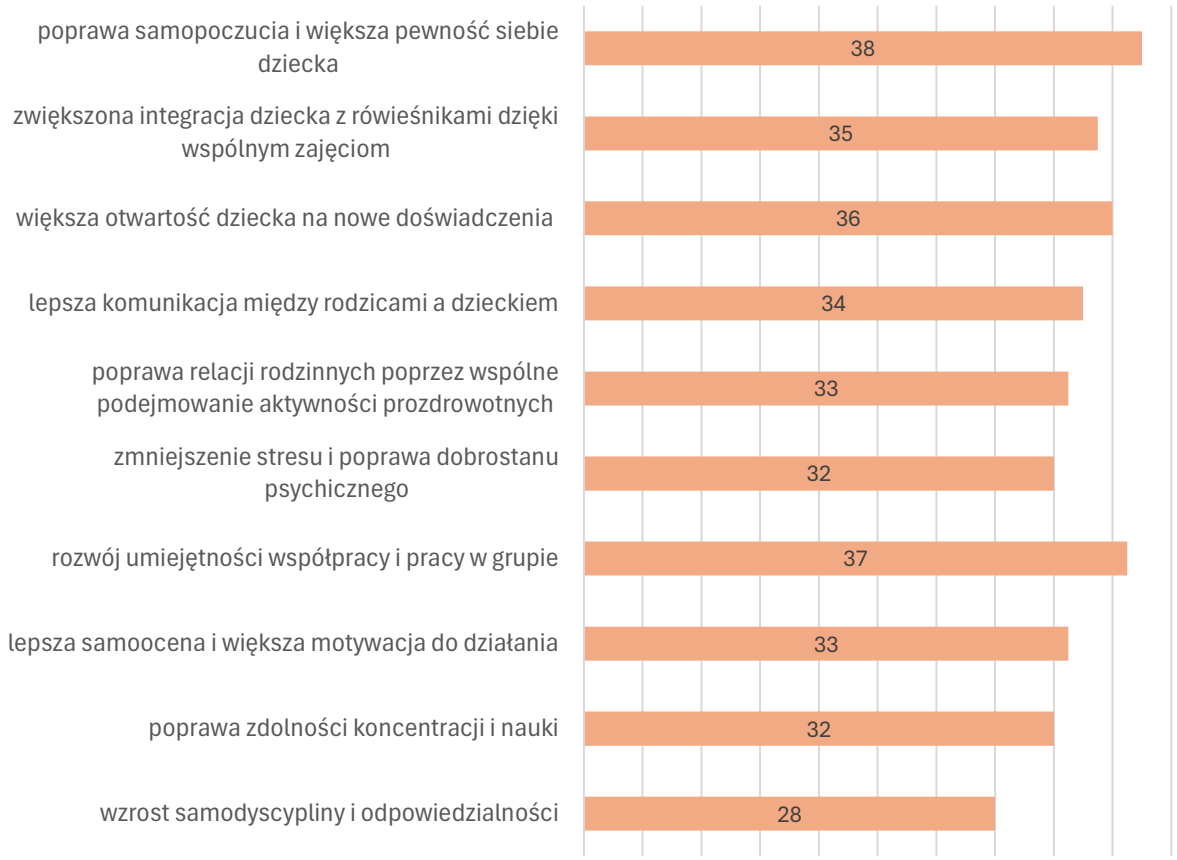
Wykres 85 Efekty utrzymujące się po udziale dziecka w programie, według deklaracji rodziców/opiekunów z subregionu radomskiego (N=40)



Wyniki badania wskazują na **bardzo wysoką zgodność rodziców co do utrzymania pozytywnych efektów programu**. Najczęściej deklarowano wzrost aktywności fizycznej dziecka i zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych z wadą postawy.

Rodziców/opiekunów zapytano także o obserwowane **zmiany psychospołeczne u dziecka,** które pojawiły się w związku z udziałem w programie. Na wykresie 86 przedstawiono zestawienie najczęściej wskazywanych przez rodziców zmian w tym obszarze.

Wykres 86 Deklarowane przez rodziców trwałe zmiany psychospołeczne po udziale w programie, obserwowane u dzieci z subregionu radomskiego (N=40)



Na podstawie opinii 40 rodziców/opiekunów uczestników programu w subregionie radomskim można stwierdzić, że **pozytywne efekty psychospołeczne – obok celów bezpośrednio zdrowotnych – stanowiły istotny i zauważalny rezultat udziału dzieci w RPZ**. Zdecydowana większość respondentów potwierdziła wystąpienie i utrzymywanie się pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dziecka, nie tylko w kontekście zdrowotnym, lecz również w sferze emocjonalnej, społecznej i rodzinnej. Najczęściej wskazywanym efektem była **poprawa samopoczucia i większa pewność siebie dziecka** (potwierdzona przez 33 osoby), a także rozwój umiejętności współpracy i pracy w grupie (37 wskazań – efekt dostrzegany w subregionie radomskim częściej, niż w całym województwie).

Opinie realizatorów projektów w subregionie radomskim (N=4) mogą uzupełnić ocenę trwałości RPZ o perspektywę instytucjonalną – z uwzględnieniem doświadczeń z wdrażania programu, obserwacji dotyczących zachowań uczestników oraz identyfikowanych barier i czynników sukcesu. Wśród 4 beneficjentów projektów 2 oceniło swoją wiedzę na temat ich długoterminowych efektów na poziomie bardzo wysokim, jeden na poziomie wysokim, a jeden na poziomie średnim. Wśród najtrwalszych efektów programu wskazywali oni na poprawę świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców/opiekunów (3 wskazania) oraz wzrost regularnej aktywności fizycznej dzieci (3 wskazania). W opinii beneficjentów utrzymaniu trwałości efektów najbardziej sprzyjało indywidualne podejście do uczestników i dostosowanie działań do ich potrzeb (4 wskazania).

Jeśli chodzi o **sposoby zwiększenia trwałości efektów RPZ,** to realizatorzy projektów w subregionie radomskim najczęściej wskazywali na zapewnienie stałego finansowania działań profilaktycznych i zdrowotnych (3 wskazania).

Podsumowanie – subregion radomski

W subregionie radomskim zrealizowano łącznie 7 projektów w RPZ, w tym 3 w module dotyczącym otyłości i 6 w module dotyczącym chorób kręgosłupa (2 projekty obejmowały oba moduły). Subregion ten odpowiadał za około 10% wszystkich uczestników programu na Mazowszu.

Realizacja RPZ w subregionie radomskim została **bardzo dobrze oceniona przez uczestników programu oraz jego realizatorów**. Deklarowane efekty zdrowotne i edukacyjne były jednoznacznie pozytywne – zarówno w module dotyczącym otyłości, jak i chorób kręgosłupa. Jednak ograniczona dostępność danych sprawozdawczych oraz niejednorodność raportowania pomiędzy projektami **uniemożliwiają jednoznaczną ocenę skuteczności interwencji w tym subregionie**. Większość wniosków opiera się na opiniach rodziców i realizatorów, co istotnie ogranicza ich obiektywność. Z tego względu, choć z perspektywy użytkowników RPZ był użyteczny i dobrze oceniany, nie jest możliwe potwierdzenie pełnej realizacji jego celu głównego w subregionie radomskim.

Subregion siedlecki

Liczbowy zasięg i przebieg programu

RPZ był realizowany wyłącznie w subregionie siedleckim w ramach 3 projektów, w tym 2 w module dotyczącym otyłości i 2 w module dotyczącym chorób kręgosłupa (1 projekt realizowany był w obu modułach).

Analiza opiera się przede wszystkim na danych na temat produktów i rezultatów projektów gromadzone w systemie SL2014, a także o dane ilościowe pozyskane od realizatorów oraz uczestników projektów. W przypadku projektów realizowanych wyłącznie na terenie subregionu siedleckiego **dla ani jednego projektu nie są dostępne sprawozdania z realizacji RPZ**.

Na podstawie danych z systemu SL2014 można oszacować jedynie wartość miernika 4 – w subregionie siedleckim, w odróżnieniu od całości województwa, liczba uczestników modułu dotyczącego otyłości była większa, niż w module dotyczącym chorób kręgosłupa. Podobnie kształtuje się wartość miernika 6, przy czym dane na jego temat dostępne są tylko dla 1 projektu, realizowanego w obu modułach.

*Tabela 37 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące kluczowych etapów interwencji **w subregionie siedleckim**, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=3, w tym n=2 dla modułu dotyczącego otyłości, n=2 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)*

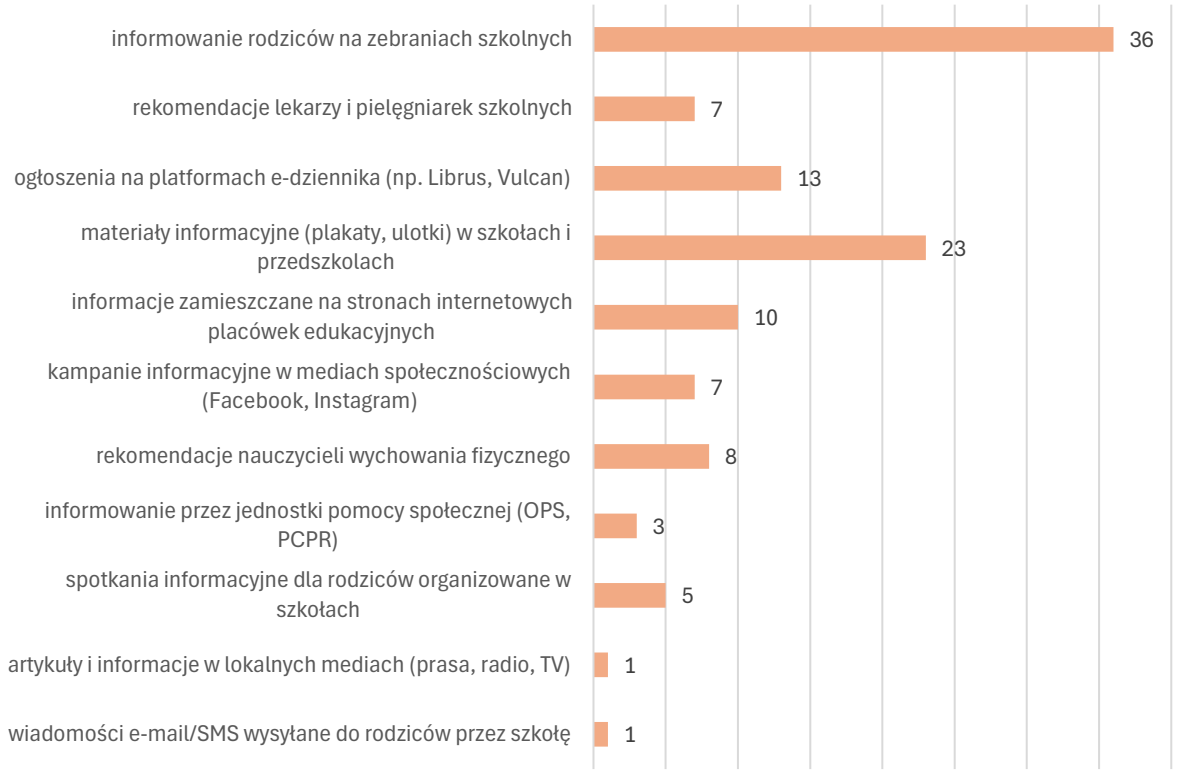
Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:	**brak danych**	
1.1. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości		
1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa		
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym:	**brak danych**	
2.1. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości		

2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa		
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne)	**brak danych**	
4. Liczba uczestników programu w tym:	**1 315**	**3/3**
4.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości	672	2/2
4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	643	2/2
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	**brak danych**	
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program w tym:	**471**	**1/3**
6.1. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości	251	1/2
6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa	220	1/2

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Wyniki badania ankietowego CATI z rodzicami/opiekunami uczestników projektów w subregionie siedleckim (N=37) potwierdzają wniosek z analizy wyników na poziomie całego programu, dotyczący kluczowej roli placówek edukacyjnych w skutecznym dotarciu z informacją o programie (wykres 87). Niemal wszyscy respondenci (36 osób) wskazali, że dowiedzieli się o naborze na zebraniu szkolnym. W porównaniu z wynikami dla całego programu, w subregionie siedleckim dostrzec można nieco częstsze wskazywanie na takie źródła informacji, jak materiały informacyjne w szkołach i przedszkolach.

Wykres 87 Źródła informacji o programie według deklaracji rodziców/opiekunów uczestników projektów w subregionie siedleckim (CATI, N=37)



Respondenci zostali zapytani również o to, **jakie kanały informacji uznaliby za najbardziej trafne i efektywne**. Zestawienie odpowiedzi na oba pytania wskazuje na **wysoki poziom zgodności pomiędzy rzeczywistymi a preferowanymi źródłami informacji**. Informowanie rodziców na zebraniach

szkolnych, komunikacja za pośrednictwem e-dzienników oraz rekomendacje ze strony personelu edukacyjnego i medycznego to zarówno najczęściej wskazywane źródła wiedzy o programie, jak i te uznawane za najbardziej adekwatne.

W badaniu CAWI pozyskano opinię tylko od **1 realizatora projektu w subregionie siedleckim** - w jego opinii najskuteczniejszymi źródłami informacji była strona internetowa projektu, media społecznościowe, które prowadził, placówki oświatowe oraz podmioty lecznicze. Jednocześnie wskazał, że zrekrutowanie uczestników projektu było „zdecydowanie łatwe".

Faktyczny **udział w programie (miernik 4)** odnotowano **w subregionie siedleckim** na poziomie **1 315** osób, co stanowi **6,7% wszystkich uczestników** programu (19 665 dzieci w całym województwie). W module dotyczącym otyłości uczestniczyło 672 osoby, a w module dotyczącym chorób kręgosłupa – 643 osoby.

Dane dotyczące **liczby uczestników, którzy ukończyli program zgodnie ze ścieżką interwencji zaplanowaną w RPZ (miernik 6)**, dostępne są tylko dla 1 projektu, w którym realizowano oba moduły. **Ukończenie programu** potwierdzono w przypadku **471 uczestników** (co stanowi **4,8% wszystkich potwierdzonych przypadków ukończenia programu**, których dla całego województwa jest 9 794). W module otyłości program ukończyło 251 dzieci, a w module chorób kręgosłupa – 220.

Skuteczność programu

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie siedleckim – moduł dotyczący otyłości

Analiza obejmuje **3 projekty realizowanych w module dotyczącym otyłości w subregionie siedleckim – przy czym dane dotyczące mierników 7,12, 14, 15, 16 i 17 dostępne są w niektórych przypadkach tylko dla 1 projektu** (tabela 38).

*Tabela 38 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ interwencji **w subregionie siedleckim**, w zakresie dotyczącym otyłości, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=3 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=2 dla modułu dotyczącego otyłości)*

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**brak danych**	
7.1. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości		
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**brak danych**	
12.1. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:		
12.1.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości		
12.1.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości		
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**471**	**1/3**
14.1. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości	251	1/2
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**952**	**1/3**

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
15.1. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	522	1/2
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**481**	**1/3**
16.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	271	1/2
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**brak danych**	
17.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy		

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci w subregionie siedleckim

Ocena skuteczności w tym zakresie nie jest możliwa – dane o wartość miernika **7.1 nie są dostępne dla ani jednego z 3 projektów objętych analizą.** Beneficjent jednego z projektów realizowanych w subregionie siedleckim wskazał natomiast, że lepsza diagnostyka i wykrywanie wad postawy oraz otyłości jest jednym z najbardziej widocznych efektów programu.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci z województwa mazowieckiego, w subregionie siedleckim nie jest możliwa.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem w subregionie siedleckim

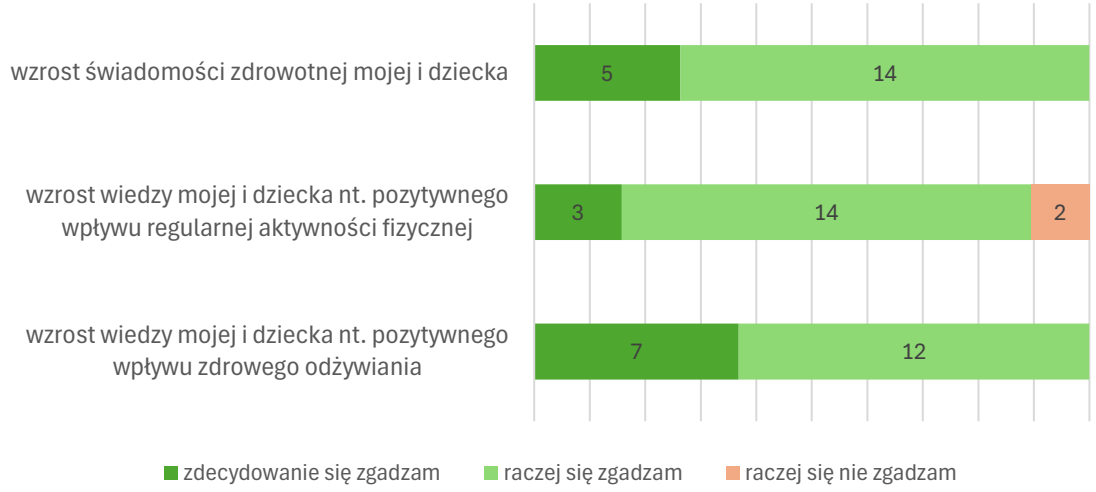
Ocena skuteczności programu w realizacji tego celu powinna opierać się o mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych (miernik 12.1),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.1),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.1),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.1).

Ich dostępność w przypadku modułu dotyczącego otyłości jest w subregionie siedleckim ograniczona do 1 projektu, co uniemożliwia formułowanie wniosków odnoszących się do całego subregionu.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości w subregionie siedleckim, zebranych w badaniu CATI (11 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 88).

Wykres 88 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym otyłości w subregionie siedleckim (n=11 osób)



Niemal wszyscy respondenci zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci. Zwiększenie świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia w efekcie udziału w programie potwierdza także beneficjent beneficjenta jednego z projektów realizowanych w subregionie siedleckim.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych **nie można jednak stwierdzić**, czy cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym otyłości w subregionie siedleckim został zrealizowany.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej w subregionie siedleckim

Miernikiem, który odzwierciedla stopień osiągnięcia tego celu, jest **miernik 14.1 – liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3%**. Dane w tym zakresie były dostępne dla 1 z 2 projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości w subregionie siedleckim – odnotowano w nim **251** przypadków zmniejszenia masy ciała o co najmniej 3% na koniec udziału w programie, co oznacza 100% skuteczność tego projektu w odniesieniu do efektu zdrowotnego. Redukcja masy ciała u dzieci z nadwagą i otyłością jest także jednym z najbardziej dostrzegalnych efektów realizacji programu w opinii beneficjenta jednego z projektów realizowanych w subregionie siedleckim.

Natomiast w badaniu CATI wśród 19 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości, wszyscy odpowiedzieli twierdząco na pytanie o to, czy program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka (w tym 1 odpowiedź „zdecydowanie tak").

Podsumowując, ocena skuteczności RPZ w zakresie **celu szczegółowego, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości**, w subregionie siedleckim nie jest możliwa, ponieważ dostępne dane nie tworzą pełnego obrazu efektów programu.

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie siedleckim – moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Analiza obejmuje **6 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie siedleckim**. Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników

określonych w RPZ, przy czym dane dotyczące mierników 7,12, 14, 15, 16 i 17 dostępne są w niektórych przypadkach tylko dla 1 projektu (tabela 39).

Tabela 39 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w zakresie dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie siedleckim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=3 projekty realizowane w ramach RPZ, n=2 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**brak danych**	
7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa		
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**brak danych**	
12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:		
12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa		
12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa		
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	471	1/3
14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa	220	1/2
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	952	1/3
15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	430	1/2
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	481	1/3
16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	210	1/2
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**brak danych**	
17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy		

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci w subregionie siedleckim

Ocena skuteczności w tym zakresie nie jest możliwa – dane o wartość miernika **7.2 nie są dostępne dla ani jednego z 3 projektów objętych analizą.** Beneficjent jednego z projektów realizowanych w subregionie siedleckim wskazał natomiast, że lepsza diagnostyka i wykrywanie wad postawy oraz otyłości jest jednym z najbardziej widocznych efektów programu.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zwiększenie wykrywalności chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego, w subregionie siedleckim nie jest możliwa.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem w subregionie siedleckim

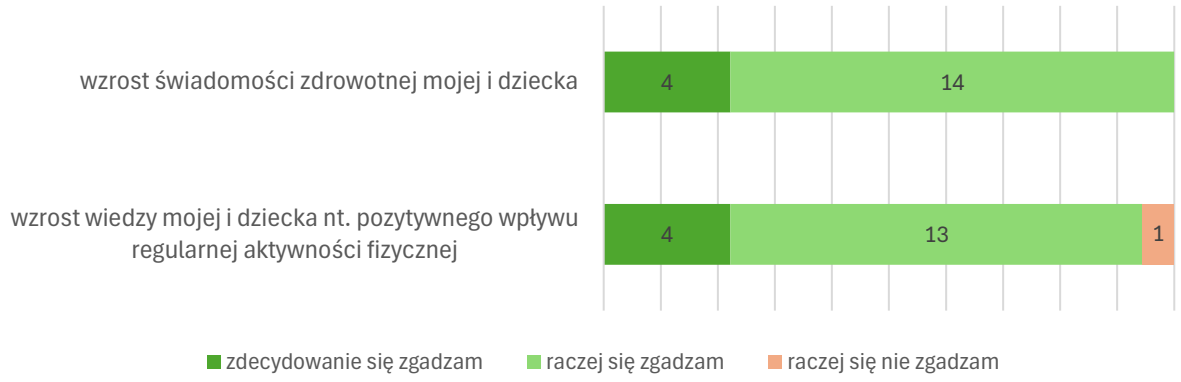
Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych przed i po interwencji (miernik 12.2),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.2),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.2),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.2).

Ich dostępność w przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa jest w subregionie siedleckim ograniczona do 1 projektu, co uniemożliwia formułowanie wniosków odnoszących się do całego subregionu.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie siedleckim, zebranych w badaniu CATI (18 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne (dane przedstawia wykres 89).

Wykres 89 Deklarowane przez opiekunów dzieci efekty edukacyjne udziału w programie w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie siedleckim (n=18 osób)



Niemal wszyscy z 18 respondentów zadeklarowali, że udział w programie przyczynił się do wzrostu wiedzy i świadomości zdrowotnej – zarówno ich samych, jak i ich dzieci. Zwiększenie świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia w efekcie udziału w programie potwierdza także beneficjent beneficjenta jednego z projektów realizowanych w subregionie siedleckim.

Na podstawie zgromadzonych danych ilościowych **nie można jednak stwierdzić**, czy cel szczegółowy RPZ dotyczący wzrostu poziomu wiedzy uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie siedleckim został zrealizowany.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w subregionie siedleckim

Miernikiem, który odzwierciedla stopień osiągnięcia tego celu, jest **miernik 14.2 – liczba uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa**, ocenianą najczęściej przez lekarza lub fizjoterapeutę na podstawie stanu funkcjonalnego, postawy ciała lub zmniejszenia objawów dolegliwości. Dane w tym zakresie były dostępne dla 1 z 2

projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie siedleckim – łącznie odnotowano **220** przypadki poprawy stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa, co oznacza 100% skuteczność tego projektu w odniesieniu do efektu zdrowotnego. Poprawa postawy ciała i zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci jest także jednym z najbardziej dostrzegalnych efektów realizacji programu w opinii beneficjenta jednego z projektów realizowanych w subregionie siedleckim.

Natomiast w badaniu CATI wśród 18 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa:

- 18 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka (2 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam", 16 odpowiedzi „raczej się zgadzam),
- 18 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę postawy ciała dziecka (3 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam", 15 odpowiedzi „raczej się zgadzam).

Podsumowując, ocena skuteczności RPZ w zakresie **celu szczegółowego, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa**, w subregionie siedleckim nie jest możliwa, ponieważ dostępne dane nie tworzą pełnego obrazu efektów programu.

Stopień osiągnięcia celu głównego RPZ w subregionie siedleckim

W świetle dostępnych danych nie można ustalić, czy **cel główny RPZ w subregionie siedleckim został osiągnięty**, zarówno w module dotyczącym otyłości, jak i chorób kręgosłupa.

Dane wskaźnikowe są dostępne w bardzo ograniczonym zakresie, co uniemożliwia ocenę skuteczności interwencji w ujęciu liczbowym. W obu modułach odnotowano efekty zdrowotne i edukacyjne, ale przede wszystkim na podstawie deklaracji uczestników oraz realizatorów (badania CATI i CAWI).

Wobec powyższego, realizacja celu głównego RPZ w subregionie siedleckim może zostać uznana za prawdopodobną, ale niewystarczająco potwierdzoną.

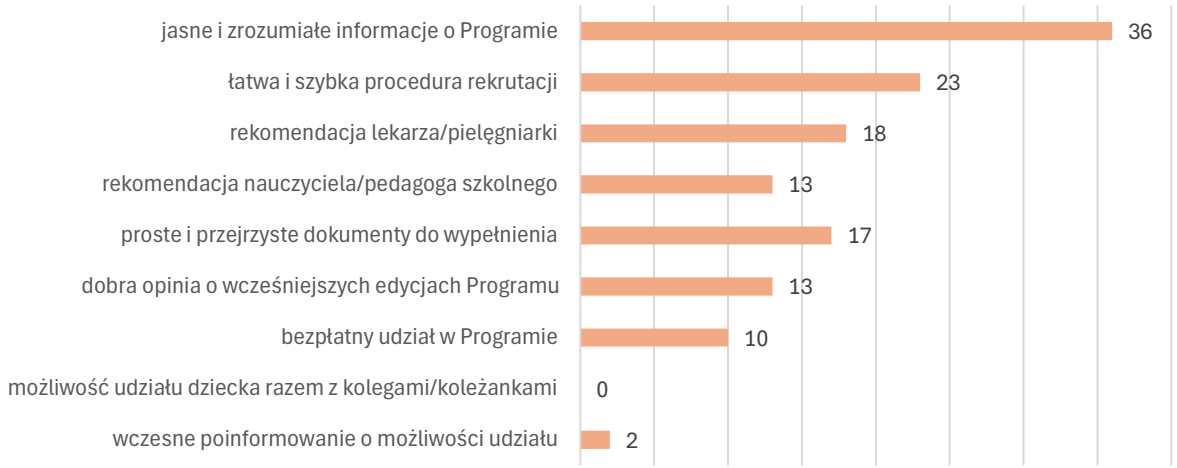
Dostępność świadczeń

Zgłaszalność do programu

W kontekście zróżnicowanej terytorialnie dostępności projektów w ramach RPZ, szczególnego znaczenia nabiera **identyfikacja czynników, które mogły sprzyjać decyzji rodziców lub opiekunów o zgłoszeniu dziecka do programu** – zarówno na poziomie lokalnym, jak i indywidualnym. Wnioski w tym zakresie, dotyczące podregionu siedleckiego, zostały sformułowane na podstawie wyników badań ilościowych wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ, tj. wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo (CATI).

Dane nt. czynników sprzyjających zgłoszeniu dziecka do programu przedstawione są na wykresie 90.

Wykres 90 Czynniki sprzyjające zgłoszeniu dziecka do programu – subregion siedlecki (CATI, N=37)



Wynika z nich, że z perspektywy rodziców i opiekunów dzieci z subregionu siedleckiego kluczowym czynnikiem sprzyjającym zgłoszeniu – tak, jak dla ogółu badanych – była **czytelność i przystępność informacji** o samym programie – 36 respondentów wskazało na jasne i zrozumiałe komunikaty jako element ułatwiający decyzję o udziale. Dla respondentów z tego regionu nieco bardziej istotna, niż dla ogółu badanych, były proste i przejrzyste dokumenty do wypełnienia (17 wskazań).

Wśród **czynników, które mogły utrudniać udział w programie,** respondenci badania CATI wskazywali najczęściej brak informacji i programie (3 wskazania),jednocześnie 33 z 37 badanych nie dostrzegało żadnych barier udziału.

Beneficjent jednego z projektów realizowanych w subregionie siedleckim wskazał, że zrekrutowanie uczestników było „zdecydowanie łatwe", a jedynym czynnikiem, który ewentualnie mógł utrudnić zgłoszenie się do programu, była pandemia (z powodu zamknięcia szkół). Tym, co natomiast sprzyjało **zgłaszaniu dzieci do udziału w programie**, było wiele czynników, w tym: informacja przekazana przez szkołę, rekomendacja fizjoterapeuty lub specjalisty od wad postawy, zachęta ze strony innych rodziców, dostępność projektu w pobliskiej placówce, chęć poprawy zdrowia dziecka w zakresie profilaktyki otyłości lub chorób kręgosłupa, atrakcyjność oferowanych zajęć, brak innych dostępnych form wsparcia zdrowotnego dla dziecka, kampania informacyjna programu w mediach lub na stronach internetowych, a także łatwa i szybka procedura rekrutacji.

Podsumowując, w subregionie siedleckim zgłaszalność do programu można ocenić jako zadowalającą, a zastosowany model rekrutacyjny okazał się skuteczny.

Dostępność edukacyjnych form wsparcia

Skalę działań informacyjno-edukacyjnych powinien odzwierciedlać miernik 11, lecz w przypadku subregionu siedleckiego dla żadnego projektu dane na jego temat nie są dostępne (tabela 40).

Tabela 40 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań edukacyjnych w subregionie siedleckim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=3 projekty realizowane w ramach RPZ, n=2 dla modułu dotyczącego otyłości, n=2 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:	**brak danych**	
11.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, w tym:		
11.1.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości		
11.1.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości		
11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:		
11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa		
11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa		

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Dostępność terapeutycznych form wsparcia

Skalę działań terapeutycznych powinny obrazować wartości mierników założonych w RPZ, w przypadku subregionu siedleckiego dla żadnego projektu dane na ich temat nie są jednak dostępne (tabela 41).

Tabela 41 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań terapeutycznych w subregionie siedleckim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=3 projekty realizowane w ramach RPZ, n=2 dla modułu dotyczącego otyłości, n=2 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:	**brak danych**	
8.1. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:		
8.1.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej		
8.1.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej		
8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w tym:		
8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej		
8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej		
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:		
9.1. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:		
9.1.1. liczba badań początkowych		
9.1.2. liczba badań w środku interwencji		
9.1.3. liczba badań końcowych		
9.1.4. liczba innych badań		
9.2. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa programu, w tym:		
9.2.1. liczba badań początkowych		
9.2.2. liczba badań w środku interwencji		

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
9.2.3. liczba badań końcowych		
9.2.4. liczba innych badań		
10. Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych (tylko moduł dot. otyłości)		
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:		
13.1. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości		
13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa		

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Dostępność i jakość realizacji świadczeń z perspektywy uczestników RPZ

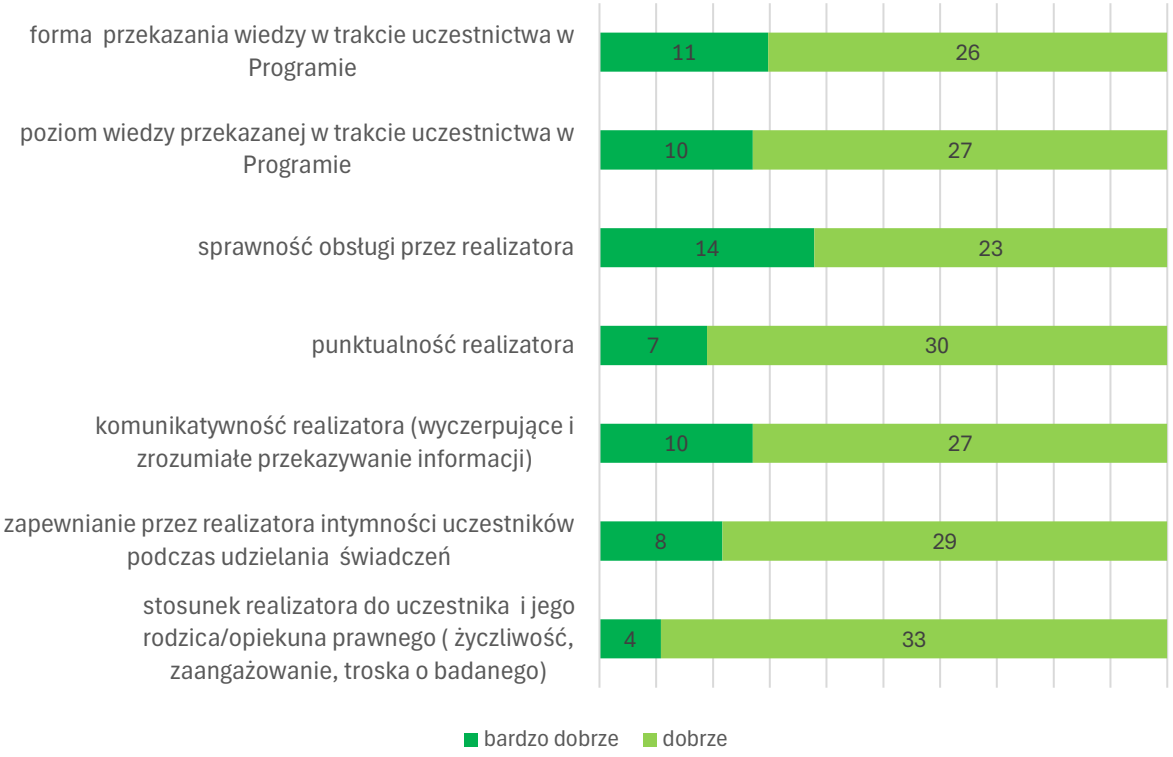
Jedyne informacje na temat dostępności świadczeń w subregionie siedleckim pochodzą z badania CATI wśród rodziców/opiekunów uczestników programu (N=37).Respondentów pytano o udział dzieci w pełnym lub częściowym cyklu świadczeń przewidzianych w programie – zarówno w zakresie aktywności fizycznej, jak i indywidualnych porad dietetycznych.

W module dotyczącym otyłości niemal wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 19 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) skorzystali z pełnego cyklu świadczeń – zarówno w odniesieniu do zajęć ruchowych (17 wskazań), jak i porad dietetycznych (18 wskazań). W module dotyczącym chorób kręgosłupa także niemal wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 18 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) skorzystała z pełnego cyklu zajęć ruchowych – 15 rodziców/opiekunów zadeklarowało, że ich dziecko uczestniczyło we wszystkich zaplanowanych zajęciach, natomiast 3 osoby wskazały udział częściowy. Dane te częściowo potwierdzają efektywną realizację standardu regularności świadczeń.

Wyniki badania CATI wskazują na **bardzo wysoką ocenę jakości realizacji świadczeń** (wykres 91) – zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i relacyjnym. Respondenci zostali poproszeni o ocenę kilku aspektów świadczenia wsparcia, obejmujących m.in. stosunek personelu do uczestników, warunki organizacyjne, komunikatywność, punktualność oraz sposób przekazywania wiedzy.

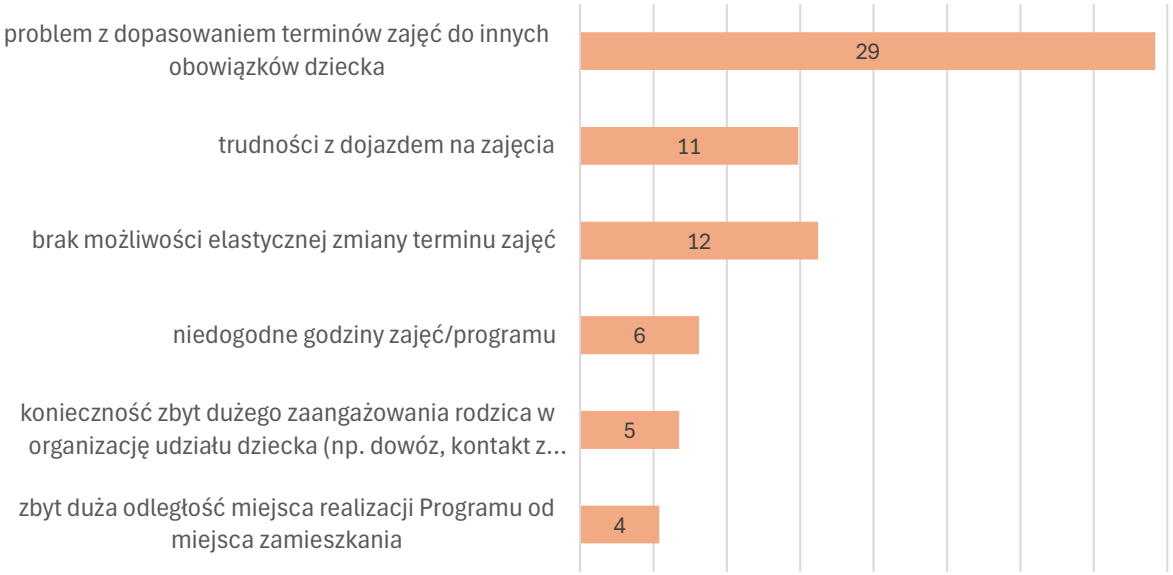
We wszystkich analizowanych obszarach oceny mieszczą się w dwóch najwyższych kategoriach („bardzo dobrze” i „dobrze”), co świadczy o wysokim poziomie satysfakcji z udziału w programie. Brak odpowiedzi negatywnych i neutralnych („ani dobrze, ani źle”) potwierdza pozytywny odbiór programu z perspektywy jego uczestników.

Wykres 91 Ocena jakości realizacji świadczeń z perspektywy rodziców/opiekunów uczestników RPZ w subregionie siedleckim (N=37)



Pomimo ogólnej dostępności form wsparcia oferowanych w ramach RPZ, wyniki badania CATI wskazują na występowanie szeregu trudności organizacyjnych, które mogły ograniczać pełne uczestnictwo dzieci w programie (wykres 92).

Wykres 92 Trudności doświadczane przez rodziców/opiekunów w związku z udziałem ich dzieci w RPZ w subregionie siedleckim (N=37)



Najczęściej wskazywaną trudnością związaną z udziałem dziecka w programie w subregionie siedleckim była **konieczność dopasowania terminów zajęć do innych obowiązków,** podobnie jak przez badanych z całego województwa.

Zgodnie z opiniami rodziców wyrażonymi w ankiecie CATI, **poszczególne formy wsparcia były udzielane w ilości, czasie i częstotliwości zgodniej z potrzebami dzieci**. Wyjątkiem są porady dietetyczne, których rodzice oczekiwaliby więcej.

Użyteczność programu z perspektywy uczestników

Rozdział ten przedstawia ocenę RPZ z punktu widzenia jego rzeczywistej przydatności dla uczestników – zarówno dzieci objętych interwencją, jak i ich opiekunów. Analiza dotyczy postrzeganych korzyści, wpływu programu na codzienne życie, stopnia wykorzystania zdobytej wiedzy.

W badaniu CATI rodzice/opiekunowie zostali poproszeni o ocenę jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu, korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało bardzo niską, a 5 – bardzo wysoką jakość. Poniżej przedstawiono wyniki tych ocen dla poszczególnych komponentów interwencji.

Na podstawie ocen rodziców uczestników programu w **module dotyczącym otyłości** (n=19), wszystkie analizowane świadczenia zdrowotne uzyskały wysokie oceny jakościowe. Średnie i mediany ocen kształtują się następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia 4,08, mediana 4,0
- porady dietetyczne: średnia 4,53, mediana 5,0
- zajęcia ruchowe: średnia 4,42, mediana 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia 4,38, mediana 4,0

We wszystkich przypadkach mediana ocen wynosi 4,0, co świadczy o dominującej ocenie „dobrze”, przy jednoczesnym znaczącym udziale ocen „bardzo dobrze”. Brak ocen negatywnych (1 i 2) i tylko pojedyncze oceny neutralne (3) potwierdzają wysoką jakość realizowanych świadczeń w oczach beneficjentów programu.

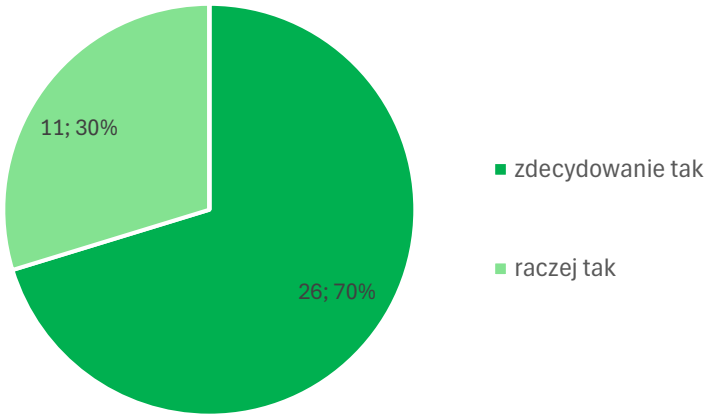
Bardzo podobnie kształtują się opinie rodziców, których dzieci uczestniczyły w programie w **module dotyczącym chorób kręgosłupa** (n=18) – również wskazują na bardzo wysoki poziom satysfakcji. Analiza średnich i median dla poszczególnych komponentów wygląda następująco:

- wizyta kwalifikująca do Programu: średnia 4,08, mediana 4,0
- zajęcia ruchowe: średnia: 4,33, mediana: 4,0
- badania lekarskie końcowe: średnia 4,38, mediana 4,0

Wszystkie świadczenia uzyskały dominujące oceny „dobrze” i „bardzo dobrze”. Brak ocen negatywnych (1 i 2) i tylko pojedyncze oceny neutralne (3) potwierdzają wysoki poziom akceptacji i pozytywną ocenę jakości usług terapeutycznych świadczonych w ramach RPZ.

Wysoki poziom satysfakcji z Programu znajduje potwierdzenie również w odpowiedziach na pytanie o jego rekomendację (wykres 93).

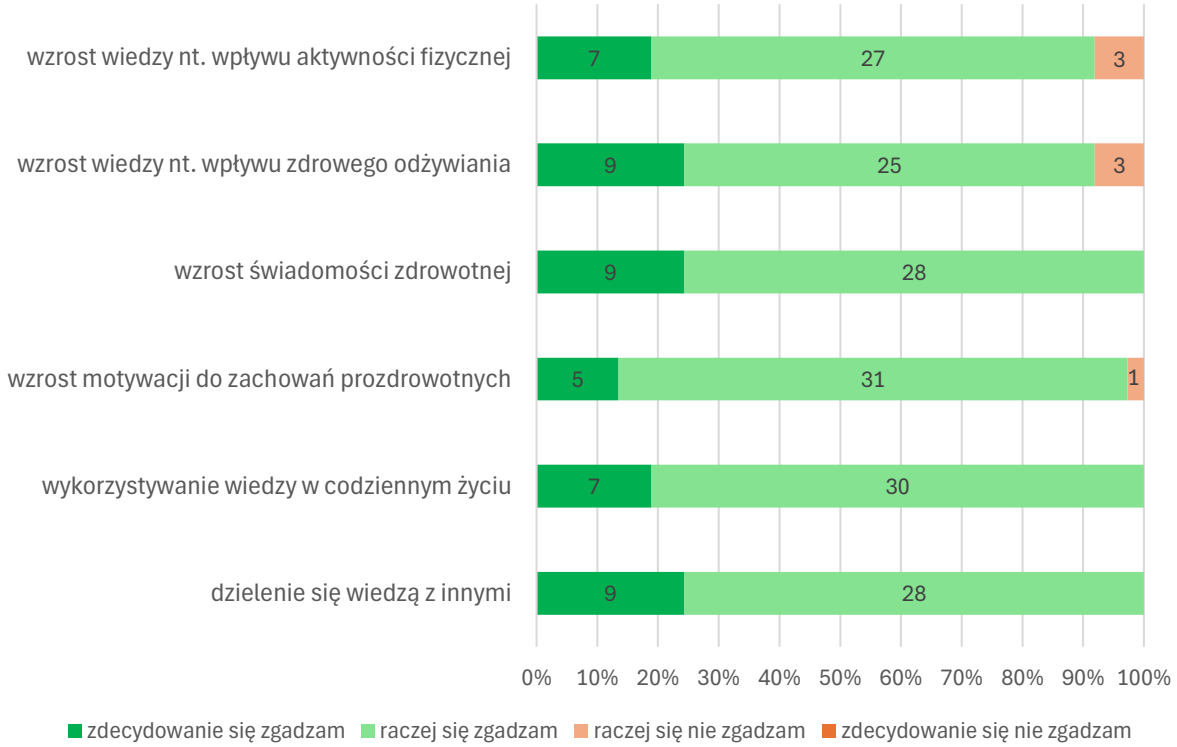
Wykres 93 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w subregionie siedleckim nt. tego, czy poleciliby udział w RPZ innym osobom (N=37)



Wszyscy respondenci zadeklarowali, że z perspektywy czasu zdecydowanie (26 osób) lub raczej (11 osób) poleciliby RPZ innym rodzicom. Tak jednoznacznie pozytywna struktura odpowiedzi świadczy o wysokim poziomie akceptacji interwencji i jej wartości z punktu widzenia użytkowników końcowych.

Dalsza analiza opinii uczestników potwierdza, że RPZ wywarł realny wpływ na życie rodzin biorących w nim udział (wykres 94).

Wykres 94 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w subregionie siedleckim nt. tego, czy udział w programie przyczynił się do określonych zmian w życiu ich i dziecka (N=40)



Zdecydowana większość respondentów – zarówno zdecydowanie, jak i raczej – zgodziła się z twierdzeniem, że udział w Programie przyczynił się do wzrostu motywacji do zachowań prozdrowotnych, zwiększenia świadomości zdrowotnej, a także częstszego wykorzystywania wiedzy zdobytej w trakcie zajęć. Nieco niższy odsetek odpowiedzi pozytywnych odnotowano w obszarze wiedzy dotyczącej zdrowego odżywiania oraz wpływu aktywności fizycznej. Jednocześnie pozytywną wymowę uzyskuje również odpowiedź na pytanie o dzielenie się wiedzą – co może świadczyć o rozprzestrzenianiu się efektów programu poza bezpośrednią grupę uczestników. Wyniki dla regionu nie odbiegają w tym zakresie od wyników dla ogółu badanych.

Całość wyników potwierdza, że RPZ był postrzegany nie tylko jako doraźna interwencja, ale również jako bodziec do trwałych zmian w postawach, zachowaniach i świadomości zdrowotnej.

Trwałość efektów programu

Trwałość efektów programu w perspektywie sprawozdawczej

Trwałość osiągniętych efektów zdrowotnych i behawioralnych – zarówno w wymiarze klinicznym (np. utrzymanie prawidłowego wskaźnika BMI, poprawa postawy ciała), jak i funkcjonalnym (kontynuacja zaleceń, trwałość zmiany stylu życia) – zgodnie z założeniami RPZ, powinna być monitorowana z wykorzystaniem mierników 18–24. Dostępność danych dla tych mierników ogranicza się jednak do jednego projektu (realizowanego w 2 modułach), w rezultacie **analiza mierników 18–24 nie pozwala na ocenę skali i zakresu utrzymania efektów zdrowotnych w dłuższej perspektywie.**

Poniższa tabela prezentuje wartości mierników dotyczących trwałości efektów udziału w RPZ (tabela 42). W przypadku jedynego sprawozdawanego projektu osiągnięto pełną trwałość efektów zdrowotnych i behawioralnych programu.

Tabela 42 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące trwałości efektów zdrowotnych i behawioralnych w subregionie siedleckim, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=3, w tym n=2 dla modułu dotyczącego otyłości, n=2 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**942**	**1/3**
18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane **w terminie 6 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego w tym:	471	1/3
18.1.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	251	1/2
18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	220	1/2
18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **12 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	471	1/3
18.2.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	251	1/2
18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	220	1/2

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
19. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**251**	**1/2**
20. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**251**	**1/2**
21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**220**	**1/2**
22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**220**	**1/2**
23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**471**	**1/3**
23.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	251	1/2
23.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	220	1/2
24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**471**	**1/3**
24.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	251	1/2
24.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	220	1/2

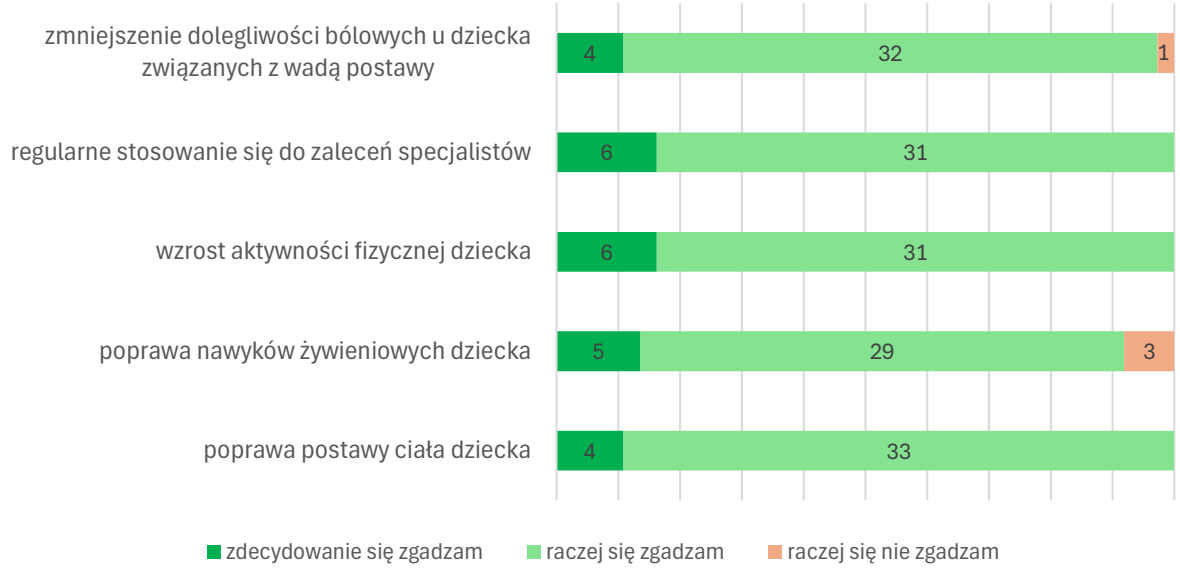
źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Trwałość efektów w opinii uczestników i realizatorów RPZ

W niniejszej części przedstawiono ilościowe wnioski wynikające z wywiadów telefonicznych z rodzicami (CATI) oraz ankiety internetowej przeprowadzonej wśród realizatorów (CAWI). Analiza ta pozwala uchwycić nie tylko skalę i charakter utrzymanych efektów, ale także czynniki sprzyjające lub utrudniające ich kontynuację po zakończeniu interwencji.

W ramach ankiety telefonicznej CATI respondentów – rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie – zapytano o **utrzymanie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci po zakończeniu udziału w programie** – zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i nawyków zdrowotnych oraz przestrzegania zaleceń specjalistów. Uzyskane wyniki przedstawia wykres 95.

Wykres 95 Efekty utrzymujące się po udziale dziecka w programie, według deklaracji rodziców/opiekunów z subregionu siedleckiego (N=37)

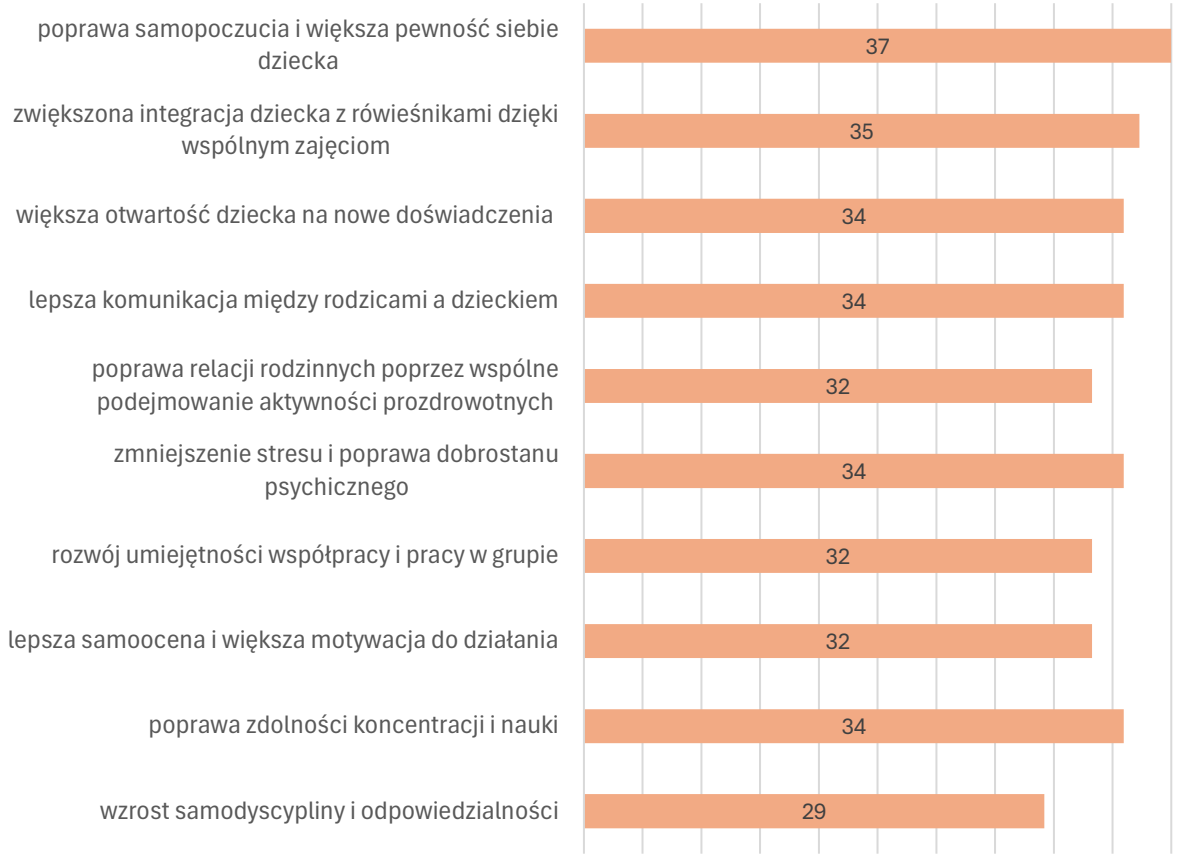


Wyniki badania wskazują na **bardzo wysoką zgodność rodziców co do utrzymania pozytywnych efektów programu**. Najczęściej deklarowano wzrost aktywności fizycznej dziecka i regularne stosowanie się do zaleceń specjalistów.

Rodziców/opiekunów zapytano także o obserwowane **zmiany psychospołeczne u dziecka,** które pojawiły się w związku z udziałem w programie. Na wykresie 96 przedstawiono zestawienie najczęściej wskazywanych przez rodziców zmian w tym obszarze.

Na podstawie opinii 37 rodziców/opiekunów uczestników programu w subregionie siedleckim można stwierdzić, że **pozytywne efekty psychospołeczne – obok celów bezpośrednio zdrowotnych – stanowiły istotny i zauważalny rezultat udziału dzieci w RPZ**. Zdecydowana większość respondentów potwierdziła wystąpienie i utrzymywanie się pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dziecka, nie tylko w kontekście zdrowotnym, lecz również w sferze emocjonalnej, społecznej i rodzinnej. Najczęściej wskazywanym efektem była **poprawa samopoczucia i większa pewność siebie dziecka** (potwierdzona przez wszystkich respondentów), a także zwiększona integracja z rówieśnikami dzięki wspólnym zajęciom (35 wskazań).

Wykres 96 Deklarowane przez rodziców trwałe zmiany psychospołeczne po udziale w programie, obserwowane u dzieci z subregionu siedleckiego (N=37)



Beneficjent jednego z projektów realizowanych w subregionie siedleckim ocenia swoją wiedzę na temat długoterminowych efektów projektu po zakończeniu udziału uczestników na poziomie wysokim. Wśród najtrwalszych efektów programu wskazuje na wskazuje na: utrwalenie zdrowych nawyków żywieniowych u uczestników, wzrost regularnej aktywności fizycznej dzieci, poprawę świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców/opiekunów, trwałą poprawę postawy ciała i redukcja problemów związanych z wadami kręgosłupa, lepszą współpracę między placówkami edukacyjnymi i medycznymi w zakresie profilaktyki zdrowotnej, zwiększoną dostępność do badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych oraz większą motywację uczestników do dbania o zdrowie po zakończeniu programu.

Jeśli chodzi o **sposoby zwiększenia trwałości efektów RPZ,** to beneficjent wskazał: organizację cyklicznych badań kontrolnych wśród uczestników, stworzenie systemu monitorowania długoterminowych efektów programu, współpracę szkół, przychodni i organizacji społecznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz przedłużenie okresu realizacji programu, aby umożliwić lepsze utrwalenie efektów.

Podsumowanie – subregion siedlecki

W subregionie siedleckim zrealizowano łącznie 7 projektów w RPZ, w tym 3 w module dotyczącym otyłości i 6 w module dotyczącym chorób kręgosłupa (2 projekty obejmowały oba moduły). Subregion ten odpowiadał za około 10% wszystkich uczestników programu na Mazowszu.

Realizacja RPZ w subregionie siedleckim została **bardzo dobrze oceniona przez uczestników programu oraz jego realizatorów**. Deklarowane efekty zdrowotne i edukacyjne były jednoznacznie pozytywne – zarówno w module dotyczącym otyłości, jak i chorób kręgosłupa. Jednak bardzo niska dostępność danych sprawozdawczych (brak sprawozdań z realizacji RPZ w przypadku każdego z realizowanych projektów) oraz niejednorodność raportowania pomiędzy projektami **uniemożliwiają jednoznaczną ocenę skuteczności interwencji w tym subregionie**. Większość wniosków opiera się na opiniach rodziców i realizatorów, co istotnie ogranicza ich obiektywność. Z tego względu, choć z perspektywy użytkowników RPZ był użyteczny i dobrze oceniany, nie jest możliwe potwierdzenie pełnej realizacji jego celu głównego w subregionie siedleckim.

Subregion ciechanowski

Liczbowy zasięg i przebieg programu

RPZ był realizowany wyłącznie w subregionie ciechanowskim w ramach 1 projektu, w module dotyczącym chorób kręgosłupa.

Dla projektu tego dostępne są dane ze sprawozdania końcowego z realizacji RPZ. Poniższe wnioski, oparte o analizę mierników RPZ, choć odnoszą się do kompletnych danych, nie tworzą całościowego obrazu realizacji RPZ w subregionie ciechanowskim. Nie obejmują bowiem danych pozyskanych w ramach projektów międzyregionalnych, z których część realizowana była m.in. w subregionie ciechanowski, lecz dane na ich temat są niemożliwe do wyodrębnienia w podziale na poszczególne subregiony.

*Tabela 43 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące kluczowych etapów interwencji **w subregionie ciechanowskim**, wraz z raportowanymi wartościami*

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość
1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:	**74**
1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa	74
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym:	**68**
2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa	68
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne)	**2**
4. Liczba uczestników programu w tym:	**68**
4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	68
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	**5**
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program w tym:	**63**
6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa	63

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Wyniki badania ankietowego CATI z rodzicami/opiekunami uczestników projektów w subregionie ciechanowskim (N=6) potwierdzają wniosek z analizy wyników na poziomie całego programu, dotyczący kluczowej roli placówek edukacyjnych w skutecznym dotarciu z informacją o programie. Wszyscy respondenci wskazali, że dowiedzieli się o naborze na zebraniu szkolnym. W odpowiedzi na pytanie o to, **jakie kanały informacji uznaliby za najbardziej trafne i efektywne**, potwierdzili, że najbardziej preferowaliby właśnie taki sposób informowania o programie.

W badaniu CAWI pozyskano opinię tylko od **1 realizatora projektu w subregionie ciechanowskim** – w jego opinii najskuteczniejszymi źródłami informacji media społecznościowe, które prowadził, placówki oświatowe oraz podmioty lecznicze. Jednocześnie wskazał, że zrekrutowanie uczestników projektu było „zdecydowanie łatwe".

Skuteczność programu

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie ciechanowskim – moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Dane w zakresie skuteczności programu w różnych obszarach opierają się o analizę mierników 7, 12, 14, 15, 16 i 17. Dostępne są one dla 1 projektu, który realizowany był wyłącznie w subregionie ciechanowskim

Tabela 44 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w zakresie dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie ciechanowskim

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**67**
7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa	67
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**444**
12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	444
12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	222
12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	222
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**64**
14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa	64
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**63**
15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	63
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**63**
16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	63
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**57**
17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	57

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci w subregionie ciechanowskim

Miernik 7.2 przyjął w analizowanym projekcie wartość 67, co oznacza, że u wszystkich uczestników, poza 1 osobą, w efekcie realizacji programu wykryto wcześniej niezdiagnozowaną chorobę kręgosłupa.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem w subregionie ciechanowskim

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych przed i po interwencji (miernik 12.2),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.2),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.2),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.2).

W analizowanym projekcie wykonano łącznie 444 badania ankietowe, po 222 badania przed i po interwencji w formie edukacji zdrowotnej. W działaniach edukacyjnych uczestniczyło łącznie 63 rodziców, u 57 odnotowano wzrost wiedzy.

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie ciechanowskim, zebranych w badaniu CATI (6 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne. Wszyscy badani potwierdzili wystąpienie efektów edukacyjnych: wzrost świadomości zdrowotnej swojej i dziecka, a także wzrost wiedzy swojej i dziecka nt. pozytywnego wpływu regularnej aktywności fizycznej.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa w subregionie ciechanowskim

Miernikiem, który odzwierciedla stopień osiągnięcia tego celu, jest **miernik 14.2 – liczba uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa** – dla jedynego projektu realizowanego wyłącznie w subregionie ciechanowskim odnotowano **64** przypadki poprawy stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa, co oznacza 95,5% skuteczność tego projektu w odniesieniu do efektu zdrowotnego. Poprawa postawy ciała i zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci jest także jednym z najbardziej dostrzegalnych efektów realizacji programu w opinii beneficjenta jednego z projektów realizowanych w subregionie ciechanowskim.

Natomiast w badaniu CATI wśród 6 rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym chorób kręgosłupa:

- 6 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę stanu zdrowia i ogólnego samopoczucia dziecka (2 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, 4 odpowiedzi „raczej się zgadzam),
- 6 zgodziło się ze stwierdzeniem, że program wpłynął na poprawę postawy ciała dziecka (3 odpowiedzi „zdecydowanie się zgadzam”, 3 odpowiedzi „raczej się zgadzam).

Stopień osiągnięcia celu głównego RPZ w subregionie ciechanowskim

W świetle dostępnych danych **cel główny RPZ w subregionie ciechanowskim został osiągnięty**. Należy podkreślić, że dane sprawozdawcze dotyczą realizacji tylko jednego projektu, którego uczestnicy zostali zidentyfikowani jako zamieszkujący wyłącznie subregion ciechanowski. Mieszkańcy tego subregionu uczestniczyli również w innych projektach – międzyregionalnych, lecz dane o efektach realizacji RPZ nie są możliwe do wyodrębnienia.

Dostępność świadczeń

Zgłaszalność do programu

W kontekście zróżnicowanej terytorialnie dostępności projektów w ramach RPZ, szczególnego znaczenia nabiera **identyfikacja czynników, które mogły sprzyjać decyzji rodziców lub opiekunów o zgłoszeniu dziecka do programu** – zarówno na poziomie lokalnym, jak i indywidualnym. Wnioski w tym zakresie, dotyczące podregionu ciechanowskiego, zostały sformułowane na podstawie wyników badań ilościowych wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ, tj. wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo (CATI, N=6).

Wynika z nich, że z perspektywy rodziców i opiekunów dzieci z subregionu ciechanowskiego kluczowym czynnikiem sprzyjającym zgłoszeniu – tak, jak dla ogółu badanych – była **czytelność i przystępność informacji** o samym programie – 6 respondentów wskazało na jasne i zrozumiałe komunikaty jako element ułatwiający decyzję o udziale. Wśród **czynników, które mogły utrudniać udział w programie,** respondenci badania CATI wskazywali najczęściej brak informacji i programie (1 wskazanie),jednocześnie 5 z 6 badanych nie dostrzegało żadnych barier udziału.

Beneficjent jednego z projektów realizowanych w subregionie ciechanowskim wskazał, że zrekrutowanie uczestników było „raczej łatwe", a jedynym czynnikiem, który ewentualnie mógł utrudnić zgłoszenie się do programu, była ograniczona liczba miejsc w programie. Tym, co natomiast sprzyjało **zgłaszaniu dzieci do udziału w programie**, było kilka czynników, w tym: możliwość skorzystania z bezpłatnej diagnostyki i konsultacji specjalistycznych, chęć poprawy zdrowia dziecka w zakresie profilaktyki otyłości lub chorób kręgosłupa oraz atrakcyjność oferowanych zajęć.

Dostępność edukacyjnych form wsparcia

Skalę działań informacyjno-edukacyjnych odzwierciedla miernik 11 (tabela 45).

Tabela 45 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań edukacyjnych w subregionie ciechanowskim, wraz z raportowanymi wartościami

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość
11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:	**150**
11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	150
11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	108
11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	42

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Dostępność terapeutycznych form wsparcia

Skalę działań terapeutycznych obrazują mierniki 8, 9 i 13 (tabela 46).

Tabela 46 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań terapeutycznych w subregionie ciechanowskim, wraz z raportowanymi wartościami

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:	**752**
8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w tym:	752

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość
8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	560
8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	192
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:	**384**
9.2. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa programu, w tym:	384
9.2.1. liczba badań początkowych	66
9.2.2. liczba badań w środku interwencji	65
9.2.3. liczba badań końcowych	64
9.2.4. liczba innych badań	189
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:	**0**
13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa	0

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Dostępność i jakość realizacji świadczeń z perspektywy uczestników RPZ

Jedyne informacje na temat dostępności świadczeń w subregionie ciechanowskim pochodzą z badania CATI wśród rodziców/opiekunów uczestników programu (N=6).

Respondentów pytano o udział dzieci w pełnym lub częściowym cyklu świadczeń przewidzianych w programie – zarówno w zakresie aktywności fizycznej, jak i indywidualnych porad dietetycznych.

W module dotyczącym chorób kręgosłupa także niemal wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 6 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) skorzystała z pełnego cyklu zajęć ruchowych – 5 rodziców/opiekunów zadeklarowało, że ich dziecko uczestniczyło we wszystkich zaplanowanych zajęciach, natomiast 1 osoba wskazała udział częściowy.

Dane te częściowo potwierdzają efektywną realizację standardu regularności świadczeń.

Wyniki badania CATI wskazują na **bardzo wysoką ocenę jakości realizacji świadczeń**, zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i relacyjnym. We wszystkich analizowanych obszarach: stosunek realizatora do uczestnika i jego rodzica/opiekuna, zapewnienie intymności uczestników podczas udzielenia świadczeń, komunikatywność realizatora, punktualność realizatora, poziom i formę przekazania wiedzy – oceny mieszczą się w dwóch najwyższych kategoriach („bardzo dobrze" i „dobrze"), co świadczy o wysokim poziomie satysfakcji z udziału w programie. Brak odpowiedzi negatywnych i neutralnych („ani dobrze, ani źle") potwierdza pozytywny odbiór programu z perspektywy jego uczestników.

Wśród 6 osób objętych badaniem CATI, 5 nie wskazało żadnych trudności związanych z dostępnością świadczeń w programie. Wszyscy badani zgodzili się, że, **poszczególne formy wsparcia były udzielane w ilości, czasie i częstotliwości zgodniej z potrzebami dzieci**.

Użyteczność programu z perspektywy uczestników

Rozdział ten przedstawia ocenę RPZ z punktu widzenia jego rzeczywistej przydatności dla uczestników – zarówno dzieci objętych interwencją, jak i ich opiekunów. Analiza dotyczy postrzeganych korzyści, wpływu programu na codzienne życie, stopnia wykorzystania zdobytej wiedzy.

W badaniu CATI rodzice/opiekunowie zostali poproszeni o ocenę jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu, korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało bardzo niską, a 5 – bardzo wysoką jakość.

Wśród 6 rodziców/opiekunów objętych badaniem w formie ankiety CATI wszyscy dobrze lub bardzo dobrze ocenili poszczególne komponenty programu, tj. wizytę kwalifikującą, zajęcia ruchowe oraz badania lekarskie końcowe. Czworo badanych zdecydowanie zarekomendowałoby udział w programie (2 „raczej tak"). Jednoznacznie pozytywna struktura odpowiedzi świadczy o wysokim poziomie akceptacji interwencji i jej wartości z punktu widzenia użytkowników końcowych.

Dalsza analiza opinii uczestników potwierdza, że RPZ wywarł realny wpływ na życie rodzin biorących w nim udział. Wszyscy respondenci potwierdzili („zdecydowanie tak" lub „raczej tak") wystąpienie następujących efektów udziału w programie:

- wzrost wiedzy nt. wpływu zdrowego odżywiania
- wzrost wiedzy nt. wpływu aktywności fizycznej
- wykorzystywanie wiedzy zdobytej w programie w codziennym życiu
- dzielenie się wiedzą zdobytą w programie z innymi
- wzrost motywacji do zachowań prozdrowotnych
- wzrost świadomości zdrowotnej

Całość wyników potwierdza, że RPZ był postrzegany nie tylko jako doraźna interwencja, ale również jako bodziec do trwałych zmian w postawach, zachowaniach i świadomości zdrowotnej.

Trwałość efektów programu

Trwałość efektów programu w perspektywie sprawozdawczej

Poniższa tabela prezentuje wartości mierników dotyczących trwałości efektów udziału w RPZ (tabela 47). W przypadku jedynego sprawozdawanego projektu osiągnięto pełną trwałość efektów zdrowotnych i behawioralnych programu.

Tabela 47 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące trwałości efektów zdrowotnych i behawioralnych w subregionie ciechanowskim, wraz z raportowanymi wartościami

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość
18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**78**
18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane **w terminie 6 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego w tym:	39
18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	39
18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **12 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	39
18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	39
21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**15**

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość
22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**19**
23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**35**
23.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	35
24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**21**
24.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	21

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Trwałość efektów w opinii uczestników i realizatorów RPZ

W ramach ankiety telefonicznej CATI respondentów – rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie (6 osób) – zapytano o **utrzymanie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci po zakończeniu udziału w programie** – zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i nawyków zdrowotnych oraz przestrzegania zaleceń specjalistów. Wyniki badania wskazują na **bardzo wysoką zgodność rodziców co do utrzymania pozytywnych efektów programu**. Wszyscy rodzicie potwierdzili utrzymywanie się poniższych efektów (przy tym dominował ton umiarkowany, tj. odpowiedzi „raczej tak"):

- poprawa postawy ciała dziecka,
- poprawa nawyków żywieniowych dziecka,
- wzrost aktywności fizycznej dziecka,
- regularne stosowanie się do zaleceń specjalistów,
- zmniejszenie dolegliwości bólowych u dziecka związanych z wadą postawy.

Rodziców/opiekunów zapytano także o obserwowane **zmiany psychospołeczne u dziecka,** które pojawiły się w związku z udziałem w programie. Ponownie opinie rodziców były w tym zakresie spójne – pozytywne efekty psychospołeczne (obok celów bezpośrednio zdrowotnych) stanowiły istotny i zauważalny rezultat udziału dzieci w RPZ. Wszyscy rodzice potwierdzili wystąpienie poniższych efektów:

- zwiększona integracja dziecka z rówieśnikami dzięki wspólnym zajęciom,
- poprawa relacji rodzinnych poprzez wspólne podejmowanie aktywności prozdrowotnych,
- rozwój umiejętności współpracy i pracy w grupie,
- lepsza komunikacja między rodzicami a dzieckiem,
- większa otwartość dziecka na nowe doświadczenia.

Beneficjent projektu realizowanych w subregionie ciechanowskim ocenia swoją wiedzę na temat długoterminowych efektów projektu po zakończeniu udziału uczestników na poziomie wysokim. Wśród najtrwalszych efektów programu wskazuje na wskazuje na: wzrost regularnej aktywności fizycznej dzieci, poprawę świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców/opiekunów, trwałą poprawę postawy ciała i redukcja problemów związanych z wadami kręgosłupa, zwiększoną dostępność do badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych oraz większą motywację uczestników do dbania o zdrowie po zakończeniu programu.

Jeśli chodzi o **sposoby zwiększenia trwałości efektów RPZ,** to beneficjent wskazał: organizację cyklicznych badań kontrolnych wśród uczestników, stworzenie systemu monitorowania długoterminowych efektów programu, współpracę szkół, przychodni i organizacji społecznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz przedłużenie okresu realizacji programu, aby umożliwić lepsze utrwalenie efektów.

Podsumowanie – subregion ciechanowski

W subregionie ciechanowskim zrealizowano łącznie 3 projekty w RPZ, w tym 2 w module dotyczącym otyłości i 2 w module dotyczącym chorób kręgosłupa (1 projekt obejmował oba moduły).

Realizacja RPZ w subregionie ciechanowskim została **bardzo dobrze oceniona przez uczestników programu oraz jego realizatora**. Deklarowane efekty zdrowotne i edukacyjne były jednoznacznie pozytywne – zarówno w module dotyczącym otyłości, jak i chorób kręgosłupa. Jednak analiza mierników opiera się wyłącznie na danych z 1 projektu – tylko ten jeden projekt był realizowany wyłącznie na terenie subregionu ciechanowskiego. Większość wniosków opiera się na opiniach rodziców i realizatorów, co istotnie ogranicza ich obiektywność. Z tego względu, choć z perspektywy użytkowników RPZ był użyteczny i dobrze oceniany, na podstawie danych dotyczących jednego projektu nie jest możliwe potwierdzenie pełnej realizacji celu głównego programu w subregionie ciechanowskim.

Subregion żyrardowski

Na terenie subregionu żyrardowskiego nie był realizowany ani jeden projekt, który obejmowałby wsparciem wyłącznie jego mieszkańców. Realizowanych było natomiast 5 projektów o zasięgu ponadregionalnym, ale ze względu na sposób raportowania mierników efektywności w ramach RPZ, nie jest możliwe wyodrębnienie danych dotyczących wyłącznie subregionu żyrardowskiego. Raport w tej części nie przedstawia zatem osiągniętych w nim wartości mierników efektywności.

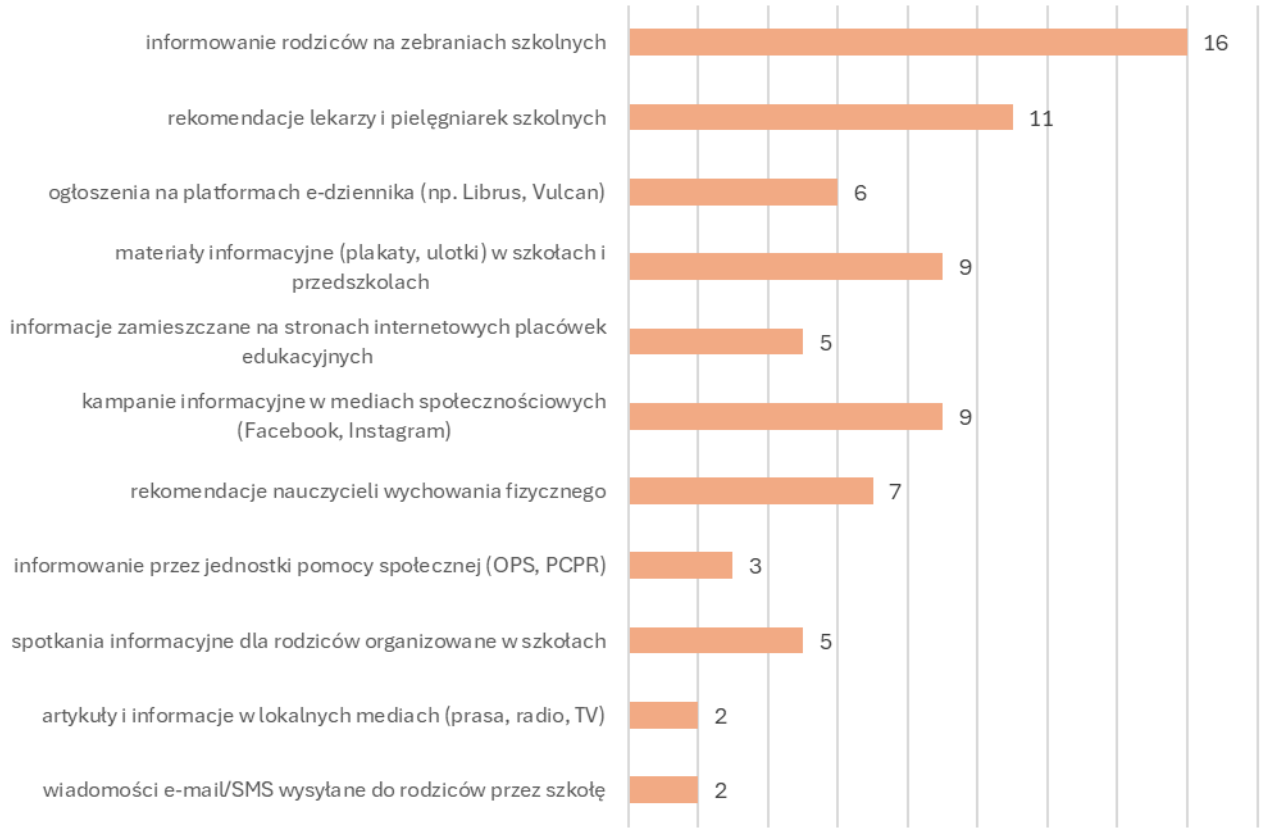
Również w **badaniu CAWI,** obejmującym realizatorów programu, żaden z beneficjentów nie wskazał subregionu żyrardowskiego jako miejsca realizacji projektu.

Przedstawione wnioski opierają się zatem wyłącznie na analizie danych z wywiadów CATI z rodzicami/opiekunami uczestników RPZ, obejmującymi odpowiedzi 17 respondentów, w tym 7, których dzieci uczestniczyły w module dotyczącym otyłości i 10, których dzieci uczestniczyły w module dotyczącym chorób kręgosłupa.

Źródła informacji o programie

Wyniki badania ankietowego CATI z rodzicami/opiekunami uczestników projektów w subregionie żyrardowskim (N=17) potwierdzają wniosek z analizy wyników na poziomie całego programu, dotyczący kluczowej roli placówek edukacyjnych w skutecznym dotarciu z informacją o programie (wykres 96). Niemal wszyscy respondenci (16 osób) wskazali, że dowiedzieli się o naborze na zebraniu szkolnym. W porównaniu z wynikami dla całego programu, w subregionie żyrardowskim dostrzec można nieco częstsze wskazywanie na takie źródła informacji, jak materiały informacyjne w szkołach i przedszkolach oraz kampanie informacyjne w mediach społecznościowych.

Wykres 96 Źródła informacji o programie według deklaracji rodziców/opiekunów uczestników projektów w subregionie żyrardowskim (CATI, N=17)



Respondenci zostali zapytani również o to, **jakie kanały informacji uznaliby za najbardziej trafne i efektywne**. Zestawienie odpowiedzi na oba pytania wskazuje na **wysoki poziom zgodności pomiędzy rzeczywistymi a preferowanymi źródłami informacji**. Informowanie rodziców na zebraniach szkolnych, komunikacja za pośrednictwem e-dzienników oraz rekomendacje ze strony personelu edukacyjnego i medycznego to zarówno najczęściej wskazywane źródła wiedzy o programie, jak i te uznawane za najbardziej adekwatne.

Skuteczność programu

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie żyrardowskim – moduł dotyczący otyłości

Brak danych na temat miernika efektywności dotyczącego liczby uczestników, u których **wykryto wcześniej niezdiagnozowaną otyłość**, oraz miernika dotyczącego liczby uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono **zmniejszenie masy ciała** na poziomie minimum 3%, uniemożliwia ocenę skuteczności RPZ w zakresie wykrywalności otyłości oraz efektu zdrowotnego w subregionie żyrardowskim.

Na podstawie danych z CATI możliwa jest natomiast częściowa ocena skuteczności RPZ w zakresie **zwiększania poziomu wiedzy** na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości w subregionie żyrardowskim, zebranych w badaniu CATI (7 respondentów), efekty edukacyjne udziału w

programie są raczej widoczne. Wszyscy respondenci „raczej tak" (dominująca odpowiedź) lub „zdecydowanie tak" potwierdzili efekty edukacyjne udziału w programie, tj.:

- wzrost świadomości zdrowotnej własnej i dziecka,
- wzrost wiedzy własnej i dziecka na temat pozytywnego wpływu regularnej aktywności fizycznej,
- wzrost wiedzy własnej i dziecka na temat pozytywnego wpływu zdrowego odżywiania.

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w subregionie żyrardowskim – moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Brak danych na temat miernika efektywności dotyczącego liczby uczestników, u których **wykryto wcześniej niezdiagnozowaną chorobę kręgosłupa**, oraz miernika dotyczącego liczby uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono **poprawę stanu zdrowia,** uniemożliwia ocenę skuteczności RPZ w zakresie wykrywalności chorób kręgosłupa oraz efektu zdrowotnego w subregionie żyrardowskim.

Na podstawie danych z CATI możliwa jest natomiast częściowa ocena skuteczności RPZ w zakresie **zwiększania poziomu wiedzy** na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem

Zgodnie z deklaracjami rodziców/opiekunów dzieci uczestniczących w module dotyczącym otyłości w subregionie żyrardowskim, zebranych w badaniu CATI (10 respondentów), efekty edukacyjne udziału w programie są raczej widoczne. Wszyscy respondenci „raczej tak" (dominująca odpowiedź) lub „zdecydowanie tak" potwierdzili efekty edukacyjne udziału w programie, tj.:

- wzrost świadomości zdrowotnej własnej i dziecka,
- wzrost wiedzy własnej i dziecka na temat pozytywnego wpływu regularnej aktywności fizycznej.

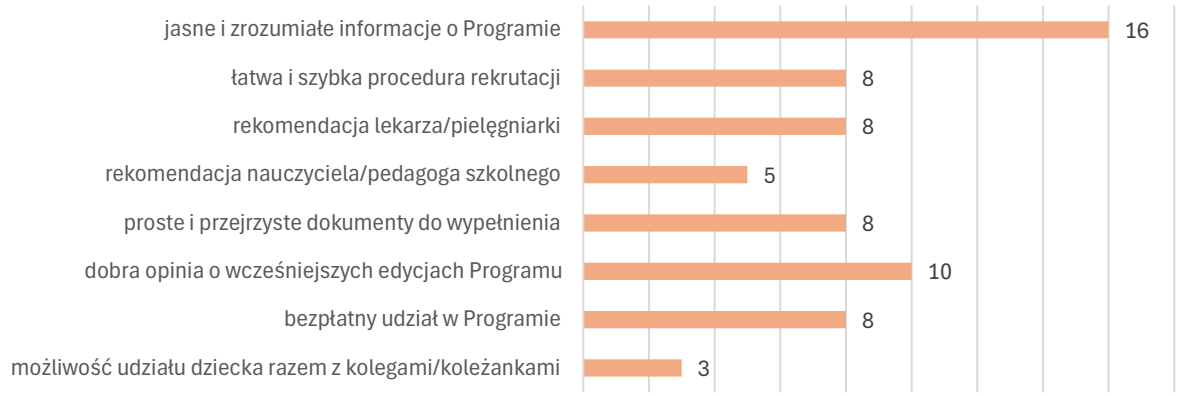
Dostępność świadczeń

Zgłaszalność do programu

W kontekście zróżnicowanej terytorialnie dostępności projektów w ramach RPZ, szczególnego znaczenia nabiera **identyfikacja czynników, które mogły sprzyjać decyzji rodziców lub opiekunów o zgłoszeniu dziecka do programu** – zarówno na poziomie lokalnym, jak i indywidualnym. Wnioski w tym zakresie, dotyczące podregionu żyrardowskiego, zostały sformułowane na podstawie wyników badań ilościowych wśród rodziców i opiekunów dzieci uczestniczących w RPZ, tj. wywiadów telefonicznych wspomaganych komputerowo (CATI).

Dane nt. czynników sprzyjających zgłoszeniu dziecka do programu przedstawione są na wykresie 97.

Wykres 97 Czynniki sprzyjające zgłoszeniu dziecka do programu – subregion żyrardowski(CATI, N=17)



Wynika z nich, że z perspektywy rodziców i opiekunów dzieci z subregionu żyrardowskiego kluczowym czynnikiem sprzyjającym zgłoszeniu – tak, jak dla ogółu badanych – była **czytelność i przystępność informacji** o samym programie – 16 respondentów wskazało na jasne i zrozumiałe komunikaty jako element ułatwiający decyzję o udziale. Dla respondentów z tego regionu nieco bardziej istotne, niż dla ogółu badanych, były dobre opinie o wcześniejszych edycjach programu (10 wskazań), a mniej istotna rekomendacja nauczyciela/pedagoga szkolnego.

Wśród **czynników, które mogły utrudniać udział w programie,** respondenci badania CATI wskazywali najczęściej brak informacji i programie (3 wskazania) oraz brak jasnych kryteriów kwalifikacji (3 wskazania) jednocześnie 13 z 17 badanych nie dostrzegało żadnych barier udziału.

Dostępność i jakość realizacji świadczeń z perspektywy uczestników RPZ

Jedyne informacje na temat dostępności świadczeń w subregionie żyrardowskim pochodzą z badania CATI wśród rodziców/opiekunów uczestników programu (N=37).

Respondentów pytano o udział dzieci w pełnym lub częściowym cyklu świadczeń przewidzianych w programie – zarówno w zakresie aktywności fizycznej, jak i indywidualnych porad dietetycznych.

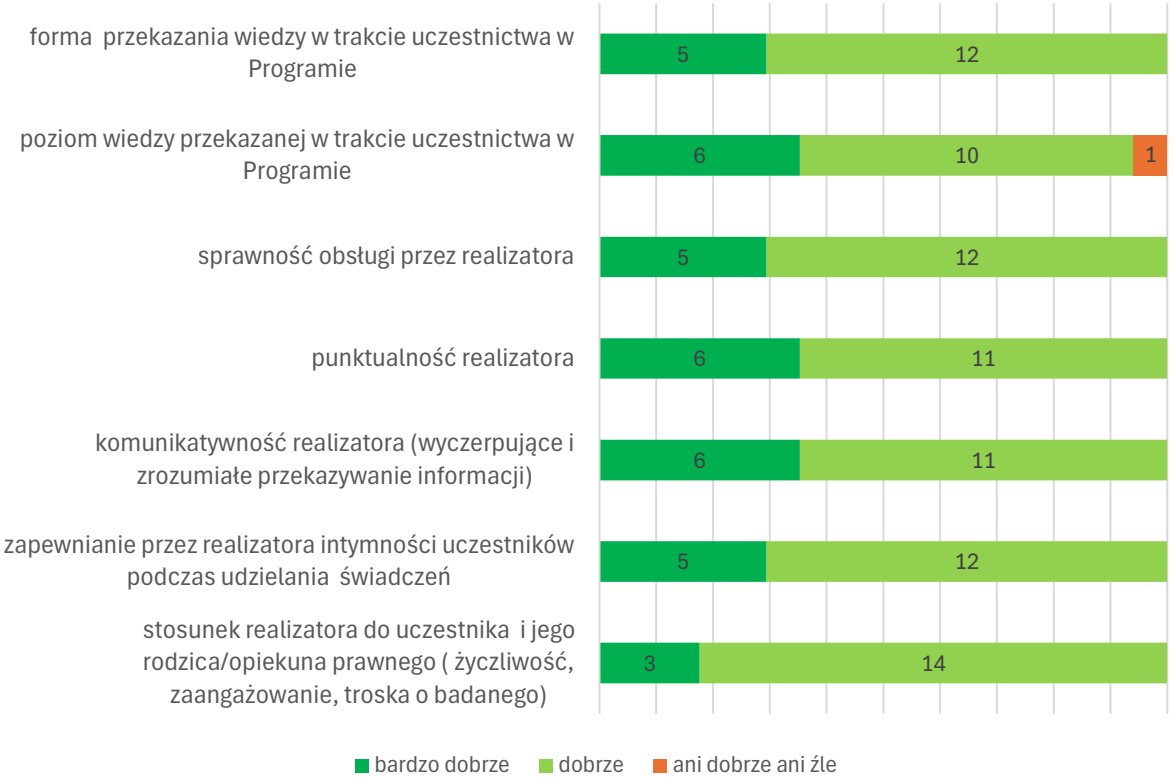
W module dotyczącym otyłości niemal wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 7 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) skorzystali z pełnego cyklu świadczeń – zarówno w odniesieniu do zajęć ruchowych (6 wskazań), jak i porad dietetycznych (7 wskazań).

W module dotyczącym chorób kręgosłupa także niemal wszyscy uczestnicy (zgodnie z opiniami 10 rodziców/opiekunów, objętych badaniem CATI) skorzystała z pełnego cyklu zajęć ruchowych – 8 rodziców/opiekunów zadeklarowało, że ich dziecko uczestniczyło we wszystkich zaplanowanych zajęciach, natomiast 2 osoby wskazały udział częściowy.

Dane te częściowo potwierdzają efektywną realizację standardu regularności świadczeń.

Wyniki badania CATI wskazują na **bardzo wysoką ocenę jakości realizacji świadczeń** (wykres 98) – zarówno w wymiarze organizacyjnym, jak i relacyjnym. Respondenci zostali poproszeni o ocenę kilku aspektów świadczenia wsparcia, obejmujących m.in. stosunek personelu do uczestników, warunki organizacyjne, komunikatywność, punktualność oraz sposób przekazywania wiedzy.

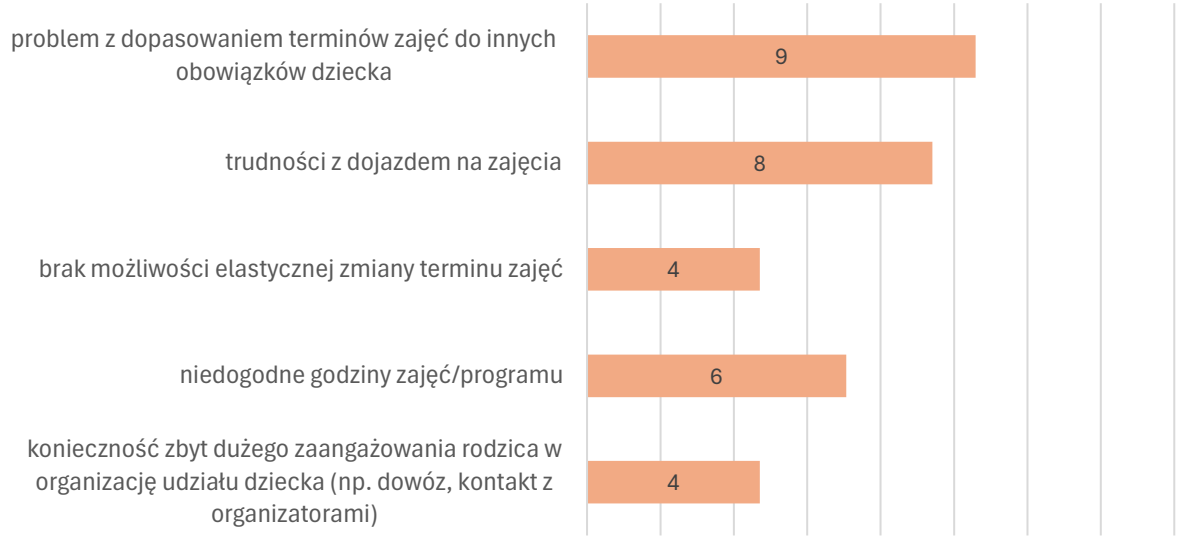
Wykres 98 Ocena jakości realizacji świadczeń z perspektywy rodziców/opiekunów uczestników RPZ w subregionie żyrardowskim (N=17)



W niemal wszystkich analizowanych obszarach oceny mieszczą się w dwóch najwyższych kategoriach („bardzo dobrze" i „dobrze"), co świadczy o wysokim poziomie satysfakcji z udziału w programie. Brak odpowiedzi negatywnych i tylko jedna opinia neutralna w zakresie poziomu wiedzy przekazanej w trakcie uczestnictwa w programie, potwierdzają pozytywny odbiór programu z perspektywy jego uczestników.

Pomimo ogólnej dostępności form wsparcia oferowanych w ramach RPZ, wyniki badania CATI wskazują na występowanie szeregu trudności organizacyjnych, które mogły ograniczać pełne uczestnictwo dzieci w programie (wykres 99).

Wykres 99 Trudności doświadczane przez rodziców/opiekunów w związku z udziałem ich dzieci w RPZ w subregionie żyrardowskim (N=17)



Najczęściej wskazywaną trudnością związaną z udziałem dziecka w programie w subregionie żyrardowskim była **konieczność dopasowania terminów zajęć do innych obowiązków,** podobnie jak przez badanych z całego województwa.

Zgodnie z opiniami rodziców wyrażonymi w ankiecie CATI, **poszczególne formy wsparcia były udzielane w ilości, czasie i częstotliwości zgodniej z potrzebami dzieci**.

Użyteczność programu z perspektywy uczestników

Rozdział ten przedstawia ocenę RPZ z punktu widzenia jego rzeczywistej przydatności dla uczestników – zarówno dzieci objętych interwencją, jak i ich opiekunów. Analiza dotyczy postrzeganych korzyści, wpływu programu na codzienne życie, stopnia wykorzystania zdobytej wiedzy.

W badaniu CATI rodzice/opiekunowie zostali poproszeni o ocenę jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu, korzystając ze skali od 1 do 5, gdzie 1 oznaczało bardzo niską, a 5 – bardzo wysoką jakość. Poniżej przedstawiono wyniki tych ocen dla poszczególnych komponentów interwencji.

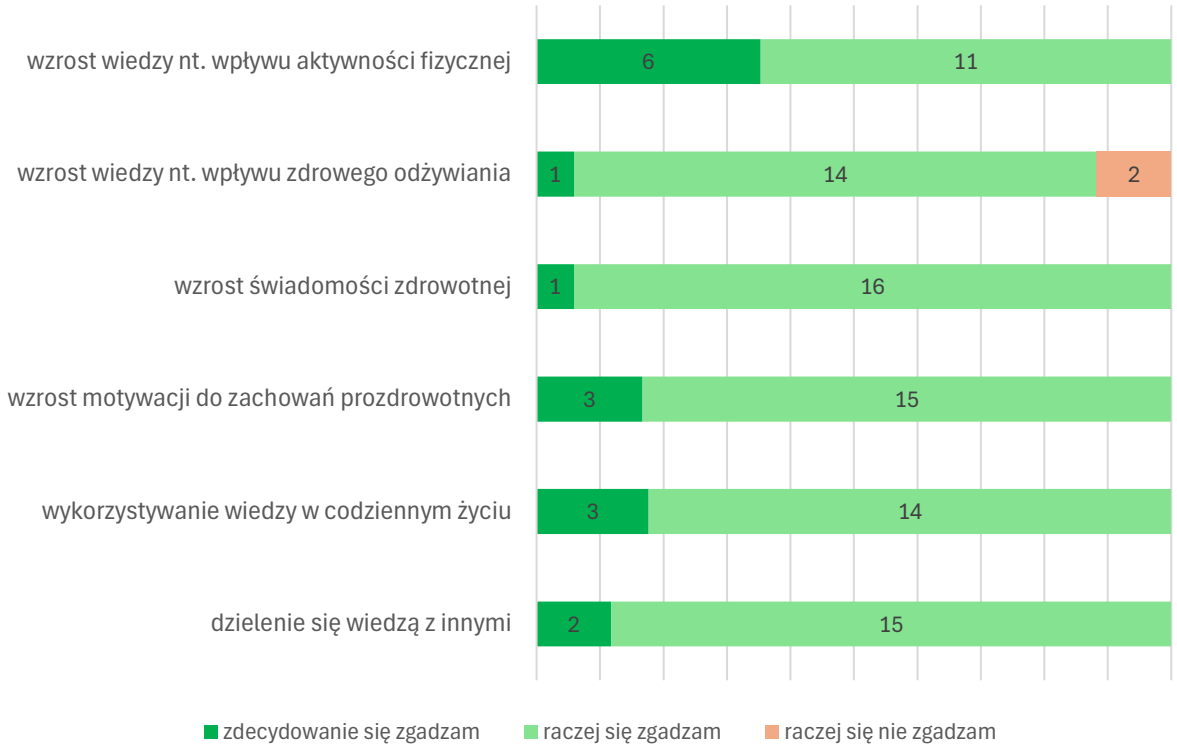
Na podstawie ocen rodziców uczestników programu w **module dotyczącym otyłości** (n=7), wszystkie analizowane świadczenia zdrowotne (tj. wizyta kwalifikująca, porady dietetyczne, zajęcia ruchowe, badania lekarskie końcowe) uzyskały wysokie oceny jakościowe. Średnie ocen kształtowały się na poziomie nieco powyżej 4, mediany wynosiły 4,0.

Podobnie kształtują się opinie rodziców, których dzieci uczestniczyły w programie w **module dotyczącym chorób kręgosłupa** (n=10) – również wskazują na bardzo wysoki poziom satysfakcji ze świadczeń, tj. wizyty kwalifikującej, zajęć ruchowych oraz badań lekarskich końcowych – średnie ocen kształtowały się na poziomie nieco powyżej 4, mediany wynosiły 4,0.

Wysoki poziom satysfakcji z Programu znajduje potwierdzenie również w odpowiedziach na pytanie o jego rekomendację – 9 respondentów „zdecydowanie" poleciłoby udział w programie, 8 – „raczej" by poleciło.

Dalsza analiza opinii uczestników potwierdza, że RPZ wywarł realny wpływ na życie rodzin biorących w nim udział (wykres 100).

Wykres 100 Deklaracje rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w RPZ w subregionie żyrardowskim nt. tego, czy udział w programie przyczynił się do określonych zmian w życiu ich i dziecka (N=17)



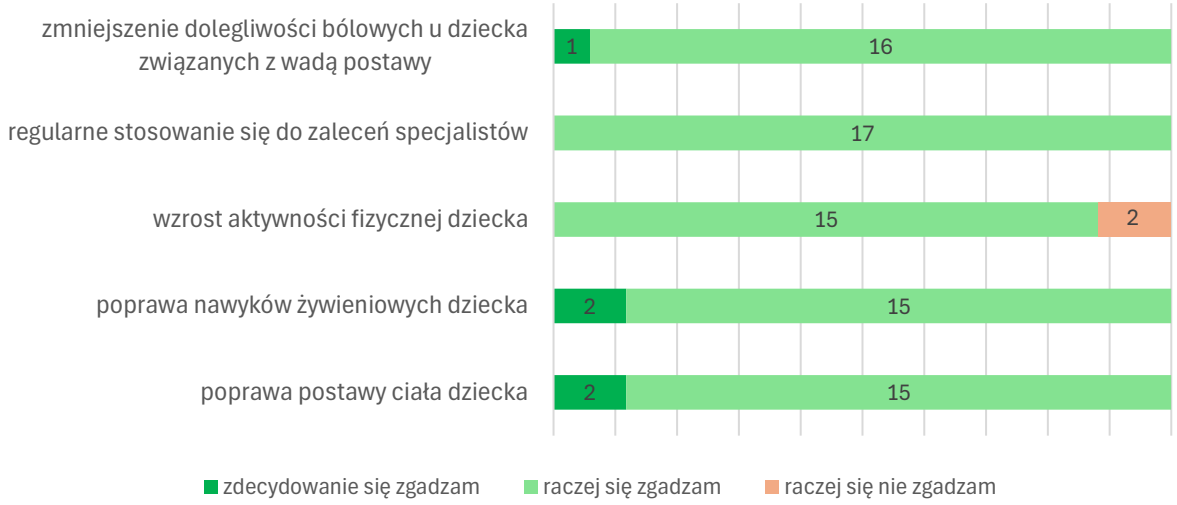
Zdecydowana większość respondentów – zarówno zdecydowanie, jak i raczej – zgodziła się z twierdzeniem, że udział w Programie przyczynił się do wzrostu wiedzy na temat wpływu aktywności fizycznej na zdrowie oraz wzrostu motywacji do zachowań prozdrowotnych, zwiększenia świadomości zdrowotnej, a także częstszego wykorzystywania wiedzy zdobytej w trakcie zajęć. Nieco niższy odsetek odpowiedzi pozytywnych odnotowano w obszarze wiedzy dotyczącej zdrowego odżywiania. Jednocześnie pozytywną wymowę uzyskuje również odpowiedź na pytanie o dzielenie się wiedzą – co może świadczyć o rozprzestrzenianiu się efektów programu poza bezpośrednią grupę uczestników. Wyniki dla regionu nie odbiegają w tym zakresie od wyników dla ogółu badanych.

Całość wyników potwierdza, że RPZ był postrzegany nie tylko jako doraźna interwencja, ale również jako bodziec do trwałych zmian w postawach, zachowaniach i świadomości zdrowotnej.

Trwałość efektów programu

W ramach ankiety telefonicznej CATI respondentów – rodziców/opiekunów dzieci biorących udział w programie – zapytano o **utrzymanie pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dzieci po zakończeniu udziału w programie** – zarówno w zakresie stanu zdrowia, jak i nawyków zdrowotnych oraz przestrzegania zaleceń specjalistów. Uzyskane wyniki przedstawia wykres 101.

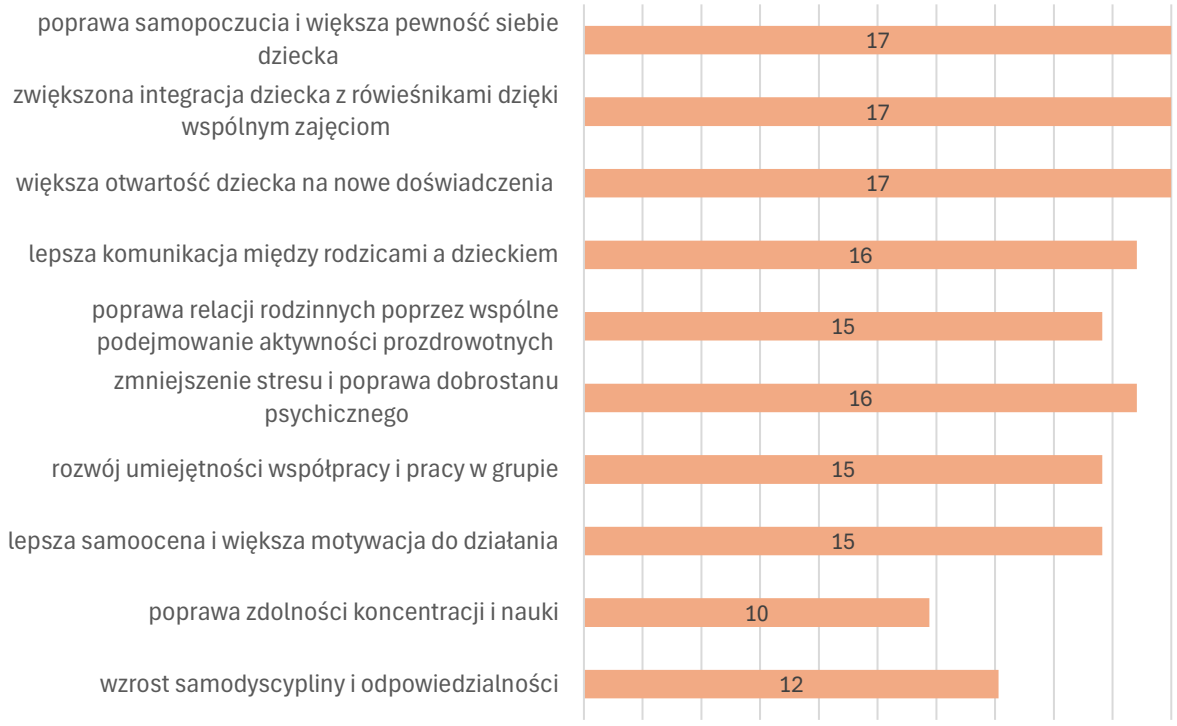
Wykres 101 Efekty utrzymujące się po udziale dziecka w programie, według deklaracji rodziców/opiekunów z subregionu żyrardowskiego (N=17)



Wyniki badania wskazują na **wysoką zgodność rodziców co do utrzymania pozytywnych efektów programu**. Najczęściej deklarowano poprawę nawyków żywieniowych oraz poprawę postawy ciała dziecka.

Rodziców/opiekunów zapytano także o obserwowane **zmiany psychospołeczne u dziecka,** które pojawiły się w związku z udziałem w programie. Na wykresie 102 przedstawiono zestawienie najczęściej wskazywanych przez rodziców zmian w tym obszarze.

Wykres 102 Deklarowane przez rodziców trwałe zmiany psychospołeczne po udziale w programie, obserwowane u dzieci z subregionu żyrardowskiego (N=17)



Na podstawie opinii 17 rodziców/opiekunów uczestników programu w subregionie żyrardowskim można stwierdzić, że **pozytywne efekty psychospołeczne – obok celów bezpośrednio zdrowotnych – stanowiły istotny i zauważalny rezultat udziału dzieci w RPZ**. Zdecydowana większość respondentów potwierdziła wystąpienie i utrzymywanie się pozytywnych zmian w funkcjonowaniu dziecka, nie tylko w kontekście zdrowotnym, lecz również w sferze emocjonalnej, społecznej i rodzinnej. Najczęściej wskazywanym efektem była **poprawa samopoczucia i większa pewność siebie dziecka**, zwiększona integracja z rówieśnikami dzięki wspólnym zajęciom oraz większa otwartość dziecka na nowe doświadczenia.

Podsumowanie – subregion żyrardowski

Realizacja RPZ w subregionie żyrardowskim została **dobrze oceniona przez uczestników programu**. Deklarowane efekty zdrowotne i edukacyjne były jednoznacznie pozytywne – zarówno w module dotyczącym otyłości, jak i chorób kręgosłupa. Jednocześnie, choć z perspektywy użytkowników RPZ był użyteczny i dobrze oceniany, wobec braku danych dotyczących mierników oraz danych dotyczących opinii realizatorów programu, nie jest możliwe potwierdzenie pełnej realizacji jego celu głównego w subregionie żyrardowskim.

Projekty ponadregionalne

Wśród 93 projektów objętych analizą, 17 zaliczono do kategorii projektów ponadregionalnych, tj. realizowanych na terenie 2 lub więcej subregionów.

Liczbowy zasięg i przebieg programu

Wśród 17 projektów ponadregionalnych, 14 realizowanych było w module dotyczącym chorób kręgosłupa, a 3 w module dotyczącym otyłości.

Analiza opiera się przede wszystkim na danych pochodzących ze sprawozdań z realizacji RPZ, uzupełnionych o dane na temat produktów i rezultatów projektów gromadzone w systemie SL2014. Dla 7 projektów dostępne były dane ze sprawozdań końcowych, dla pozostałych – dane ze sprawozdań rocznych (nieobejmujących całości realizacji programu) i/lub dane z systemu SL2014.

W RPZ założono mierniki efektywności, odzwierciedlające kluczowe etapy procesu interwencji – od momentu aplikacji do programu (miernik 1), przez kwalifikację (mierniki 2 i 3) i udział (miernik 4 i 5), aż po jego zakończenie (miernik 6). Analiza osiągniętych wartości mierników pozwala ocenić, w jakim stopniu program dotarł do założonej grupy docelowej i umożliwił przeprowadzenie pełnego cyklu wsparcia.

Tabela 48 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące kluczowych etapów interwencji, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=17, w tym n=3 dla modułu dotyczącego otyłości, n=14 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
1. Liczba osób ogółem, aplikujących do programu w tym:	**4 609**	**16/17**
1.1. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego otyłości	281	2/3
1.2. liczba osób, aplikujących do programu do modułu dotyczącego chorób kręgosłupa	4 328	14/14
2. Liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne), w tym:	**4 168**	**16/17**

2.1. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym otyłości	231	2/3
2.2. liczba osób, które spełniły kryteria włączenia do programu od nr 1 do nr 4 (kryteria formalne) i przystąpiły do weryfikacji kryteriów nr 5 i 6 (kryteria medyczne) w module dotyczącym chorób kręgosłupa	3 937	14/14
3. Liczba osób, które nie spełniły kryteriów nr 5 i nr 6 (kryteria medyczne)	**618**	**16/17**
4. Liczba uczestników programu w tym:	**4 925**	**17/17**
4.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości	836	3/3
4.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	4 089	14/14
5. Liczba rezygnacji z dalszego uczestnictwa w programie	**334**	**16/17**
6. Liczba uczestników, którzy ukończyli program w tym:	**2 550**	**11/17**
6.1. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym otyłości	90	1/3
6.2. liczba uczestników, którzy ukończyli program w module dotyczącym chorób kręgosłupa	2 460	10/14

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Zgłoszenia do programu (miernik 1) odnotowano łącznie w liczbie **4 609** (co stanowi 27,5% wszystkich zgłoszeń do programu), w tym na moduł dotyczący otyłości przypadało 281 zgłoszeń, a na moduł dotyczący chorób kręgosłupa – 4 328. Dane te dostępne były dla 16 z 17 projektów ogółem.

Spośród wszystkich dzieci aplikujących do programu **90,4% (tj. 4 168 osób) pozytywnie przeszło weryfikację kryteriów formalnych i zostało zakwalifikowanych do oceny medycznej (miernik 2)**. Jest to wartość większa, niż dla całego województwa mazowieckiego (84%). W **module otyłości było to 231 dzieci** (przy danych dostępnych dla 2 z 3 projektów), a **w module chorób kręgosłupa – 3 937** (przy danych dostępnych dla wszystkich 14 projektów).

Dla **16 projektów**, w których dostępne były dane jednocześnie dla miernika 1 i 2, określono **poziom konwersji**[11]: dla połowy z projektów, tj. 8, wyniósł 100%, dla 4 projektów ponad 90%, dla 2 – ponad 70%, dla jednego 45%, i dla jednego zaledwie 22%.

Wyniki pokazują, że w większości projektów **poziom konwersji zgłoszeń na zakwalifikowanych uczestników był bardzo wysoki**, co świadczy o sprawnym funkcjonowaniu procesu rekrutacyjnego i wysokiej zgodności zgłoszeń z kryteriami programu. Średni poziom konwersji wyniósł **88%** (tyle samo, ile w całym województwie), a mediana **100%** (96% w całym województwie).

Odnotowano **618 przypadków niespełnienia kryteriów medycznych (miernik 3)**.

Kluczowym etapem interwencji był faktyczny **udział w programie (miernik 4)**. **Liczba uczestników programu wyniosła łącznie 4 925** (dane ze 100% projektów), co stanowi **25% wszystkich uczestników** programu (19 665 dzieci w całym województwie). Wśród uczestników 836 osób uczestniczyło w module otyłości, a 4 089 w module chorób kręgosłupa.

Dane dotyczące **rezygnacji z udziału w programie (miernik 5)** były dostępne dla 16 z 17 projektów i wskazują, że **334 osoby zrezygnowały z dalszego uczestnictwa** (co stanowi 46,6% wszystkich

[11] Konwersja odnosi się do relacji pomiędzy liczbą osób aplikujących do programu (miernik 1) a liczbą osób, które spełniły kryteria formalne i przystąpiły do kwalifikacji medycznej (miernik 2). Wskaźnik ten odzwierciedla skuteczność procesu rekrutacyjno-selekcyjnego – czyli w jakim stopniu działania informacyjne i kryteria naboru przełożyły się na realne zakwalifikowanie do udziału w programie.

rezygnacji w województwie, których było 722). Wartość ta, choć stosunkowo niewielka, wymaga ostrożnej interpretacji, ze względu na niepełną sprawozdawczość oraz brak kompletnych informacji o powodach rezygnacji.

Dane dotyczące **liczby uczestników, którzy ukończyli program zgodnie ze ścieżką interwencji zaplanowaną w RPZ (miernik 6)**, cechują się istotnym stopniem braków. **Ukończenie programu** potwierdzono w przypadku **2 550 uczestników** (co stanowi **26% wszystkich potwierdzonych przypadków ukończenia programu**, których dla całego województwa jest 9 794). Dane dotyczącego tego miernika są dostępne jedynie dla 11 z 17 projektów, przy czym widać różnicę między modułami – w module otyłości program ukończyło 90 dzieci (dane z 1 na 3 projekty) a w module chorób kręgosłupa – 2 460 (dane z 10 na 14 projektów).

Wartości wskaźnika ukończenia udziału w programie, obliczone dla 11 projektów (w tylu projektach były dostępne dane jednocześnie dla miernika 4 i 6) wskazują na **dość wysoki utrzymania uczestnictwa do końca interwencji**. Średni poziom wskaźnika wyniósł **79%** (wobec 87,2% w całym województwie), a mediana **88%** (wobec 93,5% w całym województwie), co oznacza, że w połowie projektów co najmniej 88% uczestników, którzy rozpoczęli udział w programie, zrealizowało go w pełnym zakresie – zgodnie ze ścieżką interwencji opisaną w RPZ. Poziom utrzymania uczestnika przez całą ścieżkę wsparcia był w projektach ponadregionalnych niższy, niż przeciętnie w województwie.

Skuteczność programu

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ – moduł dotyczący otyłości

Analiza obejmuje **3 projekty ponadregionalne realizowane w module dotyczącym otyłości.** Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 49) oraz wyniki badań ilościowych.

Tabela 49 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ interwencji, w zakresie dotyczącym otyłości, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=17 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=3 projektów dla modułu dotyczącego otyłości)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**2 490**	**16/17**
7.1. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości	116	2/3
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**9 989**	**15/17**
12.1. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym otyłości, w tym:	420	1/3
12.1.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	210	1/3
12.1.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	210	1/3
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**2 049**	**11/16**
14.1. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3% w module dotyczącym otyłości	76	1/3
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**2 595**	12/17

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
15.1. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	81	1/3
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**2 916**	**15/17**
16.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości	420	2/3
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**1 947**	**11/17**
17.1. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, u których nastąpił wzrost wiedzy	87	1/3

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Zwiększenie wykrywalności otyłości u dzieci

Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika **7.1 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości** wykrytych w ramach RPZ, która wynosi **116**. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w relacji do liczby uczestników, którzy spełnili kryteria włączenia, co pozwoliłoby obliczenie wskaźnika wykrywalności. Jednak dane dotyczące miernika 7.1 dostępne są tylko dla 2 z 3 projektów, zatem obliczanie tego wskaźnika tak, aby miał wartość analityczną, nie jest możliwe.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem otyłości w grupach objętych wsparciem

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych (miernik 12.1),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.1),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.1),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.1)[12].

W module otyłości odnotowano realizację 420 badań ankietowych – 210 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.1.1) oraz 210 po ich zakończeniu (miernik 12.1.2). Dane te dostępne były jednak tylko dla 1 z 3 projektów ponadregionalnych realizowanych w tym module. Dla wskaźników 15, 16 i 17 także dostępne są jedynie częściowe dane.

[12] Nota metodologiczna: Należy zaznaczyć, że w wielu przypadkach dane dotyczyły jedynie części okresu realizacji projektu (np. tylko jednego roku), co sprawia, że np. w danym projekcie w momencie sprawozdawania nie przeprowadzono jeszcze pełnego cyklu edukacyjnego wraz z pomiarem zmian poziomu wiedzy. Nie ma też pełnej jasności co do sposobu, w jaki szacowano wartości mierników – w szczególności w przypadku miernika 12 (liczba wykonanych badań ankietowych), dane nie wskazują jednoznacznie, czy realizatorzy raportowali liczbę *rozdystrybuowanych* ankiet, *zebranych* odpowiedzi, czy też liczbę *przeprowadzonych pomiarów*.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zwiększenie poziomu wiedzy, dla projektów ponadregionalnych nie jest możliwe.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu otyłości w grupie docelowej

Wskaźnikiem, który odzwierciedla stopień osiągnięcia tego celu, jest **miernik 14.1 – liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono zmniejszenie masy ciała mierzonej w kilogramach o co najmniej 3%**. Dane w tym zakresie były dostępne jedynie dla 1 z 3 projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości w subregionie płockim – odnotowano w nim **76** przypadków zmniejszenia masy ciała o co najmniej 3% na koniec udziału w programie.

W świetle powyższego, ocena osiągnięcia celu szczegółowego RPZ, jakim było zmniejszenie odsetka osób cierpiących w powodu otyłości, dla projektów ponadregionalnych nie jest możliwe.

Stopień osiągnięcia celów szczegółowych RPZ – moduł dotyczący chorób kręgosłupa

Analiza obejmuje **14 projektów ponadregionalnych realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa.** Analiza uwzględnia dostępne dane sprawozdawcze dotyczące mierników określonych w RPZ (7, 12, 14, 15, 16 i 17, osiągnięte wartości przedstawia tabela 50) oraz wyniki badań ilościowych.

Tabela 50 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące stopnia osiągnięcia celów szczegółowych RPZ w zakresie dotyczącym chorób kręgosłupa, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=18 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=12 projektów dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
7. Liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej otyłości lub choroby kręgosłupa w tym:	**2 490**	**16/17**
7.2. liczba wykrytych przypadków wcześniej niezdiagnozowanej choroby kręgosłupa	2 374	14/14
12. Liczba wykonanych badań ankietowych, w tym:	**9 989**	**15/17**
12.2. liczba wykonanych badań ankietowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	9 569	14/14
12.2.1. liczba badań ankietowych wykonanych przed udzieleniem interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	5 570	14/14
12.2.2. liczba badań ankietowych wykonanych po udzieleniu interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	3 999	14/14
14. Liczba osób ogółem, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w tym:	**2 049**	**11/16**
14.2. liczba osób, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w module dotyczącym chorób kręgosłupa	1 973	10/14
15. Liczba uczestników programu ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy w tym:	**2 595**	12/17
15.2. liczba uczestników programu uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	2 514	11/14
16. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w tym:	**2 916**	**15/17**
16.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa	2 496	13/14
17. Liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy, w tym:	**1 947**	**11/17**

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych* (%)
17.2. liczba rodziców/opiekunów uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, u których nastąpił wzrost wiedzy	1 860	13/14

źródło: opracowanie własne
* odsetek projektów, dla których dane o wartości miernika są dostępne

Zwiększenie wykrywalności schorzeń kręgosłupa u dzieci

Ocena skuteczności w tym zakresie opiera się na analizie wartości miernika **7.2 – liczby przypadków wcześniej niezdiagnozowanych schorzeń kręgosłupa** wykrytych w ramach RPZ, która wynosi 2374. Wartość tego miernika powinna być rozpatrywana nie tylko w kontekście bezwzględnej liczby wykryć, ale także w odniesieniu do liczby uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, których było 4089, co oznacza wykrywalność na poziomie 58%.

Zwiększenie poziomu wiedzy na temat zachowań prozdrowotnych oraz zdrowego stylu życia ze szczególnym uwzględnieniem chorób kręgosłupa w grupach objętych wsparciem

Do oceny skuteczności programu w realizacji tego celu zastosowano mierniki ilościowe odnoszące się do:

- liczby wykonanych badań ankietowych przed i po interwencji (miernik 12.2),
- liczby uczestników, u których odnotowano wzrost wiedzy (miernik 15.2),
- liczby rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej (miernik 16.2),
- liczba rodziców/opiekunów ogółem uczestniczących w interwencji w formie edukacji zdrowotnej, u których nastąpił wzrost wiedzy (miernik 17.2).

W module dotyczącym chorób kręgosłupa odnotowano realizację 9 569 badań ankietowych – 5 570 przed rozpoczęciem działań edukacyjnych (miernik 12.2.1) oraz 3 999 po ich zakończeniu (miernik 12.2.2). Dane te są dostępne dla wszystkich projektów. Dane dotyczące efektów edukacyjnych zmierzonych w ramach badań ankietowych, nie są natomiast dostępne dla wszystkich projektów. Na ich podstawie można wnioskować, że 75% rodziców/opiekunów objętych działaniami edukacyjnymi podniosło wiedzę, natomiast duża rozbieżność między liczbą ankiet przeprowadzonych przed oraz po interwencji w formie edukacji zdrowotnej nakazuje ostrożność przy interpretacji wartości tego wskaźnika jako źródła potwierdzenia skuteczności programu.

Zmniejszenie odsetka osób cierpiących z powodu chorób kręgosłupa

Stopień realizacji tego celu określany jest na podstawie **miernika 14.2 – liczby uczestników, u których w badaniu końcowym stwierdzono poprawę stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa**, ocenianą najczęściej przez lekarza lub fizjoterapeutę na podstawie stanu funkcjonalnego, postawy ciała lub zmniejszenia objawów dolegliwości. Dane w tym zakresie były dostępne jedynie dla 10 z 14 projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w subregionie płockim – łącznie odnotowano **1 973** przypadki poprawy stanu zdrowia w zakresie schorzeń kręgosłupa.

Wobec tego ustalenie stopnia skuteczności programu w zakresie efektów zdrowotnych nie jest możliwe.

Stopień osiągnięcia celu głównego RPZ

W świetle dostępnych danych **nie jest możliwe jednoznaczne potwierdzenie osiągnięcia celu głównego RPZ w projektach ponadregionalnych**, zarówno w module dotyczącym otyłości, jak i chorób kręgosłupa.

Dostępność świadczeń

Dostępność edukacyjnych form wsparcia

Skalę działań informacyjno-edukacyjnych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 51). Należy podkreślić, że dane dotyczące miernika 11 obarczone są znaczną niejednorodnością.

Tabela 51 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań edukacyjnych, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=17 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=3 dla modułu dotyczącego otyłości, n=14 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
11. Liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej, w tym:	**1 183**	**13/17**
11.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym otyłości, w tym:	56	1/3
11.1.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym otyłości	27	1/3
11.1.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym otyłości	29	1/3
11.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej w module dotyczącym chorób kręgosłupa, w tym:	1 127	14/14
11.2.1. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	454	14/14
11.2.2. liczba przeprowadzonych działań z zakresu edukacji zdrowotnej dla rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa	643	14/14

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

W ramach **modułu dotyczącego otyłości**, zgodnie ze sprawozdaniami z realizacji RPZ, zarejestrowano łącznie 27 działań edukacyjnych skierowanych do uczestników programu (miernik 11.1.1) oraz 29 działań skierowanych do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.1.2), łącznie: **56** interwencji edukacyjnych (miernik 11.1) – ale dane te dotyczą tylko 1 z 3 projektów. W ramach modułu dotyczącego chorób kręgosłupa zarejestrowano łącznie 454 działania edukacyjne skierowane do uczestników programu (miernik 11.2.1) oraz 643 działania skierowane do ich rodziców/opiekunów (miernik 11.2.2), łącznie **1 127** interwencji edukacyjnych (miernik 11.2).

Dostępność terapeutycznych form wsparcia

Skalę działań terapeutycznych obrazują osiągnięte wartości mierników założonych w RPZ (tabela 52). Także wobec nich należy zachować ostrożność metodologiczną i w zakresie interpretacji wyników.

Tabela 52 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące liczby zrealizowanych działań terapeutycznych, wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=17 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=3 dla modułu dotyczącego otyłości, n=14 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
8. Liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych, w tym:	**76 528,5**	**15/17**
8.1. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym otyłości w tym:	495	1/3

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
8.1.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	495	1/3
8.1.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	0	1/3
8.2. liczba przeprowadzonych zajęć ruchowych w module dotyczącym chorób kręgosłupa w tym:	76 033,5	14/14
8.2.1. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie grupowej	60 715,5	14/14
8.2.2. liczba zajęć ruchowych przeprowadzonych w formie indywidualnej	15 318	14/14
9. Liczba badań lekarskich/fizjoterapeutycznych wykonanych w ramach programu, w tym:	**6 835**	**12/17**
9.1. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym otyłości programu, w tym:	1 099	2/3
9.1.1. liczba badań początkowych	174	2/3
9.1.2. liczba badań w środku interwencji	266	2/3
9.1.3. liczba badań końcowych	254	2/3
9.1.4. liczba innych badań	405	2/3
9.2. liczba badań lekarskich wykonanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa programu, w tym:	5 736	10/14
9.2.1. liczba badań początkowych	2 209	10/14
9.2.2. liczba badań w środku interwencji	1 439	10/14
9.2.3. liczba badań końcowych	1 331	10/14
9.2.4. liczba innych badań	757	10/14
10. Liczba przeprowadzonych indywidualnych porad dietetycznych (tylko moduł dot. otyłości)	**1 151**	**2/3**
13. Liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego/fizjoterapeutycznego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę, w tym:	**0**	**12/17**
13.1. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym otyłości	0	2/3
13.2. liczba osób skierowanych podczas badania lekarskiego w środku interwencji na pogłębioną diagnostykę w module dotyczącym chorób kręgosłupa	0	10/14

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

W **module dotyczącym otyłości dane dot. liczby wykonanych badań lekarskich** (miernik 9.1.) wskazują, że było ich łącznie **1 099** – przy czym dane te obejmują tylko 2 z 3 projektów. W tej liczbie znalazły się zarówno badania początkowe (174), przeprowadzane w ramach kwalifikacji, jak i badania w środku interwencji (266) oraz końcowe (254), służące ocenie efektów zdrowotnych.

Dane dot. **liczby wykonanych badań lekarskich w module dotyczącym chorób kręgosłupa** są również dostępne w ograniczonym stopniu (tj. dla 10 z 14 projektów). W module tym łącznie przeprowadzono 5 736 badań. W tej liczbie ujęto badania początkowe (2 209), badania śródinterwencyjne (1 439) i końcowe (1 331).

Dane dotyczące **liczby skierowań na pogłębioną diagnostykę medyczną** (miernik 13) również dostępne są w ograniczonym stopniu i sugerują, że w projektach ponadregionalnych w żadnym z modułów nie odnotowano ani jednego przypadku skierowania uczestnika projektu na pogłębioną diagnostykę.

W przypadku modułu dotyczącego otyłości specyficznym elementem oddziaływań terapeutycznych były **indywidualne porady dietetyczne**, których skalę powinien odzwierciedlać miernik 10. Dane na jego

temat dostępne są tylko dla 2 z 3 projektów – w jego ramach sprawozdano, że zrealizowano łącznie **1 151 porad dietetycznych**.

Trwałość efektów programu

Trwałość efektów programu w perspektywie sprawozdawczej

Trwałość osiągniętych efektów zdrowotnych i behawioralnych – zarówno w wymiarze klinicznym (np. utrzymanie prawidłowego wskaźnika BMI, poprawa postawy ciała), jak i funkcjonalnym (kontynuacja zaleceń, trwałość zmiany stylu życia) – zgodnie z założeniami RPZ, powinna być monitorowana z wykorzystaniem mierników 18–24. Dostępność danych dla tych mierników jest jednak bardzo ograniczona. W rezultacie analiza mierników 18–24 opiera się wyłącznie na danych szczątkowych i nie pozwala na pełną ocenę skali i zakresu utrzymania efektów zdrowotnych w dłuższej perspektywie.

Poniższa tabela prezentuje wartości mierników dotyczących trwałości efektów udziału w RPZ (tabela 53). Jak widać, dostępność danych dla projektów realizowanych w module dotyczącym otyłości wynosi w okresie po 6 miesiącach od zakończenia udziału uczestnika w projekcie 29% (dane są dostępne dla 10 z 34 projektów), a w okresie po 12 miesiącach – tylko 18% (dane dla 6 z 34 projektów). Dostępność danych dla projektów realizowanych w module dotyczącym chorób kręgosłupa jest nieco wyższa – dane po 6 miesiącach są dostępne dla 31% projektów (31 z 67 projektów), a po 12 miesiącach dla 27% (18 z 67 projektów).

Tabela 53 Mierniki efektywności przyjęte w RPZ, dotyczące trwałości efektów zdrowotnych i behawioralnych w subregionie płockim , wraz z raportowanymi wartościami oraz odsetkiem projektów, dla których dane o osiągniętych wartościach mierników są dostępne (N=18 projektów realizowanych w ramach RPZ, n=8 projektów dla modułu dotyczącego otyłości, n=12 dla modułu dotyczącego chorób kręgosłupa)

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
18. Liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie 6 i 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	**1 068**	**6/17**
18.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane **w terminie 6 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego w tym:	493	4/17
18.1.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	82	1/3
18.1.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	411	3/14
18.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu, od których zebrano dane w terminie **12 miesięcy** od przeprowadzenia badania końcowego, w tym:	575	6/17
18.2.1. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	31	1/3
18.2.2. liczba uczestników programu lub rodziców/opiekunów uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, od których zebrano dane w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego	544	5/14
19. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**64**	**1/3**

Nr i nazwa miernika	Osiągnięta wartość	Dostępność danych*
20. Liczba uczestników programu w module dotyczącym otyłości, u których 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego wskaźnik BMI pozostał niezmieniony, lub osiągnął wartość niższą względem wartości osiągniętej podczas badania końcowego	**22**	**1/3**
21. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**385**	**5/14**
22. Liczba uczestników programu w module dotyczącym chorób kręgosłupa, którzy 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego, deklarują utrzymanie bądź poprawę stanu zdrowia względem stanu reprezentowanego podczas badania końcowego	**467**	**5/14**
23. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**357**	**6/14**
23.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	69	1/3
23.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 6 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	288	5/14
24. Liczba uczestników programu, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie, w tym:	**437**	**6/14**
24.1. liczba uczestników programu w module dotyczącym **otyłości**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	23	1/3
24.2. liczba uczestników programu w module dotyczącym **chorób kręgosłupa**, którzy w terminie 12 miesięcy od przeprowadzenia badania końcowego deklarują stosowanie się do indywidualnych zaleceń do postępowania po zakończeniu udziału w programie	414	5/14

źródło: opracowanie własne
* liczba projektów, dla których dane są dostępne/ogólna liczba projektów

Moduł dotyczący otyłości

W przypadku modułu dotyczącego otyłości dostępność danych dla mierników długoterminowych jest skrajnie ograniczona, co znacząco utrudnia rzetelną ocenę efektów zdrowotnych interwencji w perspektywie 6 i 12 miesięcy od zakończenia udziału w Programie. Dane dotyczące 6-miesięcznej obserwacji pozyskano jedynie od 82 uczestników, natomiast po 12 miesiącach od 31 uczestników (dane z 1 z 3 projektów).

Z tego powodu ocena efektu stabilizacji lub redukcji wskaźnika BMI (mierniki 19 i 20) jest niemożliwa (64 uczestników po 6 miesiącach utrzymało niezmieniony/zmniejszony wskaźnik BMI, a po 12 miesiącach utrzymało go 22 uczestników). Podobnie trudno ocenić efekt trwałości stosowania się do zaleceń (69 uczestników zadeklarowało stosowanie się do zaleceń po 6 miesiącach, a po 12 miesiącach – 23).

Moduł dotyczący chorób kręgosłupa

W przypadku modułu dotyczącego chorób kręgosłupa dostępność danych również jest ograniczona i umożliwia to jedynie orientacyjną ocenę trwałości efektów zdrowotnych. Dane 6-miesięczne pozyskano od 411 uczestników, a 12-miesięczne – od 544 uczestników (co wyróżnia projekty ponadregionalne na tle pozostałych, w których zazwyczaj po 12 miesiącach poziom dotarcia do uczestników był niższy, niż po 6 miesiącach).

Z uzyskanych odpowiedzi wynika, że:

- 385 uczestników deklarowało utrzymanie lub poprawę stanu zdrowia po 6 miesiącach (miernik 21), 467 uczestników – po 12 miesiącach (miernik 22),
- 288 uczestników deklarowało stosowanie się do zaleceń po 6 miesiącach (miernik 23.2), a po 12 miesiącach nastąpił wzrost do 414 uczestników (miernik 24.2).

Pomimo niepełnego zasięgu danych, zauważalne są pozytywne deklaracje uczestników co do kontynuacji działań prozdrowotnych oraz utrzymania poprawy stanu zdrowia. Jednak ze względu na ograniczoną dostępność danych, nie jest możliwe wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących skuteczności długoterminowej w skali całego programu.

Z uwagi na powyższe, w szczególności w module dotyczącym otyłości, **formułowanie ocen efektywności interwencji w perspektywie długoterminowej (6 i 12 miesięcy po zakończeniu udziału w Programie) nie jest możliwe**. W odniesieniu do wskaźników długoterminowych (mierniki 18–24), analizy ilościowe należy uznać za niemiarodajne, a próby ewaluacji – niewystarczające z metodologicznego punktu widzenia.

Podsumowanie – projekty ponadregionalne

Realizacja RPZ w ramach projektów ponadregionalnych cechowała się szerokim zasięgiem i wysoką skutecznością rekrutacji, a także względnie wysokim poziomem ukończenia programu. Projekty w module chorób kręgosłupa osiągnęły relatywnie dobre wyniki w zakresie wykrywalności schorzeń i zadeklarowanej poprawy stanu zdrowia, natomiast dane dla projektów dotyczących otyłości są znacznie bardziej ograniczone. Brak kompleksowych informacji, zwłaszcza w zakresie efektów edukacyjnych i długoterminowych, ogranicza możliwość rzetelnej oceny skuteczności programu w skali ponadregionalnej.

7.2. Lista projektów objętych badaniem

LP.	Tytuł projektu	Nazwa beneficjenta
1.	Zdrowy kręgosłup	Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centrum Rehabilitacji Leczniczej
2.	Żyj zdrowo - program otyłości dla dzieci w wieku 6-12 lat w gminach Nowy Duninów, Łąck i Gąbin.	Vide sp. z o.o.
3.	Program otyłości dla dzieci w wieku 6-12 lat w gminach powiatu płockiego i gostynińskiego	Vide sp. z o.o.
4.	Zdrowe życie - program dla 72 dzieci z otyłością z gmin Stara Biała, Bielsk, Radzanowo.	Vide sp. z o.o.
5.	Zdrowi i sprawni	PULMO Sp z o.o.
6.	Dobra postawa	PULMO Sp z o.o.
7.	Profilaktyka i leczenie wad kręgosłupa i otyłości u dzieci z klas I-VI szkół podstawowych zachodniego Mazowsza.	Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp z o.o.
8.	Bądźmy zdrowi	Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o.
9.	Inwestycja w zdrowie - kompleksowy program przeciwdziałania otyłości i wadom postawy u dzieci w wieku szkolnym	Zdrowie Sp. z o.o.
10.	Rehabilitacja dzieci z chorobą kręgosłupa z klas I-VI na terenie gminy Brudzeń Duży	Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
11.	Fundacja Perpetuum Mobile walczy z otyłością wśród dzieci	Fundacja Perpetuum Mobile
12.	Rehabilitacja dzieci z chorobą kręgosłupa z klas I-VI na terenie gminy Stara Biała	Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
13.	Rehabilitacja dzieci z chorobą kręgosłupa z klas I-VI na terenie miasta Płock	Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
14.	Rehabilitacja dzieci z chorobą kręgosłupa z klas I-VI na terenie miasta Radom	Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
15.	Terapia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa w NZOZ Medical Center	MEDICAL OFFICE Sp z o.o.
16.	Zdrowy kręgosłup z Fundacją Perpetuum Mobile	Fundacja Perpetuum Mobile
17.	"Lira walczy z otyłością wśród dzieci"	LIRA D & D SP Z O.O.
18.	Zdrowy kręgosłup	LIRA D & D SP Z O.O.
19.	Poprawa stanu zdrowia w zakresie chorób kręgosłupa wśród dzieci z klas I-VI z terenu powiatów: ciechanowskiego i mławskiego.	Arnica Adam Olszewski i wspólnik Spółka Jawna
20.	Przyszłe pokolenia bez wad postawy - profilaktyka i terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego	Better Place Piotr Ślusarczyk
21.	Zdrowy kręgosłup-zajęcia terapeutyczne dla dzieci z woj. mazowieckiego.	PRO-GYM Agnieszka Świątek
22.	Centrum wsparcia dla dzieci z otyłością w NZOZ Medical Center	Renata Blukacz Justyna Grzywacz Spółka cywilną Medical Office
23.	Poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości z terenu gmin Czerwin i Troszyn w powiecie ostrołęckim poprzez zwiększenie dostępności do specjalistycznych usług zdrowotnych	Przychodnia Lekarza Rodzinnego Artur Płóciennik
24.	Program przeciwdziałania chorobom kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z Radomia	NOVIS Sp. z o.o.
25.	"Kręgosłup idzie do szkoły" - diagnostyka i rehabilitacja wad postawy u dzieci w wieku szkolnym	CONSTANCE CARE SP Z O.O.

26.	Eliminacja wad postawy u dzieci zamieszkujących województwo mazowieckiego poprzez zajęcia edukacyjne oraz ruchowe	Better Place Piotr Ślusarczyk
27.	Wdrażanie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z klas I-VI z powiatu grodziskiego.	Instytut Rozwoju Przedsiębiorczości i Inicjatyw społecznych
28.	Wdrożenie i realizacja programu wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci klas I-VI szkół podstawowych, w zakresie otyłości i chorób kręgosłupa, w CM Arnica w Starych Babicach.	Arnica Olszewski i Wspólnik Spółka Jawna
29.	Gry i zabawy zamiast wady postawy - program dla uczennic i uczniów klas I-VI	Esculap Sp. z o.o.
30.	Poprawa stanu zdrowia w zakresie chorób kręgosłupa wśród dzieci z klas I-VI z terenu powiatu przasnyskiego	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu
31.	Walczymy z otyłością z dużą dbałością - program dla uczennic i uczniów klas I-VI	Esculap Sp. z o.o.
32.	Poprawa stanu zdrowia w zakresie otyłości wśród dzieci z klas I-VI z terenu powiatu przasnyskiego	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu
33.	Wsparcie dzieci w walce z chorobami kręgosłupa	Polskie Towarzystwo Wspierania Innowacji i Społecznej Ekonomii
34.	Wsparcie dzieci w walce z otyłością	Polskie Towarzystwo Wspierania Innowacji i Społecznej Ekonomii
35.	Badania diagnostyczne w kierunku otyłości dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z terenu m.Warszawy, dzielnicy Białołęka w roku szkolnym 2018/2019 oraz 2019/2020	THAMES Sp. z o.o.
36.	Badania diagnostyczne w kierunku schorzeń kręgosłupa dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z terenu dzielnicy Białołęka m.st.Warszawy w roku szkolnym 2018/2019 oraz 2019/2020	THAMES Sp. z o.o.
37.	Badania diagnostyczne w kierunku otyłości dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z terenu powiatu grodziskiego w roku szkolnym 2018/2019 oraz 2019/2020	THAMES Sp. z o.o.
38.	Badania diagnostyczne w kierunku schorzeń kręgosłupa dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z terenu powiatu grodziskiego w roku szkolnym 2018/2019 oraz 2019/2020	THAMES Sp. z o.o.
39.	Badania diagnostyczne w kierunku otyłości dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z terenu m.Radom w roku szkolnym 2018/2019 oraz 2019/2020	LEA Sp. z o.o.
40.	Badania diagnostyczne w kierunku schorzeń kręgosłupa dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z terenu m.Radom w roku szkolnym 2018/2019 oraz 2019/2020	LEA Sp. z o.o.
41.	W zdrowym ciele, zdrowy duch !	INQSYS SP Z O.O.
42.	Poprawa jakości życia dzieci z chorobami kręgosłupa	OST-MED Sp z o.o.
43.	Zapobieganie chorobom kręgosłupa w powiecie garwolińskim	TROJANÓW Sp z o.o.
44.	Jestem zdrowa/y - program leczenia chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z powiatu sokołowskiego	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokołowie Podlaskim

45.	Zapobieganie otyłości w powiecie garwolińskim	TROJANÓW Sp z o.o.
46.	Prosty kręgosłup = proste życie !	PROJECT CREATION SP Z O.O.
47.	Ruch i zabawa to dobra postawa	PULMO Sp z o.o.
48.	Zdrowa postawa	Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o.
49.	Zdrowe nawyki naszym przyjacielem!	Centrum Medyczne Medica Sp. z o.o.
50.	Zdrowe dzieci - Skarby Mazowsza	Centrum Innowacji i Społecznej Ekonomii
51.	WZOROWA POSTAWA	NZOZ "MEDICINES" - Kazimierz Przepiórski
52.	TRZYMAJ FORMĘ!	NZOZ "MEDICINES" - Kazimierz Przepiórski
53.	Zdrowy kręgosłup z MWOMP w Płocku O/Radom	Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
54.	Zdrowy fundament młodości	Przychodnia Rodzinna Beata Obernikowicz
55.	Aktywnym krokiem w dorosłość	Przychodnia Rodzinna Beata Obernikowicz
56.	Kręgosłup od podstaw - edukacja i terapia chorób kręgosłupa - poprawa zdrowia dzieci z województwa mazowieckiego	ANGITIA SP. Z O. O.
57.	Profilaktyka wad kręgosłupa w gminie Leoncin	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim
58.	Profilaktyka wad kręgosłupa w gminie Czosnów	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim
59.	Profilaktyka wad kręgosłupa w gminie Pomiechówek	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim
60.	Profilaktyka wad kręgosłupa w gminie Nasielsk	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim
61.	Profilaktyka wad kręgosłupa w gminie Zakroczym	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim
62.	Profilaktyka wad kręgosłupa w gminie Nowy Dwór Mazowiecki	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim
63.	Wsparcie dzieci z chorobami kręgosłupa na terenie m. Radom i gm. Skaryszew	Europejskie Centrum Szkoleń Sp. z o.o.
64.	Profilaktyka otyłości wśród dzieci w mieście Nowy Dwór Mazowiecki	Nowodworskie Centrum Medyczne w Nowym Dworze Mazowieckim
65.	Wsparcie dzieci z otyłością z terenu m.st. Warszawy i Nowego Dworu Mazowieckiego	Europejskie Centrum Szkoleń Sp. z o.o.
66.	Otyłości mówimy NIE! - interwencja terapeutyczna dzieci	NZOZ Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Mój Lekarz" Izabela Kościuczyk
67.	Działania rehabilitacyjne dla dzieci w wieku szkolnym	PRO-GYM Agnieszka Świątek
68.	Następne pokolenia bez wad postawy - terapia chorób kręgosłupa u dzieci z województwa mazowieckiego	Better Place Piotr Ślusarczyk
69.	Wsparcie dzieci w walce z wadami kręgosłupa	Better Place Piotr Ślusarczyk
70.	Program wsparcia dla dzieci z wadą postawy	Better Place Piotr Ślusarczyk
71.	Wdrażanie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji w zakresie chorób kręgosłupa wśród dzieci z klas I-VI z gminy Pruszków	Instytut Rozwoju Przedsiębiorczości i Inicjatyw społecznych
72.	Regionalny program zdrowotny w zakresie funkcjonalnych wad postawy dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z województwa mazowieckiego.	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej
73.	Działania na rzecz poprawy zdrowia dzieci w zakresie wad kręgosłupa	ZDROWO MED SP Z O.O.

74.	Smak zdrowia - wdrażanie wczesnego wykrywania i leczenia otyłości wśród dzieci	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu
75.	Zdrowy kręgosłup - wczesne wykrywanie i rehabilitacja chorób kręgosłupa u dzieci	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przasnyszu
76.	Poprawa stanu zdrowia w zakresie chorób kręgosłupa wśród dzieci z klas I-VI z terenu powiatu mińskiego	Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim
77.	Kompleksowe wsparcie SZPZLO Warszawa Praga-Północ w zakresie chorób kręgosłupa dla dzieci kl. I-VI w woj. mazowieckim.	Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga- Północ
78.	Regionalny program zdrowotny w zakresie strukturalnych wad postawy dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z województwa mazowieckiego	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej
79.	Regionalny program zdrowotny w zakresie otyłości dla uczniów klas I-VI szkół podstawowych z województwa mazowieckiego	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Ośrodek Medycyny Sportowej
80.	Jestem aktywny! Dbam o kręgosłup!	PROJECT CREATION SP Z O.O.
81.	Program przeciwdziałania chorobom kręgosłupa	Better Place Piotr Ślusarczyk
82.	Zdrowy kręgosłup	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów
83.	Profilaktyka chorób kręgosłupa wśród dzieci ze szkół podstawowych!	MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
84.	Mamy sposób na zdrowy kręgosłup!	GANESHA SP Z O.O.
85.	Zdrowie smakuje- przeciwdziałanie otyłości wśród dzieci w powiecie makowskim	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zespół Zakładów
86.	Zdrowym być!	Indywidualna Praktyka Lekarska Wiesława Pudzianowska
87.	MWOMP dla zdrowia dzieci	Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
88.	Ćwiczymy dla zdrowia z MWOMP Płock	Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
89.	W przyszłość patrzymy i w MWOMP Płock dzieci ćwiczymy	Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
90.	LECZENIE WAD POSTAWY U DZIECI Z POWIATU KOZIENICKIEGO I GARWOLIŃSKIEGO	MEDICA SPÓŁKA Z OGRANICZONĄ ODPOWIEDZIALNOŚCIĄ
91.	Kręgosłup to podstawa - poprawa zdrowia dzieci z Województwa Mazowieckiego w obszarze chorób kręgosłupa i wad postawy	ANGITIA SP. Z O. O.
92.	Wady kręgosłupa wśród dzieci – działania na rzecz poprawy stanu zdrowia młodych mieszkańców województwa mazowieckiego	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp z o.o.
93.	Otyłość wśród dzieci - działania na rzecz poprawy stanu zdrowia młodych mieszkańców województwa mazowieckiego	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Sp z o.o.

7.3. Narzędzia badawcze

Załącznik 1 – kwestionariusz ankiety CAWI

Biuro Badań Społecznych Question Mark na zlecenie Województwa Mazowieckiego prowadzi badanie pn. ,,Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego

„Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego". Celem naszego badania jest ocena przebiegu i efektów Programu.

Zwracamy się do Pana/i z prośbą o wypełnienie ankiety na temat projektu (nr i tytuł projektu), który realizowaliście Państwo w ramach Programu. Ankieta zajmie około 15 minut.. Pana/i opinia jest dla nas bardzo ważna i pozwoli nam dokonać oceny Programu oraz skuteczniej realizować podobne działania w przyszłości.

Przekazane nam przez Pana/Panią informacje będą poufne i nie będzie można ich powiązać z Panem/Panią osobiście. Zebrane przez nas dane zostaną zaprezentowane w formie zestawień zbiorczych w raporcie podsumowującym wyniki naszego badania. Wszystkie udzielone odpowiedzi wykorzystane będą wyłącznie do celów badawczych i będą przedstawiane jedynie w postaci zbiorczych zestawień.

W razie pytań, wątpliwości związanych z wypełnianiem ankiety prosimy o kontakt z …….. (telefon:……., e-mail)

Uprzejmie prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania ankiety.

Metryczka:

Proszę podać nazwę reprezentowanej placówki (Pytanie służy wewnętrznej ewidencji biura realizującego badanie. Nie chcemy ponawiać próśb o wypełnienie ankiety do podmiotów, które już ją wypełniły. Wyniki ankiety w raporcie będą ujmowane zbiorczo).

……..

Proszę podać numer i tytuł projektu, którego dotyczyć będą Pana/i odpowiedzi (w przypadku podmiotu, który realizował więcej, niż jeden projekt, prosimy o wypełnienie ankiety oddzielnie dla każdego projektu:

Na terenie którego subregionu realizowany był projekt?

- subregion Warszawski Stołeczny
- subregion płocki,
- subregion ciechanowski,
- subregion siedlecki,
- subregion radomski,
- subregion ostrołęcki,
- subregion żyrardowski.

Ocena zgłaszalności do Programu

1) Jakie źródła informacji o programie były wg Pana/i najskuteczniejsze w przyciąganiu uczestników? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
   a) Strona internetowa programu RPZ prowadzona przez Samorząd Województwa Mazowieckiego

b) Strona internetowa mojego podmiotu nt. projektu.
c) Media społecznościowe (Facebook, Instagram) mojego podmiotu.
d) Placówki oświatowe (szkoły podstawowe, przedszkola) – informacje przekazywane przez dyrektorów, nauczycieli, pielęgniarki szkolne
e) Podmioty lecznicze (przychodnie, gabinety lekarskie) – lekarze POZ, pediatrzy, ortopedzi i fizjoterapeuci rekomendujący udział w programie
f) Organizacje pozarządowe i instytucje wspierające rodziny – fundacje, stowarzyszenia zajmujące się zdrowiem dzieci
g) Lokalne media (gazety, radio, telewizja) – artykuły i audycje promujące RPZ
h) Kampanie informacyjne prowadzone przez Samorząd Województwa Mazowieckiego (ulotki, plakaty, spoty w mediach)
i) Polecenia od innych uczestników programu – rodzice dzieci, które wcześniej brały udział
j) Inne (proszę podać jakie):

2) Czy, ogólnie rzecz ujmując, zrekrutowanie uczestników do projektu było łatwe czy trudne?
a) Zdecydowanie łatwe
b) Raczej łatwe
c) Raczej trudne
d) Zdecydowanie trudne

3) Jak Pan/i sądzi co sprzyjało/ułatwiało zgłoszenie dziecka do Programu? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
a) Rekomendacja lekarza POZ lub pediatry
b) Informacja przekazana przez szkołę (nauczyciela, dyrektora, pielęgniarkę szkolną)
c) Rekomendacja fizjoterapeuty lub specjalisty od wad postawy
d) Zachęta ze strony innych rodziców/opiekunów dzieci
e) Dostępność projektu w pobliskiej placówce
f) Możliwość skorzystania z bezpłatnej diagnostyki i konsultacji specjalistycznych
g) Chęć poprawy zdrowia dziecka w zakresie profilaktyki otyłości lub chorób kręgosłupa
h) Atrakcyjność oferowanych zajęć (np. ćwiczenia, edukacja zdrowotna)
i) Brak innych dostępnych form wsparcia zdrowotnego dla dziecka
j) Kampania informacyjna programu w mediach lub na stronach internetowych
k) Rekomendacja organizacji pozarządowych lub instytucji wspierających rodziny
l) Łatwa i szybka procedura rekrutacji
m) Możliwość udziału dziecka razem z kolegami/koleżankami
n) Inne (proszę podać jakie): _____

4) Jak Pan/i sądzi co utrudniało zgłoszenie dziecka do Programu? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
a) Brak dostatecznej informacji o Programie
b) Zbyt późne przekazanie informacji o naborze
c) Skomplikowany proces rekrutacji
d) Ograniczona liczba miejsc w programie
e) Konieczność spełnienia określonych kryteriów kwalifikacyjnych
f) Brak czasu/opory ze strony rodziców/opiekunów
g) Brak zainteresowania programem ze strony dziecka
h) Konieczność dojazdu do placówki realizującej Program
i) Niewystarczające wsparcie organizacyjne dla rodzin uczestników
j) Obawy przed stygmatyzacją związane z udziałem w programie

k) Niewystarczająca współpraca między instytucjami (np. szkoły, przychodnie)
l) Inne (proszę podać jakie): _____

5) Jakie działania można podjąć, aby zwiększyć zgłaszalność do przyszłych edycji programu? (proszę krótko opisać).

Identyfikacja problemów i działań naprawczych

6) Jakie trudności napotkali Państwo w realizacji projektu? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
   a) Trudności w rekrutacji uczestników
   b) Niski poziom zaangażowania rodziców/opiekunów dzieci
   c) Brak wystarczających środków finansowych na realizację działań
   d) Ograniczona dostępność specjalistów (np. lekarzy, fizjoterapeutów, dietetyków)
   e) Problemy organizacyjne związane z harmonogramem zajęć
   f) Trudności w uzyskaniu zgód rodziców/opiekunów na udział dzieci w programie
   g) Brak zainteresowania ze strony szkół i placówek oświatowych
   h) Problemy logistyczne (np. dojazd uczestników do placówek, organizacja zajęć)
   i) Brak odpowiedniego sprzętu lub infrastruktury do prowadzenia działań programowych
   j) Trudności w monitorowaniu i raportowaniu efektów programu
   k) Niewystarczające wsparcie ze strony instytucji zarządzającej programem
   l) Inne (proszę podać jakie): _____
   m) Brak trudności (przejście do pytania 10)

7) Jakie działania naprawcze zostały podjęte w trakcie realizacji projektu?
   a) Zwiększenie działań promocyjnych i informacyjnych dotyczących programu
   b) Uproszczenie procesu rekrutacji uczestników
   c) Wydłużenie okresu rekrutacji do programu
   d) Zwiększenie liczby spotkań informacyjnych dla rodziców i opiekunów
   e) Współpraca z dodatkowymi placówkami (szkoły, przychodnie, organizacje pozarządowe)
   f) Zwiększenie dostępności specjalistów (np. lekarzy, dietetyków, fizjoterapeutów)
   g) Modyfikacja harmonogramu zajęć dostosowana do potrzeb uczestników
   h) Wprowadzenie dodatkowych zajęć edukacyjnych lub terapeutycznych
   i) Inne (proszę podać jakie): _____
   j) Brak działań naprawczych (przejście do pytania 9)

8) Jak ocenia Pan/i skuteczność podjętych działań naprawczych?
   a) Zdecydowanie wysoko
   b) Raczej wysoko
   c) Raczej nisko
   d) Zdecydowanie nisko
   e) Trudno powiedzieć

9) Jakie były konsekwencje nierozwiązanych trudności?
   a) Niski poziom rekrutacji uczestników do projektu
   b) Ograniczona liczba dzieci, które skorzystały z Programu
   c) Niższa skuteczność projektu niż zakładano
   d) Problemy z realizacją założonych wskaźników projektu
   e) Konieczność skrócenia lub ograniczenia zakresu działań
   f) Opóźnienia w realizacji poszczególnych etapów projektu

g) Trudności we współpracy między instytucjami realizującymi program
h) Niezadowolenie uczestników i ich rodziców/opiekunów
i) Niższe niż oczekiwane zaangażowanie personelu realizującego projekt

j) Problemy z trwałością efektów projektu po jego zakończeniu
k) Inne (proszę podać jakie): _____
l) Nie dotyczy – w trakcie projektu nie było trudności lub trudności zostały skutecznie rozwiązane

Ocena osiągnięcia i trwałości efektów Programu

Oczekiwane efekty realizacji Programu (w zależności od modułu) to:

1. Wzrost wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanej otyłości.
2. Wzrost wykrywalności wcześniej niezdiagnozowanych chorób kręgosłupa.
3. Zmniejszenie masy ciała (mierzonej w kilogramach) o co najmniej 3% u więcej niż 25% uczestników modułu dotyczącym otyłości.
4. Poprawa stanu zdrowia u co najmniej 25% uczestników modułu w module dotyczącym chorób kręgosłupa polegająca np. na korekcji postawy, zmniejszeniu nasilenia choroby kręgosłupa, zatrzymaniu postępowania zmian chorobowych itp.
5. Wzrost poziomu wiedzy na temat przyczyn, skutków i terapii leczenia otyłości w populacji dzieci i ich rodziców/opiekunów uczestniczących w programie.
6. Wzrost poziomu wiedzy na temat przyczyn, skutków i terapii leczenia chorób kręgosłupa w populacji dzieci i ich rodziców/opiekunów biorących udział w programie.

10) Czy Państwa zdaniem projekt spełnił swoje założenia i przyczynił się do realizacji wyżej wymienionych efektów Programu?
a) Zdecydowanie tak
b) Raczej tak
c) Raczej nie
d) Zdecydowanie nie
e) Trudno powiedzieć

11) Jakie efekty projektu były najbardziej widoczne w Pana/i ocenie? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
a) Zwiększenie świadomości dzieci i rodziców na temat zdrowego stylu życia
b) Poprawa nawyków żywieniowych uczestników programu
c) Wzrost aktywności fizycznej dzieci
d) Lepsza diagnostyka i wykrywanie wad postawy oraz otyłości
e) Redukcja masy ciała u dzieci z nadwagą i otyłością
f) Poprawa postawy ciała i zmniejszenie dolegliwości bólowych kręgosłupa u dzieci
g) Zwiększenie dostępności do specjalistycznych badań i konsultacji
h) Zmniejszenie liczby dzieci zagrożonych nadwagą i otyłością
i) Wzrost zaangażowania szkół i placówek oświatowych w działania profilaktyczne
j) Wzmocnienie współpracy między szkołami, placówkami medycznymi i rodzicami
k) Dodatkowe, nieplanowane korzyści
l) Inne (proszę podać jakie): _____

12) Czy wystąpiły dodatkowe, nieplanowane w projekcie korzyści? (jeśli tak – proszę je krótko opisać)

13) Biorąc pod uwagę osiągnięte efekty oraz poniesione nakłady, jak ocenia Pan/i efektywność projektu?

a) Bardzo wysoka
b) Wysoka
c) Przeciętna
d) Niska
e) Bardzo niska

f) Trudno powiedzieć

14) Jak ocenia Pan/i swoją wiedzę na temat długoterminowych efektów projektu po zakończeniu udziału uczestników?
   a) Bardzo wysoka – posiadam szczegółową wiedzę na temat długoterminowych efektów projektu
   b) Wysoka – mam dobrą orientację, ale nie znam wszystkich szczegółów
   c) Średnia – mam ogólne informacje, ale nie znam dokładnych danych
   d) Niska – moja wiedza na ten temat jest ograniczona
   e) Bardzo niska – nie posiadam wiedzy na temat efektów projektu po jego zakończeniu (przejść do pytania 19)

15) Według Pana/i wiedzy, które efekty projektu okazały się najbardziej trwałe? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
   a) Utrwalenie zdrowych nawyków żywieniowych u uczestników
   b) Wzrost regularnej aktywności fizycznej dzieci
   c) Poprawa świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców/opiekunów
   d) Trwała poprawa postawy ciała i redukcja problemów związanych z wadami kręgosłupa
   e) Zmniejszenie masy ciała u uczestników z nadwagą i otyłością
   f) Zwiększenie zaangażowania szkół w działania profilaktyczne dotyczące zdrowia dzieci
   g) Lepsza współpraca między placówkami edukacyjnymi i medycznymi w zakresie profilaktyki zdrowotnej
   h) Zwiększona dostępność do badań diagnostycznych i konsultacji specjalistycznych
   i) Większa motywacja uczestników do dbania o zdrowie po zakończeniu programu
   j) Inne (proszę podać jakie): _____

16) Co sprzyjało trwałości efektów projektu? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
   a) Wysoka jakość merytoryczna projektu (kompetentni specjaliści, skuteczne metody interwencji)
   b) Indywidualne podejście do uczestników i dostosowanie działań do ich potrzeb
   c) Długość i kompleksowość interwencji (dłuższe wsparcie, wieloetapowe działania)
   d) Spójność i komplementarność działań realizowanych w ramach różnych projektów
   e) Dobra organizacja i skuteczne zarządzanie projektem
   f) Odpowiednie finansowanie i zasoby umożliwiające efektywną realizację działań
   g) Skuteczna strategia informacyjna i promocyjna zwiększająca zaangażowanie uczestników
   h) Wysoka dostępność usług w ramach programu (dogodne lokalizacje, elastyczne godziny zajęć)
   i) Systematyczne monitorowanie postępów uczestników i bieżące dostosowywanie działań
   j) Możliwość kontynuowania wsparcia po zakończeniu formalnej realizacji projektu
   k) Inne (proszę podać jakie): _____

17) Według Pana/i wiedzy, które efekty projektu okazały się najmniej trwałe? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
   a) Utrzymanie zdrowych nawyków żywieniowych przez uczestników
   b) Regularna aktywność fizyczna po zakończeniu programu
   c) Utrzymanie świadomości zdrowotnej dzieci i ich rodziców/opiekunów
   d) Zmniejszenie masy ciała u dzieci z nadwagą i otyłością
   e) Poprawa postawy ciała i redukcja problemów z kręgosłupem
   f) Redukcja dolegliwości bólowych u uczestników z wadami postawy

g) Zaangażowanie szkół i placówek edukacyjnych w działania profilaktyczne
h) Kontynuacja współpracy między placówkami edukacyjnymi i medycznymi
i) Kontynuacja zajęć edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci po zakończeniu projektu
j) Możliwość dalszego korzystania z usług specjalistów przez uczestników programu
k) Inne (proszę podać jakie): _____

18) Co nie sprzyjało trwałości efektów projektu? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
   a) Brak motywacji uczestników do kontynuowania zdrowych nawyków
   b) Niewystarczające wsparcie rodziców/opiekunów w utrzymaniu zmian
   c) Brak kontynuacji zajęć edukacyjnych i terapeutycznych dla dzieci
   d) Ograniczona współpraca między placówkami edukacyjnymi i medycznymi po zakończeniu projektu
   e) Niewystarczające zaangażowanie szkół i placówek edukacyjnych w dalsze działania profilaktyczne
   f) Brak możliwości dalszego korzystania z usług specjalistów przez uczestników
   g) Zbyt krótki okres trwania projektu, niewystarczający do trwałej zmiany nawyków
   h) Brak długoterminowej strategii kontynuacji programu zdrowotnego
   i) Ograniczone finansowanie działań profilaktycznych po zakończeniu projektu
   j) Brak systematycznego monitorowania i oceny długoterminowych efektów programu
   k) Niewystarczające działania promujące kontynuację zdrowego stylu życia po zakończeniu programu
   l) Ograniczony dostęp do infrastruktury wspierającej zdrowy tryb życia (np. brak darmowych zajęć ruchowych, porad dietetycznych)
   m) Inne, jakie?:

19) W jaki sposób można zadbać, Pana/Pani zdaniem, o zwiększenie trwałości efektów Programu? (proszę wskazać maksymalnie trzy odpowiedzi)
   a) Kontynuacja działań edukacyjnych w szkołach i przedszkolach
   b) Organizowanie warsztatów i spotkań dla rodziców na temat zdrowego stylu życia
   c) Włączenie tematyki zdrowia i profilaktyki do programów nauczania
   d) Regularne kampanie informacyjne promujące zdrowe nawyki
   e) Możliwość dalszego korzystania z usług specjalistów (dietetyków, fizjoterapeutów, lekarzy)
   f) Umożliwienie uczestnikom dostępu do darmowych lub dofinansowanych zajęć sportowych
   g) Organizacja cyklicznych badań kontrolnych wśród uczestników
   h) Stworzenie systemu monitorowania długoterminowych efektów programu
   i) Współpraca szkół, przychodni i organizacji społecznych w zakresie profilaktyki zdrowotnej
   j) Wprowadzenie polityk zdrowotnych wspierających aktywność fizyczną dzieci (np. więcej zajęć sportowych w szkołach)
   k) Zachęcanie szkół i placówek edukacyjnych do podejmowania działań na rzecz zdrowego stylu życia
   l) Wsparcie lokalnych samorządów w rozwijaniu programów zdrowotnych
   m) Przedłużenie okresu realizacji programu, aby umożliwić lepsze utrwalenie efektów
   n) Zapewnienie stałego finansowania działań profilaktycznych i zdrowotnych
   o) Wprowadzenie systemowych rozwiązań wspierających profilaktykę otyłości i wad postawy (np. darmowe konsultacje specjalistyczne)
   p) Inne (proszę podać jakie): _____

Bardzo dziękujemy za udział w badaniu i udzielenie odpowiedzi.

Załącznik 2 – kwestionariusz ankiety CATI

Dzień dobry,

Biuro Badań Społecznych Question Mark na zlecenie Województwa Mazowieckiego prowadzi badanie pn. ,,Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego

„Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego”.

Podstawowym celem Programu była poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach 2018-2023. Celem naszego badania jest ocena przebiegu i efektów Programu.

Zwracamy się do Pana/i z prośbą o krótką rozmowę na temat uczestnictwa Pana/i dziecka w Programie i jego efektach. Nasza rozmowa nie powinna trwać dłużej niż 10-15 minut. Pana/i opinia jest dla nas bardzo ważna i pozwoli nam dokonać oceny Programu oraz skuteczniej realizować podobne działania w przyszłości.

Przekazane nam przez Pana/Panią informacje będą poufne i nie będzie można ich powiązać z Panem/Panią osobiście. Zebrane przez nas dane zostaną zaprezentowane w formie zestawień zbiorczych w raporcie podsumowującym wyniki naszego badania.

1. W którym module Programu brało udział Pana/i dziecko? (proszę wybrać jedną odpowiedź)
   a) Moduł dotyczący otyłości
   b) Moduł dotyczący chorób kręgosłupa
   c) Oba moduły jednocześnie

2. Skąd dowiedział/a się Pan/i o Programie?
   a) Informowanie rodziców na zebraniach szkolnych
   b) Wiadomości e-mail/SMS wysyłane do rodziców przez szkołę
   c) Ogłoszenia na platformach e-dziennika (np. Librus, Vulcan)
   d) Materiały informacyjne (plakaty, ulotki) w szkołach i przedszkolach
   e) Kampanie informacyjne w mediach społecznościowych (Facebook, Instagram)
   f) Informacje zamieszczane na stronach internetowych placówek edukacyjnych
   g) Rekomendacje lekarzy i pielęgniarek szkolnych
   h) Rekomendacje nauczycieli wychowania fizycznego
   i) Informowanie przez ośrodki pomocy społecznej (OPS, PCPR)
   j) Spotkania informacyjne dla rodziców organizowane w szkołach
   k) Artykuły i informacje w lokalnych mediach (prasa, radio, TV)
   l) Inne (proszę podać jakie)

3. Jakie były według Pana/Pani byłyby najlepsze sposoby informowania o Programie?
   a) Informowanie rodziców na zebraniach szkolnych
   b) Wiadomości e-mail/SMS wysyłane do rodziców przez szkołę
   c) Ogłoszenia na platformach e-dziennika (np. Librus, Vulcan)
   d) Materiały informacyjne (plakaty, ulotki) w szkołach i przedszkolach

e) Kampanie informacyjne w mediach społecznościowych (Facebook, Instagram)
f) Informacje zamieszczane na stronach internetowych placówek edukacyjnych
g) Rekomendacje lekarzy i pielęgniarek szkolnych
h) Rekomendacje nauczycieli wychowania fizycznego
i) Informowanie przez ośrodki pomocy społecznej (OPS, PCPR)
j) Spotkania informacyjne dla rodziców organizowane w szkołach
k) Artykuły i informacje w lokalnych mediach (prasa, radio, TV)
l) Inne (proszę podać jakie)

4. Z których rodzajów świadczeń oferowanych w ramach Programu korzystało Pana/Pani dziecko?

Czy dziecko korzystało z **wizyty kwalifikującej** do Programu prowadzonej przez personel administracyjny lub personel medyczny?	Odpowiedzi: ak l Nie
Czy dziecko korzystało z **porad dietetycznych** prowadzonych przez dietetyka?	Odpowiedzi: a) Tak, wziął/wzięła udział w przynajmniej 5 sesjach b) Tak, wziął/wzięła udział w części sesji c) Nie
Czy dziecko korzystało z **zajęć ruchowych** (na basenie, na sali gimnastycznej, na świeżym powietrzu i/lub ćwiczeń aerobowych połączonych z ćwiczeniami oporowymi) ?	Odpowiedzi: a) Tak, wziął/wzięła udział w zajęciach co najmniej 2 razy w tygodniu przez cały okres trwania projektu b) Tak, wziął/wzięła udział w części sesji c) Nie
A. Czy dziecko korzystało z **zajęć ruchowych** (gimnastyki korekcyjnej, zabiegów fizykalnych, masaży, kinezyterapii, terapii manualnych, technik specjalnych)?	Odpowiedzi: a. Tak, wziął/wzięła udział w zajęciach co najmniej 2 razy w tygodniu przez cały okres trwania projektu b. Tak, wziął/wzięła udział w części sesji c. Nie
B. Czy dziecko korzystało z **badań fizjoterapeutycznych/lekarskich** końcowych?	Odpowiedzi: a) Tak b) Nie

5. Jak Pan/i sądzi co sprzyjało/ułatwiało zgłoszenie dziecka do Programu?

a) Jasne i zrozumiałe informacje o Programie
b) Wczesne poinformowanie o możliwości udziału
c) Łatwa i szybka procedura rekrutacji
d) Proste i przejrzyste dokumenty do wypełnienia
e) Rekomendacja lekarza/pielęgniarki
f) Rekomendacja nauczyciela/pedagoga szkolnego
g) Dobra opinia o wcześniejszych edycjach Programu
h) Bezpłatny udział w Programie
i) Możliwość udziału dziecka razem z kolegami/koleżankami
j) Inne (proszę podać jakie)……..

6. Jak Pan/i sądzi co utrudniało zgłoszenie dziecka do Programu?

a) Brak informacji o Programie
b) Zbyt późne poinformowanie o naborze
c) Ograniczona liczba miejsc
d) Skomplikowana procedura rekrutacji
e) Brak jasnych kryteriów kwalifikacji
f) Niezrozumiała dokumentacja do wypełnienia

g) Brak rekomendacji ze strony lekarza/nauczyciela
h) Niezainteresowanie Programem przez dziecko
i) Inne (proszę podać jakie)…….

7. Jakie były największe trudności, na jakie napotkał/a Pan/i w związku w udziałem w Programie Pana/i dziecka? Proszę wskazać każdy obszar, w którym napotkał/a Pan/i istotne trudności.

A. Dostępność informacji o Programie, jego realizacji i zasadach uczestnictwa	Odpowiedzi: a) Tak b) Nie
B. Kwalifikacja do Programu	
C. Problem z dopasowaniem terminów zajęć do innych obowiązków dziecka (np. szkoła, dodatkowe zajęcia)	
D. Trudności z dojazdem na zajęcia	
E. Zbyt duża odległość miejsca realizacji Programu od miejsca zamieszkania	
F. Niedogodne godziny zajęć/programu	
G. Zbyt mała liczba dostępnych zajęć w ramach Programu	
H. Brak możliwości elastycznej zmiany terminu zajęć	
I. Niedostateczna informacja o harmonogramie zajęć	
J. Brak zaangażowania prowadzących zajęcia	
K. Niezadowolenie dziecka z formy prowadzonych zajęć	
L. Brak widocznych efektów udziału w Programie	
M. Konieczność zbyt dużego zaangażowania rodzica w organizację udziału dziecka (np. dowóz, kontakt z organizatorami)	
N. Niezrozumiała komunikacja ze strony organizatorów (np. brak jasnych instrukcji, trudności w kontakcie)	
O. Problemy zdrowotne dziecka utrudniające regularny udział w zajęciach	
P. Inne trudności (proszę podać jakie)……..	

8. Jak ocenia Pan/i:

stosunek beneficjenta/realizatora do uczestnika Programu i jego rodzica/opiekuna prawnego (życzliwość, zaangażowanie, troska o badanego)?	Odpowiedzi: a) Bardzo dobrze b) Dobrze c) Ani dobrze ani źle d) Źle e) Bardzo źle
zapewnianie przez beneficjenta/realizatora intymności uczestników podczas udzielania świadczeń ?	Odpowiedzi: a) Bardzo dobrze b) Dobrze c) Ani dobrze ani źle d) Źle e) Bardzo źle

komunikatywność beneficjenta/realizatora (wyczerpujące i zrozumiałe przekazywanie informacji)?	Odpowiedzi: a) Bardzo dobrze b) Dobrze c) Ani dobrze ani źle d) Źle e) Bardzo źle
punktualność beneficjenta/realizatora?	Odpowiedzi:

	a) Bardzo dobrze b) Dobrze c) Ani dobrze ani źle d) Źle e) Bardzo źle
sprawność obsługi zapewnionej przez beneficjenta/realizatora?	Odpowiedzi: a) Bardzo dobrze b) Dobrze c) Ani dobrze ani źle d) Źle e) Bardzo źle
poziom wiedzy przekazanej w trakcie uczestnictwa w Programie?	Odpowiedzi: a) Bardzo dobrze b) Dobrze c) Ani dobrze ani źle d) Źle e) Bardzo źle
formę przekazania wiedzy w trakcie uczestnictwa w Programie?	Odpowiedzi: a) Bardzo dobrze b) Dobrze c) Ani dobrze ani źle d) Źle e) Bardzo źle

9. Czy w Pana/i opinii w Programie powinny być udzielane jakieś inne rodzaje świadczeń? Czy jakiś inny rodzaj wsparcia byłby, w Pana/i opinii, pomocny w poprawie stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości?

a) Tak, jakie…….
b) Nie

10. Czy w Pana/i opinii, którychś rodzajów świadczeń powinno być **więcej**? Proszę wskazać każdy rodzaj świadczenia, którego ilość, intensywność lub długość powinna być Pana/i zdaniem większa.

a) wizyta kwalifikująca
b) zajęcia ruchowe
c) indywidualne porady dietetyczne
d) badania lekarskie w połowie interwencji
e) badania lekarskie końcowe
f) inne (jakie?)……..

11. Czy w Pana/i opinii, którychś rodzajów świadczeń powinno być **mniej**? Proszę wskazać każdy rodzaj świadczenia, którego ilość, intensywność lub długość powinna być Pana/i zdaniem mniejsza.

a) wizyta kwalifikująca
b) zajęcia ruchowe
c) indywidualne porady dietetyczne
d) badania lekarskie w połowie interwencji
e) badania lekarskie końcowe

f) inne (jakie?)……...

12. - Czy oceniając z perspektywy czasu, udział w Programie przyczynił się do zmian w życiu Pana/i dziecka? Proszę określić w jakim stopniu zgadza się Pan/i bądź nie zgadza, z poniższymi stwierdzeniami. Odpowiedzi proszę udzielić na skali: zdecydowanie się zgadzam, raczej się zgadzam, raczej się nie zgadzam, zdecydowanie się nie zgadzam.

A. Udział w Programie wpłynął pozytywnie na **stan zdrowia i ogólne samopoczucie mojego dziecka**	Odpowiedzi na skali: a) Zdecydowanie się zgadzam b) Raczej się zgadzam c) Raczej się nie zgadzam d) Zdecydowanie się nie zgadzam e) Trudno powiedzieć
B. W efekcie udziału w Programie wzrosła **wiedza moja i mojego dziecka na temat wpływu regularnej aktywności fizycznej** (odpowiednio dobranej do stanu zdrowia) na zmniejszenie masy ciała i/lub poprawy postawy ciała i/lub poprawa/zahamowanie pogłębiania się występowania schorzeń kręgosłupa	
C. W efekcie udziału w Programie wzrosła **wiedza moja i mojego dziecka na temat wpływu zdrowego odżywiania** na prawidłową masę i postawę ciała.	
D. W efekcie udziału w Programie wzrosła **ogólna motywacja do utrzymywania zachowań prozdrowotnych** moja i mojego dziecka.	
E. **Wykorzystujemy wiedzę** przekazaną nam w Programie **w życiu codziennym.**	
F. **Wiedza** przekazana w Programie **jest przydatna w życiu codziennym.**	
G. Ja/moje dziecko dzielę się wiedzą zdobytą w trakcie trwania Programu **z innymi osobami.**	
H. W efekcie udziału w Programie **poprawie uległa postawa ciała mojego dziecka.**	
I. Udział w Programie **wpłynął pozytywnie na nawyki żywieniowe moje/mojego dziecka (lepsze nawyki).**	
J. Udział w Programie wpłynął na **wzrost aktywności fizycznej mojego dziecka.**	
K. W efekcie udziału w Programie wzrosła **świadomość zdrowotna moja i mojego dziecka .**	
L. Regularnie **stosujemy się do zaleceń specjalistów** (fizjoterapeuty/fizjoterapeuty).	
M. W efekcie udziału w Programie moje dziecko ma **mniejsze dolegliwości bólowe, związane z wadami postawy.**	
N. W wyniku udziału w Programie wzrosła **motywacja mojego dziecka do aktywności fizycznej poza Programem.**	

13. Czy w wyniku udziału w Programie, wystąpiły i utrzymują się efekty takie, jak: *(proszę powiedzieć TAK lub NIE)*:

a) Zwiększona integracja dziecka z rówieśnikami dzięki wspólnym zajęciom
b) Poprawa samopoczucia i większa pewność siebie dziecka

c) Poprawa relacji rodzinnych poprzez wspólne podejmowanie aktywności prozdrowotnych
d) Poprawa zdolności koncentracji i nauki
e) Wzrost samodyscypliny i odpowiedzialności

f) Rozwój umiejętności współpracy i pracy w grupie
g) Lepsza samoocena i większa motywacja do działania
h) Zmniejszenie stresu i poprawa dobrostanu psychicznego
i) Większa świadomość ekologiczna i zdrowotna – dziecko zaczyna interesować się np. zdrową żywnością, aktywnością na świeżym powietrzu.
j) Lepsza komunikacja między rodzicami a dzieckiem – wspólne rozmowy o Programie mogły wzmocnić więzi rodzinne.
k) Większa otwartość dziecka na nowe doświadczenia – dziecko może chętniej angażować się w inne programy czy zajęcia dodatkowe.

14. Proszę ocenić na skali od 1 do 5, przy czym 1 oznacza, że jakość świadczeń była bardzo niska, a 5 bardzo wysoka, jakość świadczeń udzielanych w ramach Programu:

wizyta kwalifikująca do Programu prowadzona przez personel administracyjny lub personel medyczny?	1 ---------- 5
porady dietetyczne prowadzone przez dietetyka?	
zajęcia ruchowe (na basenie, na sali gimnastycznej, na świeżym powietrzu i/lub ćwiczeń aerobowych połączonych z ćwiczeniami oporowymi) ?	
zajęcia ruchowe (gimnastyka korekcyjnej, zabiegi fizykalnych, masaże, kinezyterapia, terapia manualnych, technik specjalnych)?	
Badania fizjoterapeutyczne/lekarskie końcowych?	

15. W Pana/i ogólnej ocenie, czy od zakończenia udziału w Programie zaszły jakieś zmiany w zdrowiu Pana/i dziecka?
a) Tak, stan zdrowia poprawił się
b) Tak, stan zdrowia pogorszył się
c) Nie, stan zdrowia pozostał bez zmian

16. Czy, z perspektywy czasu, jest Pan/i zadowolony z jakości świadczeń udzielanych w ramach Programu?
a) Zdecydowanie tak
b) Raczej tak
c) Raczej nie
d) Zdecydowanie nie
e) Trudno powiedzieć

17. Czy, z perspektywy czasu, polecił/a by Pan/i ten Program innym osobom?
a) Zdecydowanie tak
b) Raczej tak
c) Raczej nie

d) Zdecydowanie nie
e) Trudno powiedzieć

18. W niedalekiej przyszłości przedstawiciele zespołu badawczego będą kontaktować się telefonicznie z wybranymi opiekunami prawnymi dzieci objętymi wsparciem w ramach Programu, żeby porozmawiać o doświadczeniach związanych z uczestnictwem w Programie oraz zmianach jakie zaszły w efekcie w ich zdrowiu i życiu. Osoby, które zostaną wybrane i wezmą udział w takiej rozmowie w ramach podziękowania otrzymają bon podarunkowy. Czy jest Pan/i zainteresowany/a udziałem w takiej rozmowie?

a) Tak
b) Nie

Załącznik 3 – Scenariusz pogłębionego wywiadu telefonicznego (TDI)

Wprowadzenie:

Dzień dobry,

Biuro Badań Społecznych Question Mark na zlecenie Województwa Mazowieckiego prowadzi badanie

pn. ,,Ocena realizacji Regionalnego Programu Zdrowotnego Samorządu Województwa Mazowieckiego

„Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego".

Podstawowym celem Programu była poprawa stanu zdrowia dzieci w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości w województwie mazowieckim w latach 2018-2023. Celem naszego badania jest ocena przebiegu i efektów Programu.

Chciał(a)bym porozmawiać z Panem/Panią o Państwa doświadczeniach związanych z udziałem w programie. Rozmowa potrwa około 30 minut i będzie miała charakter anonimowy – nie będziemy przypisywać odpowiedzi do konkretnych osób. Państwa opinie pomogą nam ocenić skuteczność programu i zaproponować ewentualne usprawnienia na przyszłość. Rozmowa będzie nagrywana w celu późniejszej analizy jej treści. Czy zgadza się Pan/Pani na udział w wywiadzie i jego nagrywanie?

(Jeśli respondent wyraża zgodę, przechodzimy do pytań. Jeśli nie, dziękujemy i kończymy rozmowę.)

1. Doświadczenia związane ze zgłaszalnością do programu
1.1. Jak dowiedzieli się Państwo o programie? (Czy była to informacja ze szkoły, od lekarza, z mediów społecznościowych, od znajomych itp.?)
1.2. Co skłoniło Państwa do zgłoszenia dziecka do programu? (Czy była to rekomendacja specjalisty,
chęć poprawy zdrowia dziecka, ciekawość programu itp.?)

1.3. Czy mieli Państwo jakieś trudności związane ze zgłoszeniem do programu? (Czy były problemy z dostępem do informacji, wymaganiami formalnymi, dostępnością placówek itp.?)
1.4. Czy sposób rekrutacji i przekazywania informacji o programie był dla Państwa jasny i zrozumiały? (Czy coś można było zrobić lepiej w tym zakresie?)

2. Oczekiwane efekty programu i ich realizacja
2.1. Jakie mieli Państwo oczekiwania wobec programu przed przystąpieniem do niego? (Czy chcieli Państwo poprawy zdrowia dziecka, uzyskania wiedzy, zmiany nawyków itp.?)
2.2. Czy po zakończeniu udziału w RPZ zauważyli Państwo jakiekolwiek pozytywne zmiany u dziecka? (Czy np. poprawiła się postawa ciała, zmniejszyły dolegliwości bólowe, zwiększyła aktywność fizyczna, poprawiły nawyki żywieniowe itp.?)
2.3. Czy program spełnił Państwa oczekiwania? (Dlaczego tak/nie? Co najbardziej się

udało, a co nie przyniosło zamierzonych efektów?)
2.4. Czy wsparcie oferowane w ramach programu było wystarczające, aby osiągnąć zamierzone efekty? (Czy może potrzebne byłyby dodatkowe zajęcia, dłuższy czas trwania programu, lepsza dostępność specjalistów itp.?)

3. Problemy napotkane w trakcie uczestnictwa w programie
3.1. Czy podczas realizacji programu napotkali Państwo jakiekolwiek trudności? (Czy np. były problemy z dostępnością zajęć, terminami, organizacją, poziomem zaangażowania specjalistów?)
3.2. Czy któreś z problemów sprawiły, że uczestnictwo w programie było utrudnione lub mniej efektywne? (Czy np. dziecko nie mogło brać udziału we wszystkich zajęciach, pojawiały się trudności

logistyczne itp.?)

3.3. Czy podejmowano jakieś działania korygujące w trakcie realizacji programu? (Czy np. organizatorzy reagowali na problemy uczestników, zmieniali harmonogram zajęć, zwiększali dostępność usług itp.?)

3.4. Czy w razie pojawienia się trudności mieli Państwo możliwość zgłaszania ich organizatorom? (Czy kontakt był łatwy, czy Państwa uwagi były brane pod uwagę?)

4. Jakość świadczeń oferowanych w ramach RPZ
4.1. Jak oceniają Państwo sposób organizacji zajęć i konsultacji w ramach RPZ? (Czy były dobrze zaplanowane, przystępne, angażujące dla dzieci?)
4.2. Jak oceniają Państwo kompetencje specjalistów prowadzących zajęcia? (Czy lekarze, dietetycy, fizjoterapeuci byli profesjonalni, zaangażowani, pomocni?)
4.3. Czy zajęcia były dostosowane do wieku i potrzeb dzieci? (Czy np. materiały były zrozumiałe, forma zajęć odpowiednia?)
4.4. Czy mieli Państwo poczucie, że dziecko było traktowane indywidualnie, czy raczej jako część dużej grupy?
4.5. Czy uczestnictwo w programie wymagało dużego zaangażowania logistycznego ze strony rodziców? (Czy konieczne były częste dojazdy, organizowanie czasu itp.?)
4.6. Jakie elementy programu były według Państwa najbardziej wartościowe? (Czy np. konkretne zajęcia, kontakt z ekspertami, edukacja zdrowotna?)
4.7. Czy są jakieś elementy programu, które wymagałyby poprawy? (Co można by zrobić lepiej, aby program był bardziej skuteczny?)

5. Trwałość efektów programu
5.1. Czy po zakończeniu udziału w RPZ zauważyli Państwo, że dziecko nadal stosuje zalecenia i nawyki wprowadzone w trakcie programu? (Czy np. nadal jest aktywne fizycznie, zwraca uwagę na dietę itp.?)
5.2. Czy uważają Państwo, że efekty programu będą trwałe w dłuższym okresie? (Co może wpłynąć na ich utrzymanie lub zanik?)

5.3. Czy po zakończeniu RPZ mieli Państwo dostęp do jakiejkolwiek formy wsparcia, np. kontynuacji zajęć lub kontaktu ze specjalistami?
5.4. Czy poleciliby Państwo udział w programie innym rodzicom? (Dlaczego tak/nie?)

6. Podsumowanie i rekomendacje uczestników
6.1. Czy są jakieś kwestie, których nie poruszyliśmy, a które warto byłoby uwzględnić w badaniu?
6.2. Jakie zmiany w programie mogłyby sprawić, że byłby on bardziej skuteczny i lepiej dopasowany do potrzeb uczestników?
6.3. Co uznają Państwo za największy sukces programu?

Zakończenie:

Dziękuję bardzo za poświęcony czas i podzielenie się swoimi doświadczeniami. Państwa odpowiedzi są dla nas niezwykle cenne i pomogą w ocenie skuteczności RPZ oraz w wypracowaniu rekomendacji na przyszłość. Jeśli mają Państwo jeszcze jakieś dodatkowe uwagi lub refleksje, chętnie je wysłucham.

Załącznik 4 – Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego (IDI)

INSTRUKCJA DLA BADACZA:

Uwaga dla osoby prowadzącej wywiad:

Badacz przed przystąpieniem do wywiadu powinien przedstawić się. Przedstawić temat badania. Poinformować o czasie trwania wywiadu. Poinformować badanego o poufności przekazywanych informacji i konieczności jego rejestracji.

Zapewnić badanego o tym, że nie ma niewłaściwych opinii i poprosić o udzielanie szczerych odpowiedzi.

Proszę krótko przedstawić swoją rolę w ramach realizacji „Regionalnego programu zdrowotnego w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego". W jakim zakresie był/a Pan/i w niego zaangażowany/a, na czym polegały Pana/i zadania?

1. Realizacja celów RPZ i stopień ich osiągnięcia

1.1. Jak oceniliby Państwo stopień realizacji celów szczegółowych RPZ? Czy cele programu były osiągane zgodnie z założeniami, czy też wystąpiły istotne odstępstwa?

1.2. Jakie czynniki wpłynęły na stopień realizacji celów? Czy były to kwestie organizacyjne, finansowe, a może czynniki zewnętrzne, niezależne od zarządzających?

1.3. Czy stopień realizacji celów RPZ był monitorowany na bieżąco? Jeśli tak, jakie mechanizmy nadzoru były stosowane?

2. Dynamika zgłaszalności do programu i analiza barier

2.1. Jak wyglądała zgłaszalność do programu w poszczególnych etapach jego realizacji? Czy obserwowano istotne zmiany w strukturze i liczbie zgłaszających się osób?

2.2. Jakie były główne bariery w rekrutacji uczestników do RPZ? Czy były one związane z działaniami informacyjnymi, dostępnością świadczeń, wymaganiami formalnymi czy innymi czynnikami?

2.3. Czy podejmowane były działania mające na celu zwiększenie zgłaszalności? Jakie modyfikacje wprowadzono w tym zakresie?

3. Efektywność kosztowa programu

3.1. Jak wyglądał stosunek kosztów zaplanowanych do kosztów rzeczywistych? Czy wystąpiły istotne różnice między pierwotnymi założeniami finansowymi a faktycznymi wydatkami?

3.2. Czy koszty realizacji RPZ były adekwatne do osiągniętych efektów? Jak oceniliby Państwo efektywność wydatkowania środków?

3.3. Czy były podejmowane działania mające na celu optymalizację wydatkowania środków? Jeśli tak, jakie?

4. Problemy napotkane na poziomie zarządzania i monitorowania RPZ

4.1. Jakie główne trudności napotkali Państwo w trakcie realizacji RPZ na poziomie instytucjonalnym? Czy dotyczyły one np. współpracy między instytucjami, nadzoru nad realizacją czy innych aspektów zarządzania?
4.2. Czy w trakcie wdrażania programu konieczne były działania korygujące? Jeśli tak, to jakie i jakie były ich efekty?
4.3. Jak oceniliby Państwo skuteczność monitorowania programu? Czy system nadzoru pozwalał na sprawne identyfikowanie problemów i ich rozwiązywanie?

5. Trafność działań rekrutacyjnych i organizacyjnych
5.1. Czy działania związane z rekrutacją uczestników były trafnie zaplanowane? Czy proces rekrutacji był odpowiednio dostosowany do grupy docelowej i skuteczny?

5.2. Jakie działania były podejmowane, aby zniwelować trudności rekrutacyjne? Czy wdrażano dodatkowe kampanie informacyjne, uproszczono procedury zgłoszeniowe itp.?
5.3. Czy na poziomie organizacyjnym RPZ był dobrze skoordynowany? Jak oceniliby Państwo jego planowanie i wdrażanie w praktyce?

6. Działania mające na celu eliminację barier i problemów realizacyjnych
6.1. Jakie czynniki najbardziej utrudniały realizację RPZ? Czy wynikały one z ograniczeń instytucjonalnych, finansowych, czy może organizacyjnych?
6.2. Jakie działania podejmowano w celu zniwelowania wpływu czynników utrudniających realizację programu? Czy miały one charakter doraźny, czy były systemowe?
6.3. Czy realizatorzy programu zgłaszali trudności w osiągnięciu zakładanych efektów? Jeśli tak, to jakie i jak były one rozwiązywane?
6.4. Czy w trakcie realizacji RPZ modyfikowano pierwotne założenia programu? Jeśli tak, to jakie zmiany wprowadzono i z jakich powodów?

7. Ewaluacja działań korygujących i rekomendacje na przyszłość
7.1. Czy w przypadku trudności w rekrutacji modyfikowano działania? Jakie były tego efekty?
7.2. Jakie inne formy wsparcia mogłyby zostać zastosowane, aby usprawnić realizację RPZ?
7.3. Jak można zmodyfikować system wdrażania podobnych programów w przyszłości, aby były one
skuteczniejsze i efektywniejsze kosztowo?

7.4. Czy mają Państwo konkretne rekomendacje dotyczące przyszłych edycji RPZ? Jakie aspekty powinny zostać usprawnione?

Załącznik 5 – Przebieg i zagadnienia panelu eksperckiego

Przebieg panelu:

1. **Otwarcie panelu** – krótkie przedstawienie celów spotkania oraz uczestników.
2. **Wprowadzenie do dyskusji** – prezentacja kluczowych wniosków z badań ewaluacyjnych RPZ.
3. **Dyskusja panelowa** – omówienie zagadnień tematycznych w ramach moderowanej rozmowy ekspertów.
4. **Podsumowanie i wypracowanie rekomendacji** – kluczowe wnioski z dyskusji oraz propozycje
   działań na przyszłość.

1. Ocena efektów RPZ z perspektywy medycznej i zdrowotnej
   1.1. Jakie były główne problemy zdrowotne wśród dzieci uczestniczących w RPZ i jak program wpłynął na ich poprawę?
   1.2. W jakim stopniu program przyczynił się do poprawy postawy ciała i redukcji problemów z kręgosłupem oraz czy udało się osiągnąć długoterminowe efekty w tym zakresie?
   1.3. Czy działania w ramach RPZ skutecznie przeciwdziałały otyłości i promowały zdrowe nawyki żywieniowe? Jakie czynniki mogły ograniczać efektywność tych działań?
   1.4. Jakie metody terapeutyczne i profilaktyczne zastosowane w programie były najbardziej efektywne, a jakie wymagałyby modyfikacji?
   1.5. Jakie są kluczowe bariery zdrowotne w walce z otyłością i wadami postawy u dzieci, które należy uwzględnić w przyszłych działaniach profilaktycznych?
2. Doświadczenia podmiotów realizujących program
   2.1. Jak oceniana jest organizacja zajęć i dostępność usług medycznych oraz terapeutycznych w ramach RPZ?
   2.2. Jakie problemy napotkali realizatorzy programów zdrowotnych podczas wdrażania działań diagnostycznych, terapeutycznych i edukacyjnych?
   2.3. Czy zakres i forma realizowanych zajęć były dostosowane do potrzeb dzieci, czy wymagałyby modyfikacji?
   2.4. Jak można poprawić organizację programu, aby zwiększyć zaangażowanie uczestników oraz skuteczność interwencji zdrowotnych?
   2.5. Jakie rekomendacje dotyczące przyszłych edycji RPZ wynikają z doświadczeń realizatorów programu?
3. Rola systemu edukacji w profilaktyce zdrowotnej dzieci
   3.1. Jak RPZ wpłynął na świadomość zdrowotną uczniów i ich nawyki w zakresie aktywności fizycznej oraz odżywiania?
   3.2. W jakim stopniu szkoły były zaangażowane w realizację programu i jakie bariery organizacyjne napotkały w tym zakresie?
   3.3. Czy szkoły mogą odgrywać większą rolę w edukacji zdrowotnej dzieci? Jakie narzędzia i wsparcie są do tego potrzebne?
   3.4. Jakie działania można podjąć, aby zwiększyć spójność działań edukacyjnych i zdrowotnych w ramach programów szkolnych?
   3.5. Jakie są najlepsze praktyki włączania środowiska edukacyjnego w programy zdrowotne?
4. Rekomendacje dotyczące przyszłych programów zdrowotnych
   4.1. Jakie działania należy podjąć, aby poprawić efektywność programów

zdrowotnych skierowanych do dzieci?

4.2. Jakie mechanizmy można zastosować, aby zapewnić większą trwałość efektów RPZ?

4.3. Jakie modyfikacje organizacyjne i programowe mogą zwiększyć skuteczność podobnych interwencji w przyszłości?

4.4. Jak poprawić współpracę między sektorem zdrowia, edukacji i organizacjami społecznymi, aby skuteczniej wdrażać programy profilaktyczne?

4.5. Jakie wnioski z RPZ mogą być wykorzystane do tworzenia nowych strategii zdrowotnych na poziomie regionalnym i krajowym?

Załącznik nr 6 – scenariusz zogniskowanego wywiadu grupowego (FGI)

Wprowadzenie:

- *Przywitanie uczestników przez moderatora. Podziękowanie za zgodę na udział w badaniu.*
- *Przedstawienie się uczestników.*
- *Przedstawienie tematu i ram czasowych spotkania.*
- *Omówienie zasad spotkania przez moderatora:*
  - *Nie obowiązuje jednomyślność, każdy uczestnik może pozostać przy własnych poglądach, przy własnym zdaniu.*
  - *Można stawiać pytania zarówno prowadzącemu, jak i sobie nawzajem.*
  - *Bardzo istotne w dyskusji są szczerość i umiejętność prowadzenia konstruktywnej krytyki. Wszystko co zostanie powiedziane podczas spotkania powinno pozostać w gronie osób biorących w nim udział.*
  - *Co pewien czas moderator spróbuje podsumować to, co zostanie powiedziane, by upewnić się, że prawidłowo zrozumiał wypowiedzi.*
  - *Prosimy o zabieranie głosu pojedynczo, ułatwi to prowadzenie dyskusji.*

I. Faza początkowa dyskusji

1. Na początek proszę się przedstawić i powiedzieć jakie były Państwa zadania w ramach realizacji Programu.

Właściwa dyskusja – maksymalnie 120 minut

	Punkty spotkania oraz dyspozycje do wywiadu	Planowany czas
1.	**Stopień osiągnięcia celów Programu** w kontekście poziomu osiągnięcia rezultatów (mierników) – przedstawienie celów Programu wraz z planowanym i rzeczywistym poziomem osiągnięcia ich rezultatów (mierników).	do 30 minut

	Co Państwo sądzą o stopniu osiągnięcia celu głównego i celów szczegółowych Programu? a. Jakie są Państwa zdaniem przyczyny, dla których cele zostały osiągnięte na tym właśnie poziomie? b. Czy były to przyczyny leżące po stronie systemu realizacji Programu, czy przyczyny zewnętrzne wobec Programu? c. Czy stopień osiągnięcia celów Programu jest w Państwa opinii satysfakcjonujący? Jeśli tak, to dlaczego? Jeśli nie, to dlaczego? d. Czy osiągnięty poziom rezultatów Programu jest w Państwa opinii satysfakcjonujący? Jeśli tak, to których rezultatów i dlaczego? Jeśli nie, to których rezultatów i dlaczego? e. Czy Program cieszył się zainteresowaniem potencjalnych uczestników? Co zachęcało potencjalnych uczestników do udziału w Programie? Co zniechęcało potencjalnych uczestników do udziału w Programie? Jeśli identyfikowano trudności w rekrutacji, to czy modyfikowano działania, by były jak najskuteczniejsze? W jaki sposób?	
2.	**Problemy w trakcie wdrażania Programu i podejmowane wobec nich działania** – syntetyczne przedstawienie wniosków, jakie sformułowano w tym zakresie w trakcie dotychczasowych etapów badania.	do 20 minut
	Biorąc pod uwagę przedstawione wnioski: a. Biorąc pod uwagę Pana/i doświadczenia – jakie były wg Pana/i największe problemy we wdrażaniu Programu (realizacji)? b. Które działania podejmowane w odpowiedzi na wskazane problemy były z Państwa punktu widzenia najbardziej skuteczne? Co decydowało o skuteczności tych działań? c. Które działania podejmowane w odpowiedzi na wskazane problemy były z Państwa punktu widzenia najmniej skuteczne? Co decydowało o niższej skuteczności tych działań? *d.* Czy dostrzegają Państwo konieczność podejmowania innego rodzaju działań w odpowiedzi na wskazane problemy? Jakie to powinny być działania? Dlaczego byłyby według Państwa skuteczne?	
3.	**Efektywność kosztowa wsparcia udzielanego w ramach Programu** – syntetyczne przedstawienie wniosków, jakie sformułowano w tym zakresie w trakcie dotychczasowych etapów badania.	do 20 minut
	Biorąc pod uwagę przedstawione wnioski: a. Czy z Państwa punktu widzenia efektywność kosztowa Programu jest na odpowiednim poziomie? *b.* Czy należy podjąć jakieś działania, aby zwiększyć efektywność kosztową wsparcia udzielanego w ramach Programu? Jeśli tak, to jakiego rodzaju są to działania, na czym miałyby polegać?	

4.	**Trwałość efektów osiągniętych w ramach Programu** – syntetyczne przedstawienie wniosków, jakie sformułowano w tym zakresie w trakcie dotychczasowych etapów badania.	do 20 minut
	Biorąc pod uwagę przedstawione wnioski: a. Co ogólnie sądzi Pan/i na temat efektów, jakie uzyskali uczestnicy dzięki uczestnictwie w Programie? b. Czy są efekty, których trwałość powinna być w szczególności zwiększona? *c.* Czy są jakieś działania, które można podjąć, aby zwiększyć trwałość efektów osiągniętych w ramach Programu? Jakiego rodzaju są to działania, na czym miałyby polegać?	
5.	**Podsumowanie i wskazanie kluczowych rekomendacji** – podsumowanie postulowanych w trakcie wywiadu zmian dotyczących Programu.	do 30 minut
	Które ze sformułowanych przez Państwa propozycji zmian dotyczących Programu są z Państwa punktu widzenia najistotniejsze dla podnoszenia jego jakości? Które należy uznać za priorytetowe i dlaczego akurat te?	

Faza zakończenia dyskusji

Z mojej strony to już wszystko, o czym chciałam/em z Państwem porozmawiać. Czy chcielibyście Państwo coś jeszcze dodać od siebie? Jeśli nie, bardzo dziękuję za udział w badaniu.

Zamawiający:

Województwo Mazowieckie

ul. Jagiellońska 26

03-719 Warszawa

www.mazovia.pl