



**Autorska metoda pracy z osobami niepełnosprawnymi
intelektualnie z problemem otyłości II i III stopnia
„Stop Otyłości”.**

Spis treści

I.	Wstęp	3
II.	Opis metody.....	4
	1. Główne założenia	
	2. Zasady	
	3. Ramy czasowe	
	4. Wykorzystywane narzędzia	
III.	Opis zrealizowanych działań	16
IV.	Prezentacja badań wstępnych i końcowych	33
V.	Analiza wyników badań.....	50
VI.	Rekomendacje i zalecenia, w tym dla opiekunów osób zależnych.....	54
VII.	Wady i zalety metody.....	57
VIII.	Podsumowanie	59
IX.	Aneks zawierający wypracowane dokumenty i opisy w innowacji społecznej	60

Niech mottem do zmian stanie się fragment z książki „*Bez nóg, bez rąk, bez ograniczeń!*” autorstwa Nicka Vujicica :Weź odpowiedzialność za swoje życie, a następnie podejmij konkretne działania. Jednak zanim to zrobisz, najpierw musisz uwierzyć w siebie i w swoją wartość. Nie czekaj, aż inni dostrzegą Cię w Twojej kryjówce. Nie czekaj na cud lub „właściwą okazję”. Wyobraź sobie, że jesteś łyżką, a świat garnkiem, w którym przyrządzasz apetyczną potrawę – zamieszaj w nim!

Wstęp.

Stop otyłości” jest innowacyjnym rozwiązaniem pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, u których występuje problem otyłość II i III stopnia. Jest odpowiedzią na problem otyłości osób niepełnosprawnych intelektualnie, osób niesamodzielnych, ze znacznie ograniczoną mobilnością, gdzie występuje brak świadomości tego problemu, szczególnie wśród ich najbliższych, brak diagnozy i odpowiedniego postępowania, które zapobiegałoby pogłębianiu się problemu.

Należy pamiętać, że otyłość stanowi złożone schorzenie, które w bardzo istotny sposób powiązane jest z kolejnymi chorobami oraz postępującą niesprawnością funkcjonalną. Otyłość znacznie pogarsza jakość życia i skraca jego długość. Według najnowszych badań jest to obecnie najbardziej powszechna choroba w krajach rozwiniętych, do których również należy Polska.

Postępowanie w przypadku otyłości u osób niepełnosprawnych intelektualnie jest o wiele trudniejsze niż w przypadku innych osób. Motywacja do zachowań prozdrowotnych w postaci profilaktyki wydaje się być mało przekonującym argumentem dla tej grupy. Nie oznacza to bynajmniej, że nie istnieje u nich żadna możliwość zredukowania wagi ciała. Każda z tych osób stanowi nieco odmienny problem medyczny współistniejący z ich problemami socjalnymi, nieprawidłowymi stereotypami rodzinnymi. Przy leczeniu otyłości wymagana jest bezwzględna współpraca pomiędzy osobą otyłą, a jej środowiskiem.

Głównym założeniem opracowywanego rozwiązania było promowanie dostępu do profesjonalnego i kompleksowego wsparcia w miejscu zamieszkania osoby, zakładającego **edukację** oraz **narzędzie motywowania osoby z otyłością i jej najbliższego otoczenia**, zmierzającego do trwałej zmiany nawyków i stylu życia. Rozwiązanie obejmuje również **profilaktykę pogłębiania się problemu otyłości**, tak aby zapewnić jak najdłużej wsparcie środowiskowe i uniknąć umieszczenia osoby w instytucjonalnych formach opieki.

Z tego też względu implikowane rozwiązanie może przyczynić się do wzrostu jakości usług w odniesieniu do następujących kryteriów:

- w obszarze organizacyjnym – planowanie działań, kompetencje personelu, zbieranie opinii, bieżąca poprawa jakości działań, włączanie odbiorców rozwiązania w proces podejmowania decyzji i oceny efektów działań.
- w obszarze wymogów wobec samej usługi - zindywidualizowanie, podejście holistyczne, promowanie jakości życia, dostęp do wielodyscyplinarnego wsparcia.
- w obszarze orientacji na wynik – korzyści dla użytkowników, rejestrowanie wyników, analiza wyników.

I. Opis metody.

Podstawowym celem rozwiązania było implikowanie przeciwdziałania konieczności umieszczenia osoby w domu pomocy społecznej ze względu na brak możliwości opieki w domu rodzinnym na skutek pojawiającej się otyłości.

Na innowacyjność rozwiązania złożyły się następujące elementy:

- **Efektywność ekonomiczna : niższe koszty opieki nad osobą zależną.**
Utrzymanie osoby w DPS kosztuje około 3,0-4,0 tys. zł miesięcznie, z czego mieszkaniec domu pomocy zapłaci maksymalnie 70% swoich dochodów, najbliższa rodzina – zgodnie z zawartą umową z właściwym ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy Ośrodkiem Pomocy Społecznej często niewielką kwotę, a istotną część kosztów ponosi gmina, która dopłaca różnicę między średnim kosztem utrzymania w domu pomocy, a opłatami wnoszonymi przez mieszkańca lub jego bliskich.
- **Mobilność rozwiązania.**
Osoby, które ze względu na rodzaj niepełnosprawności i problem otyłości mające jednocześnie wiele problemów funkcjonalnych, będą korzystały z profesjonalnego, kompleksowego wsparcia w miejscu zamieszkania. Rozwiązanie nie wymaga dodatkowych nakładów czasu oraz zaangażowania i kosztów od rodziny/opiekuna, co w przypadku osób zależnych jest często barierą uniemożliwiającą zmianę dotychczasowej, niekorzystnej sytuacji.
- **Połączenie elementu edukacji i ograniczania skutków otyłości u osób niepełnosprawnych intelektualnie z profilaktyką** pogłębiania się problemu otyłości, tak aby zapewnić jak najdłużej wsparcie środowiskowe i uniknąć umieszczenia w instytucjonalnych formach opieki takich jak między innymi DPS.
- **Możliwość powszechnego wdrożenia.**
Rozwiązanie może być traktowane jako test szerszego programu, możliwego do wprowadzenia przez jednostki samorządu terytorialnego, którego celem jest także ograniczanie kosztów ponoszonych w związku z zapewnieniem opieki w domach pomocy społecznej mieszkańców danej gminy. Rozwiązanie można łatwo upowszechnić i wdrażać, nie wymaga ono skomplikowanych procedur jak również szczególnych nakładów organizacyjnych.
- **Nowatorstwo usługi - zindywidualizowanie podejście holistyczne**, promowanie jakości życia, dostęp do wielodyscyplinarnego wsparcia.

Z wypracowanego rozwiązania będą mogły skorzystać placówki wspierające i aktywizujące osoby niepełnosprawne intelektualnie w środowisku lokalnym, jak również personel placówek świadczących stacjonarną opiekę, wzmacniając swoje kompetencje i warsztat pracy.

W pierwszym etapie realizacji grupa specjalistów (dietetyk, pracownik socjalny, lekarz, rehabilitant, pielęgniarka, psycholog), opracowała koncepcję pracy, opartą na indywidualnej diagnozie potrzeb osób otyłych z niepełnosprawnością intelektualną i ich otoczenia. Następnie rozwiązanie zostało przetestowane na sześciuosobowej grupie odbiorców. Test zakładał zbieranie opinii zwrotnych od uczestników innowacji, bieżącą poprawę jakości działań, włączanie uczestników innowacji w proces podejmowania decyzji i oceny efektów działań.

Etapy realizacji Innowacji Społecznej:

- I. Etap przygotowawczy
 1. Diagnoza wstępna osoby niepełnosprawnej intelektualnie i jej otoczenia- wywiad pogłębiony indywidualny
 2. Badanie diagnostyczne uczestników innowacji.

- II. Etap testowania:
 1. Testowanie metody pracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie (wizyty specjalistów)
 2. Spotkanie podsumowujące połączone z warsztatami kulinarnymi dla osób niepełnosprawnych intelektualnie i ich opiekunów.

W drugim etapie podejmowanych działań założono uzyskanie ujemnego bilansu energetycznego poprzez stosowanie zaleceń dietetycznych, zwiększoną aktywność fizyczną, modyfikację zwyczajów żywieniowych.

Z medycznego punktu widzenia, istotą rzeczy była redukcja około 10% aktualnej masy ciała w okresie 3-5 miesięcy oraz zmniejszenie skali zaburzeń metabolicznych i towarzyszących otyłości komplikacji – nadciśnienia, cukrzycy, zaburzeń gospodarki cholesterolowej, zaburzeń oddechowych i sercowo-naczyniowych, (choroba niedokrwienna serca, udary mózgu, niewydolność serca). W rozwiązaniu uwzględniono procedury służące poprawie stanu psychicznego i socjalno-bytowego. Każde działanie zostało indywidualnie dostosowane do wieku, płci, stopnia zaawansowania otyłości i możliwości intelektualnych Uczestnika. Kolejnym celem, który jest znacznie trudniejszy do zrealizowania, jest utrzymanie uzyskanej redukcji masy ciała przez kolejne lata.

1. Główne założenia

Jednym z założeń opracowywanego rozwiązania było implikowanie dostępu do profesjonalnego i kompleksowego wsparcia w miejscu zamieszkania osoby zależnej, zakładającego edukację oraz narzędzie motywowania osoby z otyłością i jej najbliższego otoczenia, zmierzającego do trwałej zmiany nawyków i stylu życia.

Z tego też względu założeniem jego medycznej części stała się wielokierunkowa, regularna ocena stanu zdrowia w trakcie trwania procesu odchudzania. W czasie każdej konsultacji wykonywano pełne badanie lekarskie. Zwracano szczególną uwagę na podstawowe parametry życiowe badanych, stan i wydolność układu sercowo-naczyniowego, oddechowego, nerek i innych narządów, uwzględniając stosowanie diety redukcyjnej oraz fakt pozostawania w trakcie intensyfikacji wysiłku fizycznego i modyfikacji trybu życia. Uwzględniono również, w medycznej i psychologicznej ocenie, zdolność radzenia sobie Uczestnika i jego Rodziny z redukcją i modyfikacją diety oraz modyfikacją stylu życia. Szczególnej analizie poddawano badania laboratoryjne wykonywane u każdego z Uczestników na początku, w trakcie i na końcu trwania testowania metody.

Najkrócej, założenia rozwiązania można zdefiniować następująco:

- nawiązanie pozytywnych relacji z uczestnikami i ich rodzinami,
- określenie celów działania i możliwości ich realizacji,
- wzmocnienie jednostki / rodziny w pracy nad osiągnięciem zmian,
- przyswojenie nawyków żywieniowych,
- poprawa samopoczucia,
- poprawa kondycji zdrowotnej,
- wzbudzenie motywacji do osiągnięcia redukcja masy ciała,



- polepszenie jakości życia poprzez zwiększenie sprawności fizycznej, a w konsekwencji samodzielności i niezależności od otoczenia dzięki lepszej sprawności ruchowej,
- zmniejszenie dolegliwości bólowych związanych z nadmiernym obciążeniem układu ruchu, spowodowanym zwiększoną masą ciała,
- wypracowanie nawyku codziennej aktywności fizycznej,

W dalszej perspektywie jest ono również bardziej ekonomiczne, ponieważ służy przeciwdziałaniu otyłości, nie dopuszczając do konieczności korzystania z instytucjonalnych form wsparcia.

***Rekomenduje się aby ze względu na charakter rozwiązania oraz specyfikę beneficjentów ostatecznych, zaprosić do współpracy takich specjalistów, którzy z racji swojej specjalizacji i doświadczenia zawodowego byłiby w stanie odpowiedzieć na potrzeby rozwiązania i zapewnić zindywidualizowane podejście holistyczne beneficjentom ostatecznym projektu. Ważne również jest to, aby ich dotychczasowe doświadczenie zawodowe i miejsca pracy nie były związane tylko z placówkami działającymi w systemie pomocy społecznej i tym samym praca wyłącznie ze świadczeniobiorcami pomocy społecznej i ich rodzinami. Wyjątek może stanowić pracownik socjalny, który z założenia powinien być już znany grupie odbiorców i stanowić w pierwszej fazie realizacji rozwiązania, ogniwo łączące wszystkie strony. Różne miejsca pracy i zróżnicowana grupa odbiorców może dać szersze spojrzenie na problem otyłości u osób z niepełnosprawnością intelektualną i możliwość porównania środowisk, z których wywodzą się osoby, i które mogą stać się potencjalnymi świadczeniobiorcami usług opiekuńczych w środowisku czy w placówkach opieki całodobowej.**

2. Zasady.

Ponieważ osoby z niepełnosprawnością intelektualną mogą mieć trudności z przyswajaniem nowych wiadomości, a w następstwie mieć trudności z wykorzystaniem swojej wiedzy i umiejętności, w tym wypadku dotyczących zasad zdrowego odżywiania, przez cały czas zwracano uwagę na stopień przyswojenia i rozumienia przekazywanych im przez specjalistów informacji. Atutem rozwiązania było to, że działania przeprowadzono w znajomym dla nich otoczeniu, a w takim osoba z niepełnosprawnością intelektualną radzi sobie znacznie lepiej niż w środowisku obcym.

Członkowie mobilnego zespołu specjalistów w pełni akceptowali deficyty uczestników. Należy pamiętać, że kwestie kontaktów interpersonalnych są szczególnie ważne w pracy z osobami niepełnosprawnymi. Wzajemne, pozytywne relacje w procesie udzielania pomocy były podstawą do poprawy ich funkcjonowania społecznego. Praca specjalistów oparła się na równoległym uwzględnianiu w nim danej osoby i jej otoczenia. Dzięki temu możliwe było poszerzenie ich kompetencji i uzyskanie zadawalających wyników podejmowanych działań.

Dlatego:

- poznano środowisko życia,
- zaplanowano pracę socjalną odpowiednio do potrzeb i potencjału tego środowiska,
- realizowano wyznaczone zadania,
- na bieżąco oceniano uzyskane efekty,

Analogicznie do tego, wsparcie udzielane osobom niepełnosprawnym i im rodzinom polegało na stosowaniu takich form pracy, aby przez wykorzystanie istniejących i zachowanych sprawności wskazać najbardziej optymalną możliwość samodzielnego, aktywnego i twórczego życia.

W zależności od udzielanego wsparcia, podzielono je na:

- wsparcie informacyjne,
- wsparcie emocjonalne,
- wsparcie materialne (rzeczowe, finansowe),
- wsparcie przez świadczenie usług,
- wsparcie rozwoju,

W bezpośredniej pracy z uczestnikiem projektu zastosowano zasady:

- akceptacji – respektowano uczestnika jako osobę ze wszystkimi jego problemami i trudnościami,
- prawa do samostanowienia,
- indywidualizacji – każdego uczestnika traktowano indywidualnie – bez stosowania reguł i teorii,
- uczestnictwa - aktywny i świadomy udział uczestnika w projekcie i osiągnięciu celu,
- komunikacji – wzajemnego zrozumienia tendencji, wypowiedzi, ról i przedsięwzięć.

***Rekomendacje wynikające z procesu testowania:**

- **prowadzenie oddziaływań powinno odbywać się w miejscu zamieszkania odbiorcy, a w sytuacji nie wyrażenia przez niego na to zgody w miejscach wskazanych przez niego samego,**
- **udzielane wsparcie powinno być dostosowane do indywidualnych i rzeczywistych potrzeb Odbiorcy i jego środowiska rodzinnego.**
- **należy zaplanować równoległe wsparcie dla członków rodzin, szczególnie z problemem otyłości.**

3. Ramy czasowe

Etap przygotowania do testowania obejmował okres od 15.09.2017r. do 31.10.2017r.

W okresie tym została opracowana diagnoza wstępna osoby niepełnosprawnej intelektualnie i jej otoczenia- wywiad pogłębiony indywidualny oraz wykonano pierwszy pakiet laboratoryjnych badań diagnostycznych uczestników.

Etap testowania projektu odbywał się w okresie od 1.11.2017r. do 31.03.2018r.

Zgodnie z przyjętym harmonogramem w przeciągu 5 miesięcy zostały zrealizowane w zaplanowanej ilości, wizyty członków zespołu specjalistów w miejscu zamieszkania beneficjentów, a w uzasadnionych przypadkach miejscem spotkań był Środowiskowy Dom Samopomocy w Tomaszkowicach, którego byli uczestnikami.

Rozwiązanie zakładało:

- 15 godzin konsultacji z dietetykiem u każdego uczestnika (łącznie 90 godzin).
Podczas każdej konsultacji dietetyk uzupełniał dziennik postępów, zapisywał opis wykonanych zajęć będących częścią modelu pracy z osobą niepełnosprawną intelektualnie, wymiar czasowy spotkania, program spotkania i rekomendacje na przyszłość oraz uwagi uczestnika projektu.
- 14 godzin konsultacji z psychologiem u każdego uczestnika (łącznie 84 godziny).



- Podczas każdej wizyty psycholog uzupełniał dziennik postępów zapisywał opis sesji, wymiar czasowy spotkania, program spotkania i rekomendacje na przyszłość oraz uwagi uczestnika projektu.
- 9 konsultacji z lekarzem u każdego uczestnika innowacji społecznej (łącznie 54 godziny). Podczas każdej konsultacji lekarz uzupełniał dziennik postępów zapisywał wynik konsultacji, uwagi co do modyfikacji działań oraz rekomendacje lub przeciwwskazania do kontynuowania pracy w ramach testowania innowacji.
 - 18 godzin rehabilitacji każdego uczestnika (łącznie 108 godzin). Podczas każdej wizyty rehabilitant uzupełniał dziennik postępów, zapisywał opis wykonanych zajęć, wymiar czasowy spotkania, program spotkania i rekomendacje na przyszłość oraz uwagi uczestnika projektu.
 - 3 wizyty pielęgniarki u każdego uczestnika (łącznie 18 godzin). Podczas każdej wizyty pielęgniarka uzupełniała dziennik postępów, zapisywała opis wykonanych czynności, wymiar czasowy wizyt oraz uwagi uczestnika projektu.
 - 15 godzin konsultacji z pracownikiem socjalnym u każdego uczestnika (łącznie 90 godzin). Podczas każdej konsultacji pracownik socjalny uzupełniał dziennik postępów, zapisywał opis wykonanych zajęć będących częścią modelu pracy z osobą niepełnosprawną intelektualnie, wymiar czasowy spotkania i rekomendacje na przyszłość oraz uwagi uczestnika projektu.

Ze względu na czasową hospitalizację w końcowej fazie jego realizacji jednego z uczestników projektu, niewykorzystane z tego powodu godziny, zostały zrealizowane u pozostałych uczestników testu, u których zdiagnozowano zwiększone zapotrzebowanie na tego typu wsparcie, co pozwoliło w ostatecznym rozliczeniu na zbilansowanie wszystkich godzin konsultacji.

Dietetyk

- Uczestnik nr 1 - 16 godz.
- Uczestnik nr 2 - 16 godz.
- Uczestnik nr 3 - 15 godz.
- Uczestnik nr 4 - 12 godz.
- Uczestnik nr 5 - 15 godz.
- Uczestnik nr 6 - 16 godz.

Psycholog

- Uczestnik nr 1 - 14 godz.
- Uczestnik nr 2 - 15 godz.
- Uczestnik nr 3 - 14 godz.
- Uczestnik nr 4 - 12 godz.
- Uczestnik nr 5 - 15 godz.
- Uczestnik nr 6 - 14 godz.

Lekarz

- Uczestnik nr 1 - 10 konsul.
- Uczestnik nr 2 - 9 konsul.
- Uczestnik nr 3 - 9 konsul.
- Uczestnik nr 4 - 7 konsul.
- Uczestnik nr 5 - 10 konsul.
- Uczestnik nr 6 - 9 konsul.

Rehabilitant

- Uczestnik nr 1 - 18 godz.
- Uczestnik nr 2 - 18 godz.
- Uczestnik nr 3 - 19 godz.
- Uczestnik nr 4 - 14 godz.

- Uczestnik nr 5 – 19 godz.
- Uczestnik nr 6 – 20 godz.

Pielęgniarka

- Uczestnik nr 1 - 3 wizyty
- Uczestnik nr 2 - 3 wizyty
- Uczestnik nr 3 – 3 wizyty
- Uczestnik nr 4 – 2 wizyty
- Uczestnik nr 5 – 3 wizyty
- Uczestnik nr 6 – 3 wizyty

Pracownik socjalny

- Uczestnik nr 1 - 16 godz.
- Uczestnik nr 2 - 17 godz.
- Uczestnik nr 3 – 17 godz.
- Uczestnik nr 4 – 11 godz.
- Uczestnik nr 5 – 15 godz.
- Uczestnik nr 6 – 15 godz.

Zakończenie realizacji projektu miało miejsce w dniu 24.03.2018 roku. Wtedy to do odbyły się kilkugodzinne warsztaty kulinarne, na których podsumowano działania jakie były realizowane od listopada 2017 roku do marca 2018.

***Rekomendacje wynikające z procesu testowania:**

- **etap przygotowania powinien obejmować okres minimum sześciu tygodni, w trakcie których zostanie opracowana diagnoza wstępna osoby niepełnosprawnej intelektualnie i jej otoczenia - wywiad pogłębiony indywidualny oraz wykonany zostanie pierwszy pakiet laboratoryjnych badań diagnostycznych,**
- **etap realizacji bezpośrednich oddziaływań powinien obejmować okres 5 miesięcy, w którym zgodnie z przyjętym harmonogramem zostaną zrealizowane w zaplanowanej ilości, wizyty członków zespołu specjalistów,**
- **harmonogram wizyt powinien być na bieżąco modyfikowany co do częstotliwości i jednostkowego czasu trwania w zależności od występujących okoliczności i mobilności Odbiorcy, przy ich zbilansowaniu na zakończenie,**
- **zaplanowanie minimum dwóch spotkań zespołu specjalistów z Odbiorcami i ich rodzinami, które mają służyć wymianie informacji,**
- **uwzględnienie minimum dwóch superwizji grupowych dla zespołu specjalistów.**

4. Wykorzystane narzędzia.

Na podstawie sporządzonej diagnozy Odbiorców, zastosowano indywidualny dobór technik i form pracy, odpowiadający im możliwością pod względem zdrowotnym, sprawnościowym, intelektualnym. Wykorzystane narzędzia uwzględniły istniejące u nich specyficzne deficyty i braki. Z tego też powodu implikując rozwiązanie dopuszczono możliwość korekty narzędzi i odstępianie od wykorzystania, niektórych z nich w indywidualnej pracy z Odbiorcami jeżeli stan psychofizyczny na to nie pozwalał.

Intencją działań pracownika socjalnego w świadczonej pracy socjalnej było nawiązanie wzajemnych partnerskich relacji, które pozwoliły na zdobycie zaufania. Jednym z działań stały się jego wizyty w środowisku zamieszkania Odbiorcy, w czasie których techniką obserwacji, a także gromadzeniem informacji, było możliwe skonstruowanie obrazu zasobów rodziny, jej mocnych i słabych stron oraz

stopniowe planowanie celów, służących wzmocnieniu ich w codziennym funkcjonowaniu. W pracy z uczestnikiem zastosowane zostały również techniki analizy dokumentów, analiza twórczości i projekcji własnej uczestnika.

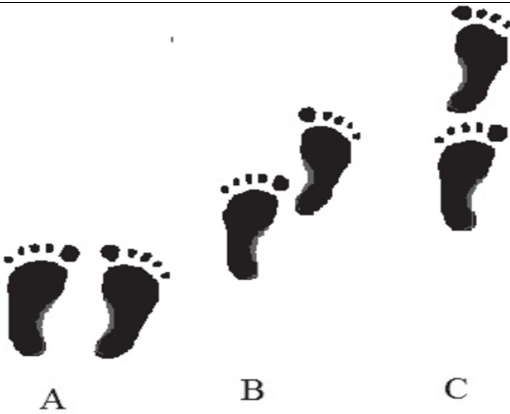
Zastosowana przez pracownika socjalnego metoda indywidualnego przypadku uwzględniała:

- a) określenie warunków życiowych uczestnika,
- b) wpływ na niego, jego otoczenia rodzinnego,
- c) motywację samego uczestnika,
- d) warunki mieszkaniowe,
- e) zasoby ekonomiczne,
- f) stan zdrowia,
- g) potrzeby egzystencjonalne oraz poziom ich zaspokojenia,
- h) możliwości wsparcia w zakresie pomocy społecznej adekwatnie do faktycznych potrzeb bytowych uczestnika,
- i) dokonanie analizy zasobów i deficytów środowiska rodzinnego.

Ocenę możliwości Uczestnika pod względem możliwości ruchowych dokonano na podstawie Testu opartego na SPPB

Narzędzia pomiarowe

Wstępny test pomiarowy	
Test oparty jest na SPPB test. Polega na wykonaniu trzech aktywności:	
1. Pozycja wyjściowa: siad na krześle. Ćwiczenie polega na jak najszybszym wstawaniu i ponownym siadaniu w czasie 30s.	
2. Test równowagi: Pozycja wyjściowa to stanie obunóż, stopa wykroczna ustawiona przed stopą tak aby pięta bezpośrednio dotykała palców nogi zakrocznej. Sprawdzenie czy badani utrzymają równowagę w tej pozycji ponad 12s.	
3. Test 3m. Test polega na pokonaniu drogi 3m. po wstaniu z krzesła z pozycji siedzącej, ponownym siadzie na krześle, powstaniu i powrocie do pozycji wyjściowej – siadu na krześle. Test ten wykonany był w celu czy test SPPB będzie adekwatny dla testowanej grupy.	
Test SPPB	
<i>Punkty</i>	<i>Czas uzyskany podczas próby</i>
<i>Wstawanie z krzesła</i>	
0	Nie jest w stanie wykonać
1	>16,7s
2	16,6-13,7s
3	13,6-11,2
4	<11.1s
<i>Test Równowagi</i>	
0	Stopy obok siebie 0-9s, lub nie jest w stanie wykonać
1	Stopy obok siebie w wyroku, <10s. w wyroku
2	Pozycja w wyroku 10s. stopa ustawiona za stopą 0-2s.
3	Pozycja w wyroku 10s. lub stopa ustawiona za stopą 3-9s.

4	<i>Stopa ustawiona za stopą 10s</i>	 <p>Rycina 1. Ustawienie stóp w różnych pozycjach przyjmowanych przez badanego w teście równowagi w ramach SPPB: A – pozycja <i>Side-by-side</i> (stopy obok siebie), B – pozycja <i>Semi Tandem Stand</i> (pozycja w wykroku), C – pozycja <i>Tandem Stand</i> (stopa ustawiona za stopą).</p> <p>Figure 1. Foot standing in various positions in balance assessment in SPPB: A – <i>Side-by-side</i>, B – <i>Semi Tandem Stand</i>, C – <i>Tandem Stand</i>.</p>																				
<i>Szybkość chodu na dystansie 4 metrów</i>		<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="798 857 917 896"><i>Wyniki</i></th> <th data-bbox="917 857 1396 896"><i>Klasyfikacja</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="798 896 917 929">0</td> <td data-bbox="917 896 1396 929"><i>Badany nie jest w stanie wykonać próby</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 929 917 963">1</td> <td data-bbox="917 929 1396 963"><i>8,7s i <</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 963 917 996">2</td> <td data-bbox="917 963 1396 996"><i>6,29 – 8,7</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 996 917 1030">3</td> <td data-bbox="917 996 1396 1030"><i>4,82 – 6,29</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1030 917 1064">4</td> <td data-bbox="917 1030 1396 1064"><i>4,81 i mniej</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1064 917 1097">0-3</td> <td data-bbox="917 1064 1396 1097"><i>Ciężkie ograniczenia</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1097 917 1131">4-6</td> <td data-bbox="917 1097 1396 1131"><i>Umiarkowane ograniczenia</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1131 917 1164">7-9</td> <td data-bbox="917 1131 1396 1164"><i>Łagodne ograniczenia</i></td> </tr> <tr> <td data-bbox="798 1164 917 1198">10-12</td> <td data-bbox="917 1164 1396 1198"><i>Brak ograniczeń</i></td> </tr> </tbody> </table>	<i>Wyniki</i>	<i>Klasyfikacja</i>	0	<i>Badany nie jest w stanie wykonać próby</i>	1	<i>8,7s i <</i>	2	<i>6,29 – 8,7</i>	3	<i>4,82 – 6,29</i>	4	<i>4,81 i mniej</i>	0-3	<i>Ciężkie ograniczenia</i>	4-6	<i>Umiarkowane ograniczenia</i>	7-9	<i>Łagodne ograniczenia</i>	10-12	<i>Brak ograniczeń</i>
<i>Wyniki</i>	<i>Klasyfikacja</i>																					
0	<i>Badany nie jest w stanie wykonać próby</i>																					
1	<i>8,7s i <</i>																					
2	<i>6,29 – 8,7</i>																					
3	<i>4,82 – 6,29</i>																					
4	<i>4,81 i mniej</i>																					
0-3	<i>Ciężkie ograniczenia</i>																					
4-6	<i>Umiarkowane ograniczenia</i>																					
7-9	<i>Łagodne ograniczenia</i>																					
10-12	<i>Brak ograniczeń</i>																					

Zastosowane rodzaje aktywności:

<p>Ćwiczenia kształtujące</p> <p>Najbardziej podstawowe elementy ćwiczeń gimnastycznych, pełnią funkcję ćwiczeń ogólnorozwojowych, ich podstawowym zadaniem jest:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. rozwijanie mięśni szkieletowych pod względem długości, siły i elastyczności 2. zwiększanie ruchomości stawów 3. zwiększanie elastyczności więzadeł, torebek stawowych i ścięgien 4. kształtowanie prawidłowej postawy ciała 5. przygotowanie do zasadniczej części treningu
<p>Ćwiczenia wzmacniające</p> <p>Ćwiczenia powodujące rozrost włókien mięśniowych oraz ich przyczepów.</p>
<p>Ćwiczenia koordynacyjne</p> <p>Ćwiczenia poprawiające równowagę oraz poczucie położenia ciała w przestrzeni, poprzez zaktywizowanie i wzmocnienie mięśni głębokich ciała.</p>
<p>Ćwiczenia wytrzymałościowe</p> <p>Ćwiczenia polegające na wydłużeniu czasu w jakim mięsień poddawany jest obciążeniu, lub zwiększaniu obciążenia w czasie jednostki treningowej.</p>
<p>Ćwiczenia rozciągające</p> <p>Ćwiczenia stosowane w części końcowej treningu, pozwalają na zachowanie prawidłowej elastyczności i długości mięśni, więzadeł i ścięgien.</p>
<p>Ćwiczenia poprawiające stabilizację centralną</p> <p>Ćwiczenia bazujące na zwiększeniu siły i wytrzymałości na obciążenia mięśni głębokich tułowia. Polepszenie funkcji mięśni tej okolicy pozwala na zdecydowanie zmniejszenie ryzyka urazów i bólu kręgosłupa lędźwiowego.</p>
<p>Trening kardio</p>



Trening kardio, zwany też **treningiem wytrzymałościowym**, to forma ćwiczeń mająca na celu poprawę wydolności serca. Polecana jest wszystkim osobom, bez względu na wiek czy poziom wydolności fizycznej. Trening kardio pomaga schudnąć, zbawiennie działa na układ krążenia, dotlenia i pozytywnie wpływa na funkcjonowanie całego organizmu. Największe korzyści z treningu kardio mogą uzyskać osoby odchudzające się, ponieważ w czasie długiego wysiłku organizm czerpie najwięcej energii ze zgromadzonych zapasów tłuszczu.

Elementy metody pilates

System ćwiczeń fizycznych, którego jest rozciągnięcie i uelastycznienie wszystkich mięśni ciała, metoda ta przyczyniać się ma do: wzmocnienia mięśni bez ich nadmiernego rozbudowania, odciążenia kręgosłupa, poprawy postawy, uelastycznienia ciała, obniżenia poziomu stresu oraz ogólnej poprawy zdrowia osób ćwiczących.

Strething

Zestaw ćwiczeń fizycznych polegający na rozciąganiu mięśni celem zwiększenia ich długości i uelastycznienia, a także poprawieniu ukrwienia układu motorycznego.

Koncepcja nordic walking

Forma rekreacji polegająca na marszach ze specjalnymi kijami, w porównaniu ze zwykłym chodem, uprawiający nordic walking spala przeciętnie od 20 do 40% więcej kilokalorii. Kijki pomagają również w utrzymaniu lepszej postawy, równowagi i stabilności podczas chodu w trudnym terenie.

Wykorzystywane do ćwiczeń przyrządy:

Taśma theraband

Gumowa taśma zastosowana jako obciążenie dająca liniowy progresywny przyrost oporu, Zastosowanie: przyrost siły mięśniowej, zwiększenie zakresu ruchu, poprawa kondycji i koordynacji.

Pilka szwedzka

Służy do: wzmocnienia mięśni grzbietu, zwiększenia zakresu ruchomości w stawach, poprawy kondycji i koordynacji, leczenia schorzeń neurologicznych, a także do korekcji wad postawy.

Stepper

Stepper jest urządzeniem wykorzystywanym do ćwiczeń aerobowych, pozwalającym na skuteczne rzeźbienie mięśni nóg oraz pośladków. Dzięki temu urządzeniu możliwe jest także zrzucenie zbędnych kilogramów. Poprzez regularnie wykonywane ćwiczenia można poprawić pracę układu oddechowego i układu krążenia. Urządzenie to pozwala również na lepsze poczucia równowagi oraz przynosi znaczną poprawę samopoczucia.

Kije do nordicwalking

Kijki z amortyzacją i regulacją długości odpowiednio do wzrostu beneficjenta.

Krokomierz

Krokomierz, inaczej pedometr, jest to proste, elektroniczne urządzenie służące do liczenia kroków.

Zastosowane metody terapeutyczne:

Terapia manualna – system pacy z pacjentem wykorzystujący elementy diagnostyczno terapeutyczne, w celu rozróżnienia zaburzonej tkanki – mięśniowej, nerwowej lub stawowej – i konsekwentnie do diagnozy podjęcia terapii na danej strukturze.

Kisiology taping – działanie terapeutyczne poprzez naklejanie specjalnych elastycznych bawełnianych taśm w celu usprawnienia działania mięśni, działania przeciwbólowego czy usprawniającego krążenie w obrębie zmienionej chorobowo tkanki.

Masaż – jest to zespół ruchów wywierających ucisk na tkanki i polega on na wykorzystaniu określonych ruchów w określonym tempie i z odpowiednią siłą zgodnie z przebiegiem mięśni, tkanek, naczyń krwionośnych i limfatycznych, od ich obwodu do serca.

Terapia wisceralna – terapia wykonywana w obrębie narządów jamy brzusznej, przywracająca odpowiednie funkcjonowanie, ukrwienie, rozluźnienie, wydzielanie narządów jamy brzusznej.

Terapia NAP – terapia nacelowana na odbudowę prawidłowych wzorców ruchowych, poprzez wykorzystanie plastyczności tkanki mięśniowo nerwowej oraz kostno stawowej.

Terapia Miofascial Release – zespół technik mających na celu uwolnienie tkanki powięziowej od wszelkich zaburzeń mobilności (restrykcji) poprzez zastosowanie adekwatnych chwytów i manewrów manualnych.

Ponieważ ze względu na grupę docelową i charakter rozwiązania, przewidziano w zespole specjalistów również lekarza, w swoich działaniach oprócz standardowych wizyt lekarskich w ramach, których konsultował Uczestnika, monitorował również ich proces zdrowienia oraz starał się eliminować ewentualne zagrożenia.

W tym celu skorzystał z badań przesiewowych, sprawdzających stan zdrowia uczestników. W skład pakietu wchodziły następujące badania: mocza, morfologia, kreatynina, glukoza, cholesterol całkowity, HDL, LDL, Trójglicerydy, AlAT, AspAT, FT4, TSH.

Pielęgniarka, podczas wizyt kontrolnych, w trakcie których pobierała materiał do badań laboratoryjnych dokonywała również pomiaru ciśnienia i poziomu glukozy.

Do tego celu zakupiono aparat do mierzenia ciśnienia oraz **GLUKOMETR GLUCOSENSE PRO ZESTAW**- posiadający funkcję autokodowania, wyposażony w nakłuwacz i jednorazowe lancety,

Posiada:

- duży, podświetlany ekran
- zapis pomiarów na czczo i po posiłku
- 4 alarmy przypomnienia badania
- pamięć 450 pomiarów wraz z datą i godziną
-

W skład zestawu wchodzi:

- Glukometr Glucosense® Pro
- Instrukcję obsługi
- Etui
- Skróconą instrukcję obsługi
- Dzienniczek samokontroli
- Nakłuwacz Glucosense®/iXell®
- Bateria alkaliczna AAA 1 szt.
- 2 poziomy płynu kontrolnego (stężenie wysokie i normalne) Glucosense®/iXell®
- Sterylne lancety Glucosense®/iXell®- 10 sztuk

Dane techniczne:

- Pomiar biosensoryczny
- kalibracja osocza krwi
- zakres pomiaru 20 – 600 mg/dl (1,1 – 33,3 mmol/l)
- czas pomiaru 10 sekund
- wymagana ilość krwi 1,8 µl
- pojemność pamięci 450 pomiarów wraz z datami i godzinami
- wyliczanie średnich pomiarów z 7/14/21/28/60/90 dni
- warunki pomiarowe 10°C- 40°C
- tryb uśpienia ogranicza zużycie energii do poziomu poniżej 20 µA
- wykrywanie elektrod wkładanego paska automatyczne
- wykrywanie wprowadzenia próbki automatyczne
- odliczanie czasu reakcji automatyczne



- wyłączenie przy bezczynności automatyczne po 3 minutach
- zasilany baterią AAA 1,5v
- gwarancja bezterminowa
- wymiary 89,8 mm (dł.) x 52,5 mm (szer.) x 17,3 mm (wys.);
- waga 46,6 g

Paski do glukometru – 3 zestawy po 50 szt., przeznaczone do pomiaru glukozy we krwi przy pomocy elektronicznego glukometru.

Dietetyk dokonał pomiarów antropometrycznych i pomiaru bioimpedancji przy pomocy zakupionych przyrządów, tj.:

- wzrostomierza,
- centymetra krawieckiego służącego do zmierzenia obwodów ciała,
- fałdomierza - **BODY FAT CALIPER** – **plastic-** aparatu do pomiaru tkanki tłuszczowej w organizmie. Przeznaczony głównie do pomiarów w części brzusznej ciała człowieka. Umożliwia wykonanie pomiarów w innej części ciała np.: talia, uda, bicepsy, klatka piersiowa. Wielkość 16,5 x 10 x 0,5 cm. Waga 22 g.
- **Mobilnego analizatora składu masy ciała i wagi TANITA BC-1000 WH + ANT Stick + Program GMON Consumer [zestaw]** – posiadającego 4 elektroniczne sensory oraz specjalne algorytmy, które określają skład ciała. Wykonywany pomiar obejmuje masę ciała, zawartość tkanki tłuszczowej, masę mięśniową, masę kostną, beztłuszczowa masę ciała, wskaźnik masy (BMI) Tłuszcz trzewny, dzienny pobór kalorii oraz zawartość wody w organizmie. Sprzęt ma możliwość zapisu 8 profili użytkowników oraz gwarancję na 36 miesięcy.

Parametry:

- Maksymalne obciążenie 200 kg
- Wiek badanej osoby 7-99 lat
- Dokładność pomiaru 100 gram
- Metoda pomiaru Tetrapolarna (4 elektrody)
- Rozmiary urządzenia 43.9 cm x 47.2 cm
- Masa urządzenia 3,5 kg
- Tryb sportowiec
- Tryb gość
- Przywołanie ostatniego pomiaru historia pomiarów w programie GMON
- Ilość profili 8 w programie GMON
- Technologia BIA
- Interfejs ANT+
- Zasilanie baterie 4xAA

Parametry pomiaru:

- Masa ciała
- Indeks Masy Ciała (BMI)
- Masa Tkanki Tłuszczowej (kg)
- Tkanka Tłuszczowa % (BF%)
- Wskaźnik Tkanki Tłuszczowej Wisceralnej
- Całkowita Masa Mięśni (kg)

- Całkowita Masa Mięśni (%)
- Masa Mięśni Szkieletowych
- Całkowita Zawartość Wody w Organizmie % (TBW%)
- Całkowita Zawartość Wody (TBW) kg
- Masa Tkanki Beztłuszczowej (kg)
- Wiek Metaboliczny
- PPM - Podstawowa Przemiana Materii (BMR)
- Masa Mineralów Kostnych
- Ustawianie Celów
- Wartości docelowe
- Funkcja pomiaru tylko masy ciała
- Dzielne Zapotrzebowanie Kalorii DCI

Do zajęć kulinarnych wykorzystał zakupione dla każdego uczestnika projektu **Elektryczne patelnie grillowe AIGOSTAR 1800W** z nieprzywierającą powłoką. Unikalna konstrukcja wylotu wytopionego tłuszczu zapewniała zdrową dietę, a niezależna konstrukcja grilla zapewniała łatwy demontaż i czyszczenie.

Parametry:

- Funkcje pieczenia/grillowania/rozmrażania: mięso, naleśniki, szynka, warzywa, ryby, krewetki, jaja sadzone
- Regulacja temperatury
- Rozmiar L405XW276XH88mm
- Materiał wykonania Aluminium & PF
- Waga 3.0 kg
- Gwarancja 2 lata

Narzędziem stosowanym przez dietetyka była również dieta cholesterolowa, która opierała się na doborze produktów, potraw i technik kulinarnych mających na celu obniżenie poziomu cholesterolu całkowitego, frakcji LDL i trójglicerydów. Polegała na ograniczeniu lub wyeliminowaniu produktów wpływających na podwyższenie cholesterolu LDL, które jednocześnie obniżają „dobry” cholesterol HDL. Ilość spożywanego tłuszczu pokrywała zapotrzebowanie energetyczne osoby w zależności od jej masy ciała. Ponieważ miano do czynienia z osobami z nadwagą lub otyłością olbrzymią, dieta została zmodyfikowana i dostosowana do występujących potrzeb, a całkowita ilość tłuszczu w diecie obniżona do takiego poziomu aby możliwa była utrata zbędnych kilogramów.

Dieta niskocholesterolowa zakładała przede wszystkim eliminację tłuszczu pochodzenia zwierzęcego (np. masło, smalec, słonina, boczek), na korzyść tłuszczu roślinnego spożywanego na surowo (oleje roślinne, oliwa), ponieważ fitosterole roślinne zawarte w olejach roślinnych zwalczają nadmiar cholesterolu, a owoce i warzywa dostarczają witamin antyoksydacyjnych, pomocnych w walce z wolnymi rodnikami.

Włączono suszone owoce, warzywa strączkowe i pełnoziarniste produkty zbożowe (pieczywo, kasze, ryż), zawierające błonnik, zapobiegający odkładaniu się złogów cholesterolu w naczyniach krwionośnych.

Wprowadzono dania z chudych ryb, które były źródłem niezbędnych nienasyconych kwasów tłuszczowych podnoszących poziom dobrego cholesterolu HDL, obniżając frakcję LDL. Zalecono zjadanie ich pod różną postacią 3 razy w ciągu tygodnia.

Ponieważ cholesterol dostarczany wraz z dietą nie powinien przekroczyć ilości 300 mg w ciągu dnia, masło uległo ograniczeniu do ilości 5g dziennie, ser do 30g dziennie a jajka do 3 sztuk tygodniowo. Wybierając produkty nabiałowe jak mleko, sery, jogurty, twarogi sięgano po te, o obniżonej zawartości tłuszczu. Jeżeli chodzi o spożywanie mięsa, to zalecono białe mięso z kurczaka i indyka

oraz sporadycznie wieprzową szynkę i polędwicę jako źródło również dostarczające pełnowartościowego białka.

Owoce były spożywane w ilości 2 sztuk dziennie natomiast warzywa bez ograniczeń.

Technikami przygotowywania potraw zalecanymi w diecie niskocholesterolowej było gotowanie w wodzie, na parze, duszenie, pieczenie oraz okazjonalnie smażenie bez dodatku tłuszczu.

W badaniu psychologicznym w zależności od możliwości intelektualnych Uczestników zastosowane zostały następujące narzędzia: Skala Oceny SESM. Rosenberga i Kwestionariusz Pomiaru Depresji.

Kwestionariusz do badania ogólnego poziomu samooceny.

Skala jest narzędziem jednowymiarowym pozwalającym na ocenę poziomu ogólnej samooceny - względnie stałej dyspozycji rozumianej jako świadoma postawa (pozytywna lub negatywna) wobec Ja. Składa się z 10 stwierdzeń diagnostycznych. Badany miał za zadanie wskazać na czterostopniowej skali, w jakim stopniu zgadzał się z każdym z tych stwierdzeń.

Kwestionariusz pomiaru depresji

Opis: Kwestionariusz składa się z 75 stwierdzeń, do których badany ustosunkowuje się na 4 - stopniowej skali odpowiedzi. Pozycje dobierane były tak, by odzwierciedlały podstawowe objawy związane z obniżeniem nastroju, takie jak utrata energii, anhedonia, myśli samobójcze, pesymizm i poczucie winy. Wyniki ujmowane są na pięciu skalach: *Deficyty poznawcze i utrata energii (DPUE)*, *Myślenie o śmierci, pesymizm i alienacja (MSPA)*, *Poczucie winy i napięcie lękowe (PWNL)*, *Objawy psychosomatyczne i spadek zainteresowań (OPSZ)*, *Samoregulacja (SR)*. Ponadto oblicza się wynik łączny, który jest sumą rezultatów uzyskanych w skalach *DPUE*, *MSPA*, *PWNL* i *OPSZ* i który stanowi ogólny wskaźnik nasilenia objawów depresyjnych.

***Rekomendacje wynikające z procesu testowania:**

- katalog, powinien uwzględniać narzędzia, które będą mogły być stosowane zamiennie w zależności od stanu zdrowia i możliwości intelektualnych Odbiorcy. Zaleca się uwzględnienie w nim między innymi wagi lekarskiej, wzrostomierza, pilek rehabilitacyjnych, kijków do nordic walking i filtrów do wody. Te ostatnie będą przydatne osobom o niskim dochodzie, dla których zakup wody mineralnej w rekomendowanych ilościach jest za dużym obciążeniem finansowym.

II . Opis zrealizowanych działań.

Przeprowadzono pełne badanie lekarskie u wszystkich Uczestników. Przeprowadzono także trzykrotnie u każdego z nich analizę badań laboratoryjnych: morfologia krwi, wydolność nerek, wątroby, elektrolity, glukoza, lipidogram, badanie ogólne moczu, oznaczano hormony tarczycy.

W razie potrzeby podjęto działania interwencyjne, zalecając dodatkową diagnostykę laboratoryjną, obrazową (ultrasonografia) oraz konsultacje u lekarzy specjalistów. W przypadku stwierdzonych istotnych nieprawidłowości, zmodyfikowano prowadzone wcześniej leczenie. Odbywało się to we współpracy z pracownikiem socjalnym - członkiem zespołu specjalistów, który miał za zadanie nadzorować proces rejestracji i ustalenia terminów konsultacji medycznych, a w razie potrzeby w nich uczestniczył.

Ponieważ grupa Odbiorców była bardzo zróżnicowana, realizowane działania dostosowano do ich indywidualnych możliwości. W grupie były trzy osoby niepełnosprawne intelektualnie w stopniu umiarkowanym, z czego dwie osoby nie umiały czytać ani pisać. Jedna z nich funkcjonowała na poziomie upośledzenia w stopniu lekkim. Były to osoby bezkrytyczne, bez wglądu w siebie, nierozumiejące własnych potrzeb i emocji, z dużymi trudnościami komunikacyjnymi i z bardzo małym zasobem wiedzy. Z tego też powodu niemożliwe było w ich przypadku przeprowadzenie badań psychologicznych w formie Kwestionariusza Kontroli Depresji i Skali Samooceny Rosenberga a także Skali Oddziaływań Psychologicznych / dotyczyło to dwóch osób, w tych przypadkach zrezygnowano z badań poziomu depresji i samooceny a Skalę Oddziaływań Psychologicznych wykonano podczas rozmowy z matkami badanych na początku i na końcu projektu, prosząc je o ocenę poszczególnych sfer. Z trzema osobami niepełnosprawnymi intelektualnie w stopniu umiarkowanym, głównie pracowano przy użyciu metod obrazkowych i innych pomocy dydaktycznych w zakresie zdobycia wiedzy na temat zdrowego odżywiania. Starano się, aby badany poznał zdrowe produkty, umiał je nazwać i wiedzieć jak je najlepiej spożywać. Mówiono też wiele o niezdrowych produktach żywieniowych, takich jak produkty wysoce przetworzone czy o dużej zawartości tłuszczu. Zwrócono uwagę na zawartość soli i cukru w zjadanych pożywieniach, również na ich negatywnym wpływie na zdrowie a także poruszono temat znaczenia ilości wypijanej dziennie wody w codziennej diecie. Pracowano nad wyrobieniem nowych, prawidłowych nawyków żywienia i aktywności fizycznej, wielokrotnie powtarzając zadania z tego zakresu. Zwrócono uwagę na wypracowanie trwałych zmian i kontynuowanie w przyszłości nabytych umiejętności.

Zgodnie z założeniem rozwiązania, pracę socjalną na rzecz uczestników przedsięwzięcia i ich rodzin świadczone w miejscu zamieszkania tych osób. Wizyty pracownika socjalnego w środowisku domowym związane były z potrzebą rozpoznania funkcjonowania rodziny w jej naturalnym środowisku jak również dostrzeżenia relacji i więzi rodzinnych, sposobu komunikowania, wzajemnych zależności oraz poziomu zabezpieczenia podstawowych potrzeb bytowych tj; warunków mieszkaniowych i ekonomicznych. Kontakt z uczestnikami i ich rodzinami poszerzony został o dodatkowe inicjatywy wynikające z sukcesywnie rozpoznawanych możliwości i potrzeb w trakcie realizacji rozwiązania. Intencją działań pracownika socjalnego stało się nawiązanie relacji z uczestnikami i ich rodzinami w takim zakresie, który umożliwił uruchomienie właściwych działań wspierających przy absolutnej akceptacji pomysłów i wskazywanych rozwiązań. Spotkania odbywały się głównie w domach uczestników, ale też na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy w Tomaszkowicach oraz innych miejscach ustalonych z uczestnikami i ich opiekunami. Motywując uczestników do współpracy, pracownik socjalny inicjował różnego rodzaju atrakcje w postaci wspólnych spacerów, upominków świątecznych (sponsorowanych przez Gminny Ośrodek Pomocy Społecznej w Biskupicach), wycieczek krajoznawczych i kulturowych, poświęcania czasu na wybór lektur o wybranej przez beneficjenta tematyce. Działania te miały na celu uniknięcie monotonii którą powodowałyby przewidywalność i schematyczność przebiegu spotkań. W procesie stopniowo rozpoznawanych problemów życiowych i zdrowotnych uczestników, pogłębiano pracę socjalną w sposób nieinwazyjny i rozłożony w czasie ale jednak skuteczny, motywujący do zmian, wspierający w podejmowanych decyzjach. Pracownik socjalny towarzyszył osobom w trudnych sytuacjach oraz przedsięwzięciach podjętych we współpracy z nim – np. wizytach lekarskich. Był również edukatorem w zakresie zdrowego i higienicznego trybu życia. W trakcie spotkań rodzinnych podejmowano rozmowy profilaktyczne dotyczące promowania zdrowego trybu życia, wskazano na konieczność dbania o stan zdrowia, jakość żywienia, motywowano do czynnego spędzania czasu wolnego dla zachowania kondycji fizycznej. Podejmowano także rozmowy przybliżające rodzinom przepisy z zakresu Ustawy - Kodeks Rodzinny i Opiekuńczy oraz ustaw prorodzinnych i przysługujących na ich mocy świadczeń, jak również innych przepisów prawa, których znaczenie było istotne w kwestii zabezpieczenia przyszłości osób niepełnosprawnych (np. prawo spadkowe). Nawiązywano współpracę z właściwymi instytucjami, celem udzielenia pomocy adekwatnie do zdiagnozowanych potrzeb bytowych i zdrowotnych. W indywidualnym kontakcie z uczestnikiem kierowano się zasadą:

- ◆ akceptacji - polegającej na respektowaniu uczestnika jako osoby ze wszystkimi jego problemami i trudnościami, uwzględnianiu jego możliwości i ograniczeń,
- ◆ prawa do samostanowienia, indywidualizacji każdego uczestnika bez narzucania zadań i presji,
- ◆ świadomego, dobrowolnego i aktywnego udziału w przedsięwzięciu,
- ◆ stosowania prawidłowych metod komunikacji, polegających na jasnym przekazie wypowiedzi podejmowanych ról i przedsięwzięć.

Uczestnicy i ich rodziny zapoznane z założeniami rozwiązania, etapami jego realizacji, wyraziły gotowość do podjęcia wyzwania, akceptując formę domowych spotkań, harmonogram planowanych działań i jego ram czasowych.

W sześciuosobowej grupie jedna z uczestniczek preferowała inny tryb spotkań, sugerując spotkania wyłącznie na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy. Uczestniczka nie zaakceptowała proponowanych przez specjalistów projektu wizyt domowych. W czasie realizacji spotkań z pracownikiem socjalnym wyjątkowo przyjęła zaproszenie do restauracji znajdującej się w sąsiedztwie jej domu rodzinnego, a także do siedziby Ośrodka Pomocy Społecznej. Matka uczestniczki zaprezentowała wyraźny dystans do współpracy z zespołem specjalistów, ograniczając się do okolicznościowych spotkań na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy oraz kontaktów telefonicznych. W pozostałych przypadkach uczestnicy i członkowie rodzin wyrażali czynne zainteresowanie udziałem w projekcie. Przebieg i organizacja spotkań odbywało się w przyjaznej atmosferze, uzależnione były jednak od kondycji psychofizycznej uczestników, jak również ich indywidualnych preferencji. Działania pracownika socjalnego skierowane były głównie do uczestników projektu, ale w oparciu o diagnozę rodziny obejmowały także pozostałych członków rodziny poprzez świadczenie pracy socjalnej, pomocy finansowej i poradnictwa z zakresu przysługujących uprawnień. Diagnozę sytuacji życiowej i potrzeb bytowych uczestników sporządzono na podstawie wypowiedzi poszczególnych członków rodziny oraz zgromadzenia danych w personalnym kwestionariuszu osobowym. W czasie przebiegu spotkań do uzupełnienia diagnozy wykorzystano technikę obserwacji środowiska rodzinnego i analizę dokumentów dotyczących sytuacji zdrowotnej i ekonomicznej członków rodziny. Problemy ekonomiczne i trudności w organizacji spraw życiowych omawiano z pracownikami socjalnymi Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej wskazując obszary deficytów, sugerując podejmowanie działań wspierających na rzecz tych rodzin. Spostrzeżenia i dominujące problemy uczestników omawiano z zespołem specjalistów współpracujących ze sobą w ramach realizacji projektu. Nieodłącznym elementem pracy socjalnej było sukcesywne planowanie i realizacja działań w zakresie spraw socjalnych poprawy kondycji zdrowotnej, wykonywania zaleconych badań diagnostycznych, utrwalania właściwych nawyków żywieniowych oraz motywowania do sumiennego wykonywania zaleceń w zakresie usprawniania ruchowego przeprowadzanego przez fizjoterapeutę.

W trakcie prowadzenia dokumentacji opisowej ustalano priorytety i zgodnie z założeniem projektu weryfikowano postępy i osiągnięcia.

Pierwsze indywidualne spotkania dietetyka w domu uczestnika wraz z jego rodziną miały na celu pogłębienie wiedzy na temat stanu zdrowia uczestników, przebytych chorobach, przyjmowanych lekach oraz ich dawkach. Bardzo pomocne stały się konsultacje z członkami rodziny, którzy byli w posiadaniu dokumentacji medycznej.

W trakcie kolejnych spotkań na bieżąco były monitorowane postępy we wdrażaniu zaleceń dietetycznych, analizowanie uzyskanych efektów, poprawa błędów żywieniowych, uświadamianie o ważności przestrzegania wskazówek dietetycznych. Dalsze działania również miały na celu edukację w zakresie interakcji produktów spożywczych z przyjmowanymi lekami oraz naukę czytania etykiet na produktach spożywczych. Każdorazowo dietetyk dokonywał pomiarów składu masy ciała i omawiał wyniki z uczestnikiem. Do obowiązków dietetyka należała edukacja z zakresu przygotowywania potraw. Do tego celu między innymi służyły zakupione w ramach testowania elektryczne patelnie grillowe.

Obróbka cieplna produktów spożywczych przy użyciu grilla elektrycznego to jedna z najlepszych metod przygotowywania posiłków w warunkach domowych. Grillowanie może odbywać się bez użycia niepotrzebnego tłuszczu, który jest zbyt często stosowany podczas procesu smażenia. Ograniczenie podaży tłuszczu w codziennej diecie to jedno z zaleceń dietetycznych wszystkich uczestników projektu. Patelnie grillowe, które posłużyły do przygotowywania warzyw oraz mięsa znakomicie były w tym celu wykorzystywane.

Przygotowywane posiłki składały się z produktów, zakupionych i dostarczanych przez dietetyka, które cenowo w przyszłości będą dla nich dostępne. Wizyty kończyły się uzupełnieniem Dziennika Postępów, który znajdował się z domu każdego z Uczestników projektu.

Narzędziem pracy dietetyka, był również wywiad żywieniowy 24-godzinny, który zgodnie z jego zaleceniami doraźnie wypełniali uczestnicy.

Na podstawie formularza indywidualnej diagnozy, preferencji i możliwości ruchowych oraz testu sprawności SPPB zostały dobrane ćwiczenia do indywidualnego treningu. Ćwiczenia programowane uwzględniały kończyny dolne, kończyny górne, szyję i tułów. Każdorazowo trening składał się z rozgrzewki, części zasadniczej oraz zakończenia obejmującego ćwiczenia wyciszająco relaksacyjne. Na zakończenie beneficjent był obowiązany do podczytywania aktywności (dwa różne ćwiczenia), którą miał wykonywać najlepiej codziennie przez tydzień do następnego spotkania. Aktywność wykorzystywana w czasie spotkania z rehabilitantem oraz samodzielnie była ćwiczeniami kształtującymi i wzmacniającymi, ćwiczeniami koordynacyjnymi i wytrzymałościowymi, ćwiczeniami rozciągającymi i poprawiającymi stabilizację centralną, przewidziano trening kardio, elementy metody pilates, strethingu i nordic walking. W trakcie treningu używane były przybory takie jak taśma gumowa Theraband, piłka szwedzka, step per, kije do Nordicwalking. W przypadku pojawienia się dolegliwości ze strony układu ruchu, program spotkania był modyfikowany na rzecz postępowania terapeutycznego w postaci zastosowanej terapii manualnej, kisiology tapingu, masażu, terapii wisceralnej, terapii NAP, terapii Miofascial Release.

W wyniku przeprowadzonych wstępnych testów stwierdzono, że żaden z beneficjentów nie wykazuje przeciwwskazań do udziału w zajęciach ruchowych, a dokładnie przeprowadzone badanie w postaci wywiadu i testu motorycznego pozwoliło na wybranie aktywności, która będzie przede wszystkim bezpieczna i skuteczna w polepszeniu nawyków ruchowych.

Działania terapeutyczne rozpoczęły się z dniem pierwszej wizyty w domu uczestnika. Z każdą kolejną wizytą wykonywane były zestawy ćwiczeń, modyfikowane w zależności od możliwości, samopoczucia oraz chęci do współpracy beneficjenta, jak również były zlecane ćwiczenia do samodzielnego wykonania w domu. W razie konieczności zastosowania klasycznej fizjoterapii – w zależności od zaistnienia dolegliwości bólowych ze strony układu ruchu dodatkowo w trening wplatanie były elementy działań rehabilitacyjnych. W pierwszej połowie stycznia 2017r., powtórzono pomiar za pomocą testu SPPB. Taki test został wykonany również na ostatnim spotkaniu z beneficjentem.

Zakładane formy zajęć ruchowych:

- Ćwiczenia prowadzone w domu beneficjentki, będą obejmowały aktywności takie jak:
- Rozgrzewka w postaci ćwiczeń kształtujących dla kończyn górnych, kończyn dolnych, tułowia i głowy.
- Ćwiczenia na piłce szwedzkiej, ćwiczenia wzmacniające z użyciem piłki szwedzkiej, ćwiczenia wzmacniające z taśmą gumową theraband.
- Ćwiczenia równoważne z użyciem piłki szwedzkiej – ze szczególną asekuracją
- Nordic walkig - ćwiczenia z elementami metody lub nauka prawidłowego poruszania się przy pomocy kijków do nordic walking.
- Ćwiczenia na macie

- Stretching
- Trening relaksacji
- Ćwiczenia oddechowe
- Instruktarz ćwiczeń do samodzielnej realizacji na kolejny tydzień.

Elementy rehabilitacji leczniczej.

W razie zaistnienia potrzeby włączenia elementów rehabilitacji leczniczej możliwe jest wykorzystanie technik nacelowanych na działanie doraźne dla danej dolegliwości takich jak:

Terapia Manualna

- Kinesiologytaping
- NAP
- Miofascial Release
- Terapia Wisceralna

W ramach oddziaływań zdrowotno-higienicznych, na przestrzeni całego okresu realizacji projektu prowadzony był:

Trening dbałości o wygląd zewnętrzny - celem treningu było:

- nabywanie, rozwijanie i wzmacniania w zakresie utrzymania higieny całego ciała oraz estetycznego wyglądu zewnętrznego,
- przypominanie o bezwzględnej konieczności systematycznego mycia całego ciała,
- uświadamianie konieczności doboru ubrań adekwatnie do pory roku oraz warunków atmosferycznych,
- kształtowanie nawyku systematycznego dbania o higienę i estetyczny wygląd,

Trening utrzymania czystości w domu - celem treningu było:

- nabywanie, rozwijanie i podtrzymywanie umiejętności dbania o czystość poprzez aktywizowanie uczestników w bieżące prace porządkowe domu,
- kształtowanie nawyku systematycznego dbania o ład i porządek w obszarze własnego łóżka i pokoju uwrażliwianie na potrzebę utrzymania czystości,
- uwrażliwianie na konieczność poszanowania własnego mienia,

Trening umiejętności spędzania czasu wolnego - miał na celu:

- nauczenie uczestników samodzielnego organizowania sobie czasu wolnego. Trening spędzania czasu wolnego polega na zachęcaniu uczestników do podjęcia takich form spędzania czasu jak: spacer, biblioterapia, zajęcia w ogrodzie, zajęcia zorganizowane. Trening uczy aktywnych form spędzania czasu wolnego.

***Rekomendacje wynikające z procesu testowania:**

- należy zastosować indywidualny dobór narzędzi, technik i form pracy, odpowiadający możliwością Odbiorców pod względem zdrowotnym, sprawnościowym, intelektualnym, uwzględniając przy tym istniejące u nich specyficzne deficyty i braki.

Opis działań z podziałem na poszczególnych uczestników:

Uczestnik 1

Najstarsza uczestniczka projektu. Osoba, której bardzo zależało na poprawie swojego zdrowia, głównie ze względu na syna, którego sama wychowuje. Bardzo ceniła sobie udział w projekcie i wprowadzała w codzienne życie wskazówki, które usłyszała od specjalistów. Pani miała dużą wiedzę na temat cukrzycy. Dodatkowo od dietetyka uzyskała pełne informacje w jaki sposób wyliczać wymienniki węglowodanowe, jak komponować swoje posiłki oraz kontrolować poziom cukru. Wprowadzane zalecenia dietetyczne zawierały elementy diety niskocholesterolowej z ograniczeniem łatwo przyswajalnych węglowodanów z zachowaniem diety redukcijnej. W ramach zakupów spożywczych do przygotowywania potraw zakupiono stewię jako naturalny słodzik, który jest często używany przez diabetyków jako środek słodzący.

U Uczestniczki przygotowywano posiłki z niskim indeksem glikemicznym i lekkostrawne.

Gotując, wykorzystywano przede wszystkim patelnię grillową, piekarnik i kuchenkę gazową. Wśród potraw, które przygotowywano znalazły np.: różne rodzaje szaszłyków, warzywa nadziewane mięsem mielonym, dania mięsne z grilla, desery słodzone stewią i pasty do pieczywa. Wśród ulubionych dań Uczestniczki znalazły się papryka nadziewana, bakłażan nadziewany mięsem i szpinakiem, pasta z makreli i sera.

W trakcie spotkań z psychologiem pracowano nad wzrostem aktywności w celu poprawy warunków życia, zwiększenia aktywności ruchowej i motywowania do przygotowywania w domu posiłków dietetycznych. Pracowano również nad poprawą relacji badanej z innymi osobami głównie uczestnikami Środowiskowego Domu Samopomocy. Sporą część czasu przeznaczono na rozmowy dotyczące metod wychowawczych i relacji z synem. W trakcie rozmów terapeutycznych skupiono się na poprawie umiejętności radzenia sobie ze stresem oraz podniesieniem własnej wartości, a także poprawą codziennego funkcjonowania. Dostarczono również informacji w formie publikacji popularno naukowych z zakresu psychologii.

Treningi fizyczne miały charakter mieszany – stacjonarne w domu oraz marszowe z kijami Nordic Walking. Aktywności domowe opierały się na ćwiczeniach wzmacniających, ogólnie kondycyjnych, wprowadzono elementy metody Pilates na piłce szwedzkiej, jednak z powodu zaburzeń równowagi, zmieniono na stałe na aktywności z taśmą gumową.

Postępowanie terapeutyczne dotyczyło restrykcji w obrębie jamy brzusznej, która pojawiła się po wprowadzeniu diety. Zastosowano mobilizacje narządów wewnętrznych wg metody terapii wisceralnej.

Ponownie po urazie skrętnym kolana lewego zastosowano kinesiologię taping oraz techniki terapii manualnej.

Kolejna interwencja dotyczyła stanu po zapaleniu oskrzeli – postawiono bezogniowe bańki medyczne.

lp	czas	dystans	kcal	prędkość
1	42	2.95	203	4.25
2	29	2.29	153	4.66
3	39	2.33	174	3.64
4	30	2.17	150	4.28
5	44	3.12	240	4.8
6	46	2.51	198	3.26
7	47	2.66	204	2.66

Krokomierz:

lp	Wskazanie krokomierza
1	4198
2	1468
3	3846
4	10497
5	8917
6	2588
7	4681
8	4392
9	7778
10	4633
11	3148
Średnia	5104

Praca socjalna z beneficjentką odbywała się w miejscu jej zamieszkania. W trakcie wizyt domowych omawiano bieżące sprawy organizacyjne rodziny. W czasie spotkań podejmowano rozmowy dotyczące ustalenia sytuacji zdrowotnej uczestniczki, świadomości jej choroby, uwarunkowań genetycznych w kontekście otyłości.

1. Przeprowadzono szereg rozmów edukacyjnych i wspierających w związku z samotnie pełnioną rolą rodzica i opiekuna dorastającego syna.
2. Prowadzono współpracę z asystentem rodziny, wykonującym zadania na rzecz rodziny, omówiono temat dalszej kariery szkolnej syna i konieczności uzyskania dla niego orzeczenia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej w związku z planowaną kontynuacją nauki w szkole dostosowanej do jego możliwości.
3. Pełniono rolę powiernika spraw osobistych, wspomnień rodzinnych.
4. Motywowano do wykonywania badań diagnostycznych w związku z koniecznością ubiegania się o nowe orzeczenie o stanie zdrowia w ZUS.
5. Udzielano pomocy w wypełnieniu wniosku o rentę rodzinną do ZUS.
6. Z inicjatywy pracownika socjalnego beneficjentka otrzymała paczkę świąteczną - Bożonarodzeniową – zawierającą żywność, komplet pościeli i koc, finansowaną z budżetu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Biskupicach.
7. W trakcie trwania projektu z inicjatywy pracownika socjalnego 2-krotnie przyznawano pomoc na zakup drewna opałowego do kominka, oraz pomocy finansowej na uregulowanie zadłużeń z tytułu opłat komunalnych.
8. Motywowano uczestniczkę do dbania o stan zdrowia – kierując wskazania do złożenia wniosku o przyznanie turnusu rehabilitacyjnego w ramach Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – sugerując wyjazd do sanatorium z opiekunem w osobie syna. W tym celu przekazano stosowne wnioski do wypełnienia.

Uczestnik 2

Ze względu na stwierdzone schorzenia, zaleceniem dietetycznym było wprowadzenie diety redukcyjnej z elementami diety niskocholesterolowej.

Uczestniczka za każdym razem sprawiała wrażenie osoby bardzo uporządkowanej i chętnej do współpracy. Już po pierwszej wizycie domowej Uczestniczka mogła się pochwalić znacznym ubytkiem wagi (-1,2kg). Z wizyty na wizytę obserwowano u niej postępy związane z wprowadzaniem zdrowych nawyków żywieniowych. Zawsze chętnie podchodziła do stawianego jej przeze dietetyka zadania. Wspólne gotowanie było połączone z żywymi dyskusjami na temat zdrowego trybu życia. Podczas przygotowywania potraw, Uczestniczka dbała o czystość i staranność przy gotowaniu.

Do przygotowania potraw z produktów spożywczych zakupywanych w ramach innowacji wykorzystano większość sposobów obróbki termicznej produktów. Od grillowania, poprzez gotowanie, smażenie, a także pieczenie.

Pokazano jak skutecznie i maksymalnie wykorzystywać patelnię grillową w swojej kuchni. Grillowano zarówno mięsa, ryby, jak i warzywa. Urządzenie wykorzystywano również do sporządzenia „zdrowych burgerów”, szybkich szaszłyków, czy do przygotowania dań rybnych i wegetariańskich. Dużo rozmawiano o przyprawianiu potraw. Jej ulubionym daniem były muffinki czekoladowe z fasoli.

Regularnie spotykała się z psychologiem i chętnie podejmowała wszelki zalecane przez niego działania. Duże wsparcie, a zarazem kontrola ze strony matki, głównie w zakresie diety i zdrowego sposobu przygotowania posiłków spowodowało spadek wagi ciała. Uczestniczka chciała zeszczupleć głównie dlatego, aby nie mieć problemów z chodzeniem i poprawić stan swojego zdrowia między innymi obniżyć nadciśnienie tętnicze.

Aktywności fizyczne realizowane z Uczestniczką odbywały się w jej domu. Trening opierał się głównie na ćwiczeniach kształtujących, wzmacniających oraz ogólnie kondycyjnych. Spotkanie rozpoczynało się rozgrzewką z elementami kardio, następnie realizowano szereg ćwiczeń dla kończyn dolnych, górnych oraz tułowia, spotkanie zakończone było ćwiczeniami rozciągającymi. Uczestniczka chętnie korzystała z przyborów – piłki szwedzkiej, taśmy gumowej i twistera.

Przeprowadzono postępowanie terapeutyczne dolegliwości bólowych spowodowanych podrażnieniem mięśni i nerwów przestrzeni międzyżebrowych, polegające na mobilizacji przestrzeni międzyżebrowych, oraz stawów żebrowo – poprzecznych, rozciąganie mięśni taśmy bocznej tułowia. Dolegliwości bardzo szybko ustąpiły.

Spotkania pracownika socjalnego z beneficjentką odbywała się w miejscu jej zamieszkania. W kilku spotkaniach uczestniczyła jej matka, wyrażając rzeczywiste zainteresowanie skutecznością wprowadzonych oddziaływań. W trakcie wizyt domowych omawiano osobiste sprawy uczestniczki związane z jej stanem zdrowia.

1. Głównym problemem zdrowotnym uczestniczki wpływającym na jej odczucia estetyczne jak i jakość wymowy, była wrodzona wada zgryzu. W wyniku delikatnej sugestii dotyczącej możliwości wykonania zabiegu chirurgicznego uczestniczka podjęła taką decyzję. Wyraziła zgodę na rezerwację terminu w poradni chirurgii szczękowej.
2. Uczestniczka poddała się zabiegowi korekty łuku zębowego.
3. Po wygojeniu rany uczestniczka podjęła ćwiczenia logopedyczne celem osiągnięcia prawidłowego sposobu wymowy. Dla osiągnięcia celu otrzymała w prezencie pakiet ćwiczeń logopedycznych oraz ćwiczenia do nauki poprawnego pisania.

4. Z inicjatywy pracownika socjalnego beneficjentka otrzymała paczkę świąteczną - Bożonarodzeniową, zawierającą żywność, komplet pościeli - sponsorowaną prywatnie.
5. Dla urozmaicenia spotkań uczestniczka w towarzystwie pracownika socjalnego odbyła wycieczkę do Muzeum Narodowego w Krakowie. W programie wycieczki zwiedzano również obiekty sakralnych, Sukiennice i Rynek Krakowski. Na tą okoliczność wykonano zdjęcia pamiątkowe.
6. W czasie trwania projektu podjęto rozmowy dotyczące ustalenia sytuacji zdrowotnej uczestniczki i uwarunkowań genetycznych w kontekście otyłości.
7. W związku z wyrażanym zainteresowaniem przekazano formularze wniosków o przyznanie turnusu rehabilitacyjnego do wypełnienia i złożenia w odpowiedniej instytucji.

Uczestnik 3

Uczestniczka z najwyższym wskaźnikiem masy ciała (BMI) w sześcioosobowej grupie. Stosowane leki w leczeniu psychiatrycznym dodatkowo wpływały na przyrost masy ciała. Wstępne badania laboratoryjne, które były przeprowadzone na etapie diagnozy, wykazały podwyższony poziom cholesterolu całkowitego. Opierając się na przedstawionych wynikach badań uczestniczce zalecono dietę niskocholesterolową o zmniejszonej kaloryczności.

Matka Uczestniczki starała się cały czas wspierać córkę w działaniach żywieniowych. Kontrolowała ją w ilościach spożywanych posiłków. Z jej relacji wynikało, że córka od dzieciństwa zjadała posiłki zbyt duże. Obecnie stosowane leki psychiatryczne niestety zwiększały jej apetyt, co utrudniało dostosowanie się do zaleceń dietetycznych. Mimo przeszkód Uczestniczka bardzo starała się. W wywiadach 24-godzinnych nie zawsze pojawiały się wszystkie zjedzone posiłki, w związku z czym zaniechano ich wypełniania. Zmiany żywieniowe u Uczestniczki wprowadzano stopniowo. Dużym sukcesem już na początku projektu było zaprzestanie zjadania dwóch obiadów dziennie (jeden w ŚDS w Tomaszkowicach, a drugi w domu po powrocie z ośrodka). Stopniowo ograniczyła spożycie cukru między innymi poprzez nie dosładzanie herbaty.

Najwięcej potraw przygotowywano używając patelni grillowej. Były to potrawy głównie mięsne, np.: sałatka z grillowanym kurczakiem, kotlety mielone grillowane, szaszłyki mięsne z warzywami w marynacie, tortilla z grillowanym kurczakiem, „zdrowy burger”, szaszłyki z cukinii w marynacie cytrynowej. Wśród przygotowywanych potraw, Uczestniczka preferowała tortillę z grillowanym mięsem i warzywami, która często przygotowywała wspólnie z mamą.

Psycholog z Uczestniczką starał się prowadzić zajęcia edukacyjne, rozmowy wspierające i motywujące, a także usiłował wypracowywać i utrwalić nowe nawyki zdrowego trybu życia. Ze względu na brak współpracy i rozumienia relacji terapeutycznej nie dokonały się istotne zmiany w jej funkcjonowaniu. Podstawową barierą była niechęć do rozmów i współpracy, brak rozumienia swoich potrzeb i emocji i niechęć do poprawy relacji społecznych a także brak potrzeby zmiany własnego wyglądu oraz silne lęki przed zmianą ze względu na całkowity brak krytycyzmu.

Uczestniczka nie rozumiała związku przyczynowo-skutkowego między stosowaniem diety i ćwiczeń a swoim samopoczuciem i wyglądem. Była z siebie zadowolona.

Uczestniczka wybrała trening fizyczny prowadzony w miejscu zamieszkania. W warunkach domowych trening zazwyczaj rozpoczynano od rozgrzewki przy muzyce, obejmującej elementy treningu kardio. Każdorazowo wstępne ćwiczenia trwały od 10 do 15 min. Uczestniczka wykazała się bardzo dobrym poczuciem rytmu i trening przy muzyce był doskonale akceptowany. Kolejne aktywności prowadzone były w systemie treningu stacyjnego - kila różnych aktywności powtarzanych

w seriach. Jedne z ostatnich zajęć zostały zrealizowane w formie wycieczki na trasę spacerową na koronie zapory zbiornika wodnego w Dobczycach.

Prowadzono również postępowanie terapeutyczne – po urazie kolana prawego. Stosowane metody to trening funkcjonalny kolana, masaż poprzeczny więzadła rzepki, masaż głęboki mięśni – półścięgnistego i oraz półbłoniastego w okolicy dystalnej oraz ma masaż poprzeczny dla ich przyczepów. Kinesiotaping kolana. Uczestniczka po serii zabiegów zgłosiła zdecydowaną ulgę, później całkowite wyeliminowanie dolegliwości bólowych.

Postępowaniem terapeutycznym została objęta również Mama beneficjentki, skarżąca się na uporczywe bóle ręki prawej (prawdopodobne podrażnienie korzeni nerwowych), oraz ból zlokalizowany w obu stawach kolanowych. Zabiegi obejmowały kinesiotaping oraz elementy terapii manualnej.

Lp.	Wskazanie krokomierza
1	3108
2	4486
3	8459
4	5599
5	5420
6	6679
7	6057
8	4566
9	6835
10	4842
11	8749
12	4739
13	6572
14	5507
Średnia	5829

W ramach pracy socjalnej spotkania odbywały się w domu rodzinnym uczestniczki. Wizyty zawsze odbywały się w obecności jej mamy która, była bardzo zaangażowana w działania córki i zabiegała o to aby na bieżąco znać wszystkie fakty i zdarzenia związane z przebiegiem projektu. Początkowy kontakt z samą uczestniczką polegał na stopniowym oswojeniu jej z osobą pracownika socjalnego i jego obecnością w rodzinie. Bardzo otwartą na relacje była natomiast matka uczestniczki, która ze względów zdrowotnych (otyłość olbrzymia) miała ograniczony kontakt ze środowiskiem lokalnym i rodzinnym. Dzięki sukcesywnie zawiązywanym relacjom, można było stopniowo identyfikować problemy rodziny. Realizując pogłębioną pracę socjalną podjęto szereg działań na rzecz poprawy zdrowia uczestniczki, edukacji zdrowotnej, porad administracyjno-prawnych i działań socjalnych.

1. Ujawnione problemy związane z postępującym stanem zapalnym stopy uczestniczki wyjaśniły przyczynę stosowania obuwia o zawyżonej numeracji. W tej sytuacji udzielono pomocy poprzez organizację wizyty chirurgicznej i wykonania zabiegu – co usprawniło jej funkcjonowanie układu ruchu. Po zabiegu udzielono pomocy w wykupieniu niezbędnych opatrunków i leków mobilizując i sprawdzając ich stosowanie w procesie gojenia rany.
2. Kolejnym działaniem w obszarze poprawy zdrowia była organizacja konsultacji ginekologicznej ze względu na zgłoszone problemy uczestniczki. Pracownik socjalny towarzyszył osobie w wyjazdach do poradni „K” wprowadzając i omawiając problem z lekarzem konsultantem. W ramach tych wizyt wykonano niezbędne badania w tym USG i zastosowano adekwatne działania lecznicze. O potrzebie stosowania i kontroli przyjmowania leków pouczona została też matka uczestniczki.



3. W trakcie współpracy z rodziną podjęto także działania w obszarze zabezpieczenia spadkowego uczestniczki, wykonując analizę związków rodzinnych i uprawnień spadkowych. Zredagowano wniosek do Sądu właściwego o wszczęcie postępowania spadkowego. Załączając wszystkie niezbędne dokumenty.
4. Udzielono też pomocy mamie uczestniczki w uzyskaniu dowodu osobistego – bez którego nie mogła podjąć żadnych urzędowych inicjatyw. W tym zakresie zorganizowano wizytę fotografa w miejscu zamieszkania rodziny i udzielono pomocy w wypełnieniu wniosku do USC o wydanie dowodu tożsamości. Pracownik socjalny pilotował działania proceduralne do skutku.
5. W czasie spotkań podejmowano także szereg rozmów edukacyjnych z zakresu prawa rodzinnego w kontekście przyszłości samej uczestniczki. Wskazano możliwość powołania kuratora dla zabezpieczenia majątku osoby niepełnosprawnej.
6. Z inicjatywy pracownika socjalnego beneficjentka otrzymała paczkę świąteczną - Bożonarodzeniową – zawierającą żywność, komplet pościeli i koc, finansowaną z budżetu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Biskupicach.
7. Przeprowadzono także rozmowy dotyczące ustalenia sytuacji zdrowotnej uczestniczki, świadomości jej problemów zdrowotnych, oraz uwarunkowań genetycznych w kontekście otyłości.
8. 8. Pouczono o potrzebie kontynuacji wyuczonych nawyków żywieniowych i dbałości o kondycję zdrowotną nadal – po zakończeniu projektu.

Uczestnik 4

Przyjmowane przez Uczestniczkę duże dawki leków z grupy neuroleptyków, powodowały zwiększony apetyt, co stanowiło dodatkowy problem z zapanowaniem nad ustabilizowaniem wagi.

Matka Uczestniczki bardzo niechętnie podeszła do idei rozwiązania i do tego co zakładało, ponadto negocjowała zalecenia żywieniowe i prośbę o ich wprowadzenie.

Kolejne spotkania dietetyka z Uczestniczką odbywały się w ŚDS w Tomaszkowicach, ponieważ matka nie wyraziła zgody na realizowanie konsultacji i przygotowywania posiłków w domu rodzinnym. Dzięki uprzejmości kierownika placówki, takie spotkania połączone ze gotowaniem mogły być kontynuowane.

Kluczowym zadaniem dietetyka w pracy z Uczestniczką była edukacja w zakresie cukrzycy i wprowadzenie zbilansowanego jadłospisu. Wskazana była dieta redukcyjna z ograniczeniem węglowodanów łatwo przyswajalnych. Przygotowano dla Niej tabelę z indeksem glikemicznym i wytłumaczono jak się nią posługiwać.

Uczestniczka bardzo chciała zredukować swoją wagę, zawsze z nadzieją chętnie ważyła się i mierzyła obwód brucha i bioder. Niestety nigdy nie stosowała się do zaleceń dietetycznych.

Uczestniczka bardzo chętnie przygotowywała posiłki w ramach przeprowadzanych warsztatów. Lubiała gotować i smakować. Lubiała również kroić i przygotowywać produkty do dalszej obróbki termicznej. Współpraca z nią na tej płaszczyźnie była wielką przyjemnością. Wśród potraw, które razem ugotowano były m.in.: nadziewany bakłażan mięsem mielonym ze szpinakiem, ciastka owsiane bez dodatku cukru, sałatki (np. z brokułem, z soczewicą, z mango), szaszłyki (z cukinii i kurczaka w marynacie cytrynowej, z łososia), czekoladowe muffinki z cukinii bez cukru, „zdrowy burger”, potrawy wigilijne dla osób z cukrzycą. Potrawą, która najbardziej przypadła do gustu uczestniczce był nadziewany bakłażan.

W trakcie spotkań z psychologiem pracowano nad poprawą jej relacji z matką i innymi osobami, motywacją do obniżenia masy ciała, zwiększeniem aktywności fizycznej, radzeniem sobie ze stresem oraz wzmocnieniem poczucia własnej wartości.

Po czterech spotkaniach nastąpił przełom w zakresie motywacji w kierunku in plus. Uczestniczka zdecydowała, że chce zrobić wszystko aby być szczuplejszą. Dostrzegła związek pomiędzy własnym wyglądem a relacjami z innymi osobami. Poznała kolegę, z którym utrzymuje relacje. Wyraziła chęć poddania się operacji bariatrycznej, ale napotkała silny opór ze strony matki i odstąpiła aktualnie od tego pomysłu.

Zdecydowała się jednak na pobyt w szpitalu aby między innymi zmieniono jej leki na inne, niepowodujące wzrostu masy ciała. Widziała w tym pierwszy krok w kierunku walki z otyłością.

Uczestniczka zadeklarowała chęć ćwiczeń fizycznych w ŚDS. Korzystano z sali do ćwiczeń wyposażonej w piłki szwedzkie, taśmy gumowe, drabinki, UGUL, Twister. Aktywności bardzo uzależnione były od samopoczucia. Nie zawsze chętnie brała udział w zajęciach. Uczestniczka na lutowych zajęciach zgłosiła ostry ból po lewej stronie nadbrzusza objawiający się zwłaszcza przy pionizacji i ruchach zgięciowych. Została odwieziona przez terapeutę do Lekarza Rodzinnego, który wystawił diagnozę i zaordynował odpowiednie leczenie związane z zaburzeniami pracy wątroby. Uczestniczka została skierowana na oddział rehabilitacji ruchowej, tym samym zakończyła udział w projekcie.

W ramach pracy socjalnej podejmowano rozmowy dotyczące ustalenia sytuacji zdrowotnej uczestniczki, świadomości jej choroby, uwarunkowań genetycznych w kontekście otyłości jej relacji z otoczeniem.

1. Zwrócono uwagę na zaburzenie krążenia w palcach (sinienie, opuchnięcie) z powodu noszenia zbyt ciasnej biżuterii. Temat poruszony został z matką uczestniczki oraz opiekunem ŚDS. W konsekwencji beneficjentka zaprzestała noszenia tych ozdób.
2. Zwrócono uwagę na brak okularów korekcyjnych niezbędnych przy istniejącej wadzie wzroku. W rozmowie ustalono iż uczestniczka posiada zlecenie na okulary korekcyjne, ale nie zostało ono zrealizowane przez opiekuna ani beneficjentkę. Podjęto inicjatywę realizacji zlecenia poprzez przedstawienie problemu Kierownikowi Środowiskowego Domu Samopomocy w Tomaszkowicach, która zakończyła się udzieleniem pomocy w wyborze zakupieniem okularów korekcyjnych. Temat dbałości o potrzeby zdrowotne Uczestniczki zostały poruszone z jej matką.
3. W trakcie spotkań z uczestniczką, w wyniku wyrażanych przez nią szczególnych zainteresowań tematyką sakralną i historyczną otrzymała w prezencie książki zawierające ww. treści, które przyjęła z dużą radością.
4. Z inicjatywy pracownika socjalnego beneficjentka otrzymała także paczkę świąteczną - Bożonarodzeniową – zawierającą żywność, komplet pościeli i koc. Prezent finansowany był z budżetu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Biskupicach.
5. W wyniku dostrzeżenia bardzo niskiej sprawności fizycznej, objawiającej się szybką męczliwością i zgłaszanych przez beneficjentkę dolegliwości bólowych ze strony układu ruchu oraz widoczne osłabienie, temat omówiono z innymi specjalistami projektu, tj. lekarzem, psychologiem i Fizjoterapeutą. W wyniku zdiagnozowanego problemu i podjętych przez specjalistów działań uczestniczka została zdiagnozowana przez lekarza rodzinnego oraz psychiatrę, co zaowocowało zrewidowaniem dotychczasowego sposobu leczenia i skierowaniem na oddział Psychiatryczno - Rehabilitacyjny Specjalistycznego Szpitala im. dr Babińskiego w Krakowie celem weryfikacji dotychczasowej farmakoterapii oraz podjęcia

działań rehabilitacyjnych. Pracownik socjalny nadzorował i motywował matkę uczestniczki do niezwłocznego zgłoszenia się na wskazany w skierowaniu Oddział.

Uczestnik 5

To najmłodsza uczestniczka projektu.

Jedną z pierwszych informacji dietetyka, przekazanych Uczestniczce były informacje na temat diety niskocholesterolowej oraz zalecenia żywieniowe dla osób chorych na chorobę Hashimoto, były również wskazania do diety redukcyjnej.

Z Uczestniczką przygotowano różne potrawy obiadowe, kolacje, sałatki, dania jednogarnkowe, jak również desery. Przygotowane posiłki spożywała o wyznaczonych porach i chętnie je powtarzała przy pomocy mamy. W jej opinii bardzo polubiła dania w formie sałatek.

Przygotowywany dla Niej jadłospis zawierał potrawy bogate w różnorodne ryby i produkty dozwolone dla osób będących na diecie niskocholesterolowej.

Mama, czuwała nad poprawnością wykonywania przez córkę wszystkich zaleceń dietetycznych. Dopingowała ją i przygotowywała dla niej posiłki. Chętnie z nami gotowała i uczyła się też nowych dań. Wsparcie mamy było ogromne.

Uczestniczka zawsze bardzo chętnie współpracowała. Jako jedyna wśród uczestników skrupulatnie i każdorazowo wypełniała wywiady 24-godzinne z całego tygodnia, dodatkowo zaznaczając na nim ilość wypijanej w ciągu dnia wody. Z Uczestniczką obrano system kontroli wypijanej przez nią wody w ciągu dnia. Za każdym razem, kiedy wypijała kubek wody, to kolorowała go na wywiadzie 24-godzinnym, a następnie taki bilans całego tygodnia oddawała dietetykowi. Jej jako jedynej wśród wszystkich uczestników udawało się wypijać rekomendowaną dzienną ilość płynów. Dużym sukcesem dla niej była również całkowita rezygnacja z cukru.

W porównaniu z innymi uczestnikami projektu uzyskany efekt wizualny był największy. Uczestniczka zredukowała swoją wagę o najwyższą liczbę kilogramów. Schudła aż 10 kilogramów, a obwód jej brzucha zmniejszył się o 18 centymetrów. Dzięki swojemu zaangażowaniu spadki wagi stały się dla niej łatwe do osiągnięcia. Procentowa zawartość tkanki tłuszczowej została obniżona z wartości 37,5% na 32,8%, czyli straciła około 5 kilogramów tłuszczu i taka samą ilość zatrzymanej wody metabolicznej.

Podczas spotkań z psychologiem skoncentrowano się na działaniach możliwych do zrealizowania z osobą bezkrytyczną, niemającą wglądu w siebie i nierozumiejącą potrzeby zmian ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym. Główne zastosowano formy pracy oparte na edukowaniu, wspieraniu, tworzeniu i utrwalaniu nawyków zdrowego odżywiania i zdrowego trybu życia. Na bieżąco analizowano i rozwiązywano zgłaszane problemy. Prowadzono też rozmowy z matką Uczestniczki. Udzielano porad jak radzić sobie z trudnościami i jak rozwiązywać bieżące problemy nie tylko związane z realizowanym programem.

Uczestniczka początkowo zdecydowała się na realizowanie aktywności fizycznej w ŚDS w Tomaszkowicach, gdzie wykorzystywano sprzęt z Sali rehabilitacyjnej, prowadzono trening ogólnokondycyjny, aktywności z wykorzystaniem piłek szwedzkich, taśm gumowych, twistera, itp. Po 4 spotkaniach beneficjentka zmieniła decyzję i rozpoczęła realizację zajęć w miejscu jej zamieszkania. Spotkania opierały się na treningu marszowym z kijami Nordic Walking. Uczestniczka doskonale radziła sobie z wyzwaniem koordynacyjnym jakie niesie ze sobą trening NW. Trening poprzedzony był krótką rozgrzewką – ćwiczenia kształtujące kończyn dolnych i górnych, tułowia, a zakończenie obejmowało ćwiczenia rozciągające.

lp	czas	dystans	kcal	prędkość
1	43	3.38	223	4.8
2	44	3.64	251	5.05
3	40	3.13	209	4.66
4	60	4.88	322	4.78
5	36	2.81	189	4.69
6	43	3.25	218	4.63
7	44	3.35	225	4.62
8	71	4.91	340	4.84
9	26	1.65	120	3.86
Śr.	45	3.4	233	4.66

lp	Wskazanie krokomierza
1	1552
2	2343
Średnia	1947

Praca socjalna z beneficjentką odbywała się w domu rodzinnym, w środowiskowym Domu Samopomocy w Tomaszkowicach, oraz w plenerze - w miejscowości zamieszkania a także w innych okolicach – wycieczki. W trakcie wizyt domowych omawiano potrzeby rodziny z Matką uczestniczki oraz jej siostrami. W czasie spotkań podejmowano rozmowy dotyczące ustalenia sytuacji zdrowotnej uczestniczki, świadomości jej choroby, uwarunkowań genetycznych w kontekście otyłości.

1. Zwrócono uwagę na trudne warunki mieszkaniowe.
2. Dostrzeżono bardzo silne i pozytywne więzi w rodzinie co przekładało się na głębokie zaangażowanie rodziny (w szczególności matki uczestniczki) we współpracę z pracownikiem socjalnym jak również pozostałymi specjalistami.
3. Z inicjatywy pracownika socjalnego beneficjentka otrzymała paczkę świąteczną - Bożonarodzeniową – zawierającą żywność, komplet pościeli i koc, finansowaną z budżetu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Biskupicach.
4. Udzielono porad socjalnych pozostałym członkom rodziny zamieszkującym z uczestniczką projektu, w zakresie uprawnień do świadczeń rodzinnych i wychowawczych „500+”.
5. Omówiono problem emocjonalny uczestniczki związany z pojawieniem się w domu noworodka - siostrzeńca beneficjentki. Podjęto współpracę z psychologiem, w celu rozwiązania zaistniałego problemu poprzez udzielenie pomocy terapeutycznej uczestniczce i wsparcie psychologiczne jej rodzinie.
6. W celu uniknięcia przewidywalności i schematyczności spotkań zorganizowano dwukrotnie wycieczki krajoznawcze w atrakcyjne przyrodniczo okoliczne tereny.
7. Udzielono pomocy i instruktarzu podczas przygotowania i wypełniania dokumentacji dotyczącej przedłużenia uczestnictwa w społeczności Środowiskowego Domu Samopomocy w Tomaszkowicach.

Uczestnik 6

Z Uczestnikiem spotykano się w domu jego siostry i tam wspólnie przygotowywano zaplanowane przeze dietetyka potrawy. Siostra uczestnika czynnie pomagała. W przygotowywanie posiłków bardzo zaangażowała się również jego mama. Na co dzień pracowała zawodowo i dlatego rzadko uczestniczyła w spotkaniach, ale skrupulatnie starała się odwzorowywać w codziennym menu syna potrawy z przekazywanych przepisów. Mama bardzo dbała o jakość produktów spożywczych, z których korzystał Uczestnik. Zawsze miał przygotowane „na wynos” drugie śniadanie.

Już po pierwszym spotkaniu mama Uczestnika bardzo poważnie potraktowała zalecenia dietetyczne i od razu wprowadziła je w codzienny jadłospis. Zaledwie po miesiącu stosowania zaleceń żywieniowych zanotowano spadek wagi o 3,6 kg i zmniejszenie obwodu brzucha o 4 cm.

Ze względu na znacznie podwyższone próby wątrobowe ALT i AST oraz otyłość, przygotowano dietę redukcyjną lekkostrawną z ograniczeniem tłuszczu. Zalecenia dla tej diety wiążą się ze znacznymi ograniczeniami, również dla tego, że projekt trwał w okresie zimowym, co dodatkowo zmniejszało ilość dostępnych, a zarazem dozwolonych dla niego produktów w jadłospisie.

„Start” podopiecznego w projekcie uznałam za bardzo owocny i udany. On sam bardzo chętnie podszedł do wyzwania, jakim było dla niego zmiana nawyków żywieniowych. Niemal „bezsstresowo” zaakceptował zjedanie jednego, a nie dwóch (jak to wcześniej bywało) obiadów dziennie. Znacznie ograniczył sól i cukier w diecie. Zaczął zjadać regularnie posiłki. Przestał podjadać

Bardzo się starał. Kryzys pojawił się dopiero po świętach Bożego Narodzenia. Widziano u Uczestnika zmęczenie koniecznością dostosowania się do zaleceń i większą ochotę na podjadanie, czyli chęć powrotu do starych nawyków. Mimo wszystko bardzo chciał dalej schudnąć i to go motywowało. Nie poddawał się. Bardzo mocno wspierała go siostra i mama.

Do przygotowywania potraw używano projektu patelni grillowej oraz piekarnika i kuchenki gazowej. Na grillu najczęściej wykorzystywano różne gatunki mięs chudych, warzywa oraz chude ryby. Ponadto pokazano rodzinie jak można przygotowywać smaczne desery bez konieczności dosładzania ich cukrem, w jaki sposób zapiekać potrawy w piekarniku bez niepotrzebnego dodatku tłuszczu oraz jak przygotować szybkie sałatki na drugie śniadania bądź kolacje. Uczestnik wyjątkowo polubił danie chińskie w ryżem.

W formularzu indywidualnej diagnozy, wśród niewłaściwych nawyków żywieniowych zanotowano m. in. spożywanie nadmiernej ilości napoi słodzonych i gazowanych, dosładzanie herbaty, zjedanie zbyt dużych porcji posiłku, podjadanie kanapkami i słodyczami, nadużywanie majonezu, spożywanie jedynie niewielkiej ilości warzyw, zjedanie dwóch obiadów dziennie. Po zakończeniu projektu wszystkie te niewłaściwe nawyki żywieniowe udało się wyeliminować z codziennego dnia

Uczestnik nie w pełni rozumiał związek przyczynowo skutkowy pomiędzy działaniami specjalistów a efektami spadku masy ciała, ale podporządkowywał się nakazom siostry i matki oraz zaleceniom specjalistów. Tym bardziej ważnym elementem w procesie odchudzania był osobisty przykład siostry, wspólnie z nim odchudzającej się. Wspierała go również matka. Wsparcie rodziny i ich silna motywacja znacząco wpłynęło na proces odchudzania.

Uczestnik od początku preferował treningi na świeżym powietrzu prowadzone w miejscu zamieszkania. Aktywność zawsze rozpoczynała i kończyła się pomiarem ciśnienia tętniczego krwi. Rozgrzewka obejmowała proste ćwiczenia kształtujące – wymachy ramion, przedramion, krążenia bioder, kolan, stawów skokowych, itp. W czasie treningu marszowego wprowadzane były zmiany tempa w postaci przebieżek, około 6 w trakcie treningu. Trening zakańczano rozciąganiem kończyn górnych i dolnych oraz taśmy tylnej - kręgosłup, mięśnie kulszowo – goleniowe. Odnotowywano spadek ciśnienia tętniczego po aktywności fizycznej.

Lp.	CTK przed	CTK po
1		151/84
2	145/82	130/78



3	143/82	143/81
4	126/69	125/72
5	130/78	120/77
6	139/76	135/79
7	173/100	153/88
8	148/84	143/91
9	132/73	130/66
10	130/69	138/73
11	132/76	143/81
12	150/84	141/82
13	130/76	135/78
14	139/75	127/81
15	140/85	
16	136/80	135/74
Średnie	140/79	137/79

Notowano również czas, dystans, ilość spalonych Kcal, oraz średnia prędkość.

lp	czas	dystans	kcal	prędkość
1	35	2,83	187	
2	43	3.64	251	5.05
3	46	3.68	243	4.81
4	40	3.74	290	5.75
5	34		178	4.73
6	25	1.95	131	4.57
7	51	3.80	257	4.48
8	40	3.75	288	5.65
9	42	3.08	211	4.42
10	33	2.70	181	4.89
11	34	2.77	188	4.96
12	40	3.11	208	4.64
13	40	3.27	216	4.84
14	42	2.86	288	5.46
15	60	2.30	240	3.86
16	20	1.68	100	5
Śr.	39	3.02	216	4.87

Lp.	Wskazanie krokomierza
1	11677
2	8297
3	3469
4	5366
5	772
6	8634
7	4184
średnia	6057



Praca socjalna z beneficjentem odbywała się w warunkach domowych, niektóre z nich zrealizowane były w formie spacerów w rodzinnej miejscowości, Każde spotkanie odbywało się w obecności rodziny – Matki i rodzeństwa oraz siostry mieszkającej w sąsiedztwie. W czasie spotkań podejmowano rozmowy dotyczące ustalenia sytuacji zdrowotnej uczestniczka, świadomości jego choroby, uwarunkowań genetycznych w kontekście otyłości.

1. Zdiagnozowano problemy o charakterze materialnym – bardzo trudne warunki mieszkaniowe. Udzielono wparcia finansowego z przeznaczeniem na zakup opału w okresie jesienno – zimowym, z zasobów Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Biskupicach. Zorganizowano dowóz zakupionego opału do domu uczestnika.
2. Ze względu na wygasające uprawnienia do świadczeń rentowych rozpoczęto postępowanie dotyczące uzyskania orzeczeń lekarzy orzeczników ZUS. Działania zostały zakończone pozytywnie, uczestnik otrzymał orzeczenie uprawniające do świadczeń rentowych z ZUS z datą ważności do 2021 roku.
3. Zaangażowano się w postępowanie procesowe dotyczące powrotu brata beneficjenta do domu rodzinnego, który dotychczasowo przebywał w gospodarstwie rolnym, wykonując tam nieodpłatną, fizyczną pracę na rzecz właścicieli gospodarstwa. Zredagowano odpowiedni wniosek do Sądu Rejonowego Wydział IV Rodzinny i Nieletnich w Wieliczce mobilizując matkę uczestnika do złożenia wniosku w trybie pilnym. Pouczono matkę uczestnika wskazując możliwości interwencji na drodze prawnej. W czasie trwania projektu „Stop Otyłości”, po kilkuletniej nieobecności brat uczestnika wrócił do domu rodzinnego. Na rzecz tego członka rodziny również udzielono instruktora w wypełnieniu dokumentacji ZUS celem kontynuacji świadczeń rentowych. Wniosek rozpatrzony został pozytywnie. Brat uczestnika również nabył uprawnienia rentowe do 2021r.
4. Z inicjatywy pracownika socjalnego beneficjent otrzymał także paczkę świąteczną - Bożonarodzeniową – zawierającą żywność, komplet pościeli i koc, finansowaną z budżetu Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Biskupicach.
5. W czasie spotkań w gronie rodzinnym motywowano członków rodziny do przestrzegania zaleceń specjalistów w zakresie dbania o sprawność fizyczną, konieczności zdrowego odżywiania – utrwalania w czasie udziału w projekcie nabytej wiedzy i nawyków.

***Rekomendacje wynikające z procesu testowania:**

- należy zaplanować równoległą edukację i wsparcie dla członków rodzin w zakresie zmian dotychczasowego stylu życia.
- należy dostosować miejsce spotkań do możliwości i oczekiwań uczestnika.

III. Prezentacja wyników badań wstępnych i końcowych.

I.p	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Wykształcenie	Sytuacja ekonomiczna uczestnika	Status rodzinny	Uczestnik ŚDS TYP;
1	K	53	Wdowa	Średnie zawodowe	Renta rodzinna Dochód przekracza kryterium dochodowe o którym mowa w art.8 ust.1 pkt 2 ups.	Rodzina niepełna • uczestnik • nieletni syn	„A”

Uczestniczka na etapie diagnozy oceniała swoje samopoczucie na ogólnie dobre, nie korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych w ciągu ostatnich dwóch lat. Wymieniała dolegliwości bólowe związane z bólem kończyn dolnych występujące po dłuższym siedzeniu oraz zaburzenia równowagi odczuwalne jako zawroty głowy w czasie długotrwałego stania, również czynność schylania powodowała dolegliwości w postaci bólu głowy, który związany był z ubytkiem czaski powstałym w wyniku ingerencji neurochirurgicznej. Brała udział w regularnych treningach na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy w Tomaszkowicach, obejmującym trening na ergometrze rowerowym, stepperze, bieżnię itp., 3 do 4 razy w tygodniu. Spacer –to aktywność pojawiająca się jeden lub dwa razy w tygodniu.

Choruje na padaczkę po przebytych wcześniej udarze krwotocznym na skutek pękniętego tętniaka mózgu, cukrzycę typu 2 obecnie insulinozależną, nadciśnienie tętnicze, depresję, niewyrównaną niedoczynność tarczycy, nie leczoną dotąd hypercholesterolemię. Uczestniczka prowadziła siedzący tryb życia. Cierpiała na zaparcia. Spożywała posiłki nieregularnie. Podjadała, najczęściej były to paluszki lub chipsy.

Analiza badań laboratoryjnych:

1.Morfologia krwi - istotna poprawa w trakcie trwania Projektu:

- wyjściowo - wysokie parametry morfotyczne krwi zwiększona ilość hemoglobiny 16 g/dl ; norma do 15,7 g/dl, erytrocytów -5,68 mln/ul – norma 3,93-5,22, i podwyższony wskaźnik hematokrytu 47,1 %; norma do 44,9 %).
- w połowie trwania Projektu: hemoglobina 15,1 g/dl, hematokryt 44,4 % - całkowita normalizacja w/w parametrów, nieznacznie podwyższona wartość erytrocytów do 5,32. Minimalnie podwyższona leukocytoza do 10,9 tys/ul (norma do 10,04) co może wiązać się z niedawno przebytą infekcją
- analiza końcowa: hemoglobina 15,1 g/dl, - całkowita normalizacja w/w parametru, hematokryt 46 % , nieznacznie podwyższony, nieznacznie podwyższona także wartość erytrocytów do 5,5mln/ul. Minimalnie podwyższona leukocytoza do 10,16 tys/ul (norma do 10,04) co może wiązać się z kolejną, niedawno przebytą infekcją

2.Stężenie glukozy – istotna poprawa (od lat choruje na cukrzycę)

- wyjściowo wartość glukozy (8,79 mmol/l, przy normie do 5,5 mmol/l)
- w połowie trwania Projektu: 6,58 mmol/l
- analiza końcowa: 6,66 mmol/l

3. Stężenie cholesterolu -

- awyjściowo 8,86 mmol/l (norma 3-5,0 mmol/l)
- w połowie trwania Projektu 5,7 mmol/l
- analiza końcowa: 4,84 mmol/l

4. TSH:

- wyjściowo 70,4455 uU/ml (norma 0,35-4,94) - znacznie podwyższony wynik, niewyrównana niedoczynność tarczycy
- w połowie trwania Projektu nie było kontroli
- analiza końcowa: 0,45 uU/ml (norma)

Pozostałe nieznaczne odchylenia od normy w badaniach nie mają znaczenia klinicznego.

Ze względu na występowanie padaczki pourazowej nie było możliwe wykonanie na etapie diagnozy i w dalszej części projektu badania pomiaru składu ciała, stąd też problem z dokładnym pomiarem masy ciała, ponieważ korzystano z różnych dostępnych wag łazienkowych, które nie zawsze mogły pokazać dokładne i wiarygodne wyniki. Pomiaru tkanki tłuszczowej dokonywano fałdomierzem skórnym,

Wyniki pomiarów antropometrycznych przedstawiają się następująco:

Wzrost 165 cm
Waga docelowa 64,5 kg

	Start	Obecnie
Waga:	92,1 kg	85 kg
WHR =	1,14	1,1
BMI =	33,8	31,2

Uczestniczka w trakcie trwania projektu straciła około 7 kg.

Wyniki badania Kwestionariuszem Pomiaru Depresji - KSPD wskazały nasilenie objawów depresyjnych na poziomie umiarkowanym. Występowały utrudnienia w funkcjonowaniu poznawczym w zakresie procesów uwagi, pamięci i uczenia się oraz obniżenie funkcji wykonawczych i sprawności psychomotorycznych. Nastąpiła częściowa utrata sensu życia, dominował pesymizm, wycofanie społeczne i poczucie beznadziei. Postrzegała świat jako nieprzyjazny i niedający nadziei. Występowały u niej lęki i trudności w relacjach społecznych niewielkiego stopnia, czasami towarzyszyły objawy psychosomatyczne i zaburzenia snu.

Prawidłowe procesy samoregulacji, istnieje możliwość sięgania do zasobów chroniących przed depresją i odnoszących się do podtrzymywania pozytywnych emocji oraz aktywnego radzenia sobie z problemami życia codziennego oraz podjęcia działania ukierunkowanego na cel.

Wynik Skali Samooceny Rosenberga wynosi 24/40/5 sten i wskazywał na przeciętny poziom samooceny. Samoocena nie stanowiła dla badanej istotnego problemu, chociaż zależało jej na poprawie wyglądu zewnętrznego.

Badanie Skalą Oceny Oddziaływań Psychologicznych przeprowadzono dwukrotnie na początku projektu i na jego zakończenie. W pierwszym badaniu wynik wynosił 73/80, a drugim badaniu 80/80. Analiza wyników wskazywała na wzrost wiedzy z zakresu zdrowego żywienia, motywacji do

odchudzania, radzenia sobie ze stresem oraz poprawę relacji z synem, kolegami i koleżankami z ŚDS. Rozmowy terapeutyczne i wspierające przyczyniły się do zwiększonego poczucia własnej wartości, dbania o siebie i poprawę funkcjonowania w środowisku społecznym.

Analiza wyników obejmująca ocenę, pod względem poprawy sytuacji socjalno bytowej Uczestniczki w okresie trwania projektu.

We wstępnej fazie projektu zidentyfikowano:

- Problemy ekonomiczne , zadłużenie.
- Wygasające uprawnienia do świadczeń rentowych.
- Problemy opiekuńczo-wychowawcze z synem

W skutek podjętych działań przez pracownika socjalnego osiągnięto:

- Poprawę sytuacji ekonomicznej, uzyskanie właściwej pomocy finansowej i rzeczowej. Pomoc wykorzystana została na uregulowanie zadłużeń z tytułu poboru energii elektrycznej, zakup drewna kominkowego z dowozem do domu, zabezpieczenie żywności.
- Uzyskanie stałego źródła dochodu poprzez otrzymanie orzeczenia o stanie zdrowia gwarantującego kontynuację renty z ZUS.
- Podniesienie kompetencji opiekuńczo-wychowawczych poprzez prowadzenie rozmów motywujących i wspierających proces wychowania syna – współpraca z asystentem rodziny GOPS w tym zakresie.
- Poprawę zachowania syna w relacji z matką.

Charakterystyka uczestników.							
l.p	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Wykształcenie	Sytuacja ekonomiczna uczestnika	Status rodzinny	Uczestnik ŚDS TYP;
2	K	38	Panna	Specjalna Szkoła Zawodowa	Renta socjalna + zasiłek pielęgnacyjny Dochód przekracza kryterium dochodowe, o którym mowa w art.8 ust.1 pkt 1 ups		„B”

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, z otyłością powikłaną nadciśnieniem tętniczym i hypercholesterolemią, cierpieniem rąk (prawdopodobnie na skutek zmian zwyrodnieniowych w kręgosłupie). W badaniach laboratoryjnych na etapie diagnozy nie stwierdzono istotnych odchyżeń od normy (niewielkie odchylenia od normy: nieznacznie podwyższona glikemia w przebiegu cukrzycy i nieprawidłowy obraz białokrwinkowy - zwiększona ilość monocytów, która mogła być wyrazem np. niedawno przebytej infekcji).

Uczestniczka oceniała swoje samopoczucie na dobre, nie korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych w ciągu ostatnich dwóch lat. Skarżyła się na dolegliwości bólowe odcinka lędźwiowo- krzyżowego kręgosłupa oraz bioder, szczególnie w czasie zmian pogodowych. Brała udział w regularnych treningach na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy w Tomaszkowicach, obejmującego

trening na ergometrze rowerowym, step per, bieżnię itp., dwa razy w tygodniu. Codziennie spacerowała w czasie drogi z domu do ŚDS w Tomaszkowicach i z powrotem.

Analiza badań laboratoryjnych:

1. Morfologia krwi - Normalizacja ilości monocytów w obrazie białokrwinkowym

- a) wyjściowa wartość 1,26 tys/ul (norma do 1,0 tys/ul);
- b) w połowie Projektu do 0,93 tys/ul
- c) wyniki końcowe do 0,7 tys/ul

Natomiast w obrazie odsetkowym ilość monocytów nadal zwiększona, choć w istotnie mniejszym stopniu niż wyjściowo 19,2% (norma do 10%). - 17,4% w połowie Projektu i 15%- wyniki końcowe

2. Stężenie glukozy: istotna poprawa, normalizacja wartości:

- a) wyjściowo wartość glukozy podwyższona (5,81 mmol/l, przy normie do 5,5 mmol/l)
- b) w połowie Projektu - 5,44 mmol/l
- c) wyniki końcowe - 5,48 mmol/l (norma).

3. Stężenie cholesterolu W końcowych wynikach cholesterol całkowity przekraczał normę 5,71 mmol/l (norma do 5,0 mmol/l), w poprzednich badaniach wynik był w granicach normy. Jednak wartość ta tylko nieznacznie przekraczała normę, a sama wartość całkowitego cholesterolu nie ma istotnego znaczenia klinicznego i nie należy ją traktować jako patologię, jeżeli poszczególne składowe lipidogramu były w granicach normy (zwłaszcza przy wysokiej wartości frakcji HDL stanowiącej wartość ochronną – wartość pożądana >1,2 mmol/l, u Uczestniczki wynosiła aż 1,72 mmol/l, co sztucznie mogło zawyżać całkowity wynik cholesterolu).

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych były bez odchylenia od normy.

Uczestniczka przed przystąpieniem do projektu wypijała w ciągu dnia zaledwie jedną lub dwie szklanki wody, piła kawę bez cukru. Preferowała ciemne pieczywo posmarowane margaryną. Ulubionymi owocami i warzywami były: pomarańcze, winogrona, jabłka, marchewka, brokuł, kalafior. Ulubionymi potrawami były dania przyrządzane z indyka i wołowiny, ulubionym smakiem był smak słodki.

W grudniu zachorowała na grypę, leczenie trwało około 3 tygodnie. W tym okresie wizyty dietetyka zostały zawieszane i uzupełnione w następnych tygodniach. To był trudny okres pod kątem stosowanej diety i ograniczeniem aktywności fizycznej. Z przeprowadzonego wywiadu wynikało, że Uczestniczka omijała posiłki, nie jadła regularnie, zwracała mniejszą uwagę na to co zjadała, nie wypijała wystarczającej ilości płynów. Są to często spotykane odstępstwa od zaleceń dietetycznych wśród osób przeziębionych, czy chorych. W tym okresie waga nieznacznie się podniosła.

Wyniki pomiarów antropometrycznych przedstawiają się następująco:

Wzrost	154 cm
Waga docelowa	59,0 kg

	Start	Obecnie
Waga:	117,7 kg	111,9 kg
WHR =	0,98	0,98
BMI =	49,6	47,2

Sukcesem stało się przede wszystkim znaczne zmniejszenie obwodów ciała. Obwód brzucha mniejszy o 13 cm, a obwód bioder mniejszy o 12 cm. oraz spadek wagi o około 6 kg w trakcie trwania innowacji, z czego około 4 kg to spadek tkanki tłuszczowej i około 2 kg wody metabolicznej.

Przeprowadzono badanie Kwestionariuszem Pomiaru Depresji KPD, Skalą Samooceny Rosenberga oraz dwukrotne badanie Skalą Oceny Oddziaływań Psychologicznych na początku i na końcu współpracy.

Interpretacja wyników KPD nie wskazywała na występowanie depresji, a jedynie niewielkie obniżenie sprawności procesów poznawczych, głównie koncentracji uwagi, pamięci i uczenia się, a także trudności w podejmowaniu decyzji. Dominował u niej obniżony nastój, często była smutna i przygnębiona, towarzyszył temu niski poziom samooceny. Badana miała trudności w relacjach społecznych. Bywała lękowa i hipochondryczna. Towarzyszyły temu objawy psychosomatyczne. Poziom samoregulacji znajdował się na poziomie średnim. Posiadała zasoby chroniące przed depresją na poziomie przeciętnym.

Wynik w Skali Samooceny Rosenberga wynosi 21/40/4 sten i był wynikiem średnim, świadczącym o przeciętnym zadowoleniu z siebie, bez tendencji do przeceniania swoich umiejętności czy też niedocenianiu siebie i swoich możliwości.

Wyniki w Skali Oceny Oddziaływań Psychologicznych przedstawiły się następująco: w pierwszym badaniu 25/80 wynik niski, a drugim badaniu 50/80 wynik powyżej średniej, co świadczy o zaistniałych zmianach. Badana znacznie poszerzyła swoją wiedzę z zakresu zasad zdrowego żywienia i kontroli ilości i częstości spożywanych posiłków. Twierdziła, że łatwiej jej jest rozwiązywać konflikty i podejmować decyzje. Lepiej radziła sobie ze stresem i poszerzyła wiedzę o sobie.

Analiza wyników obejmująca ocenę, pod względem poprawy sytuacji socjalno bytowej Uczestniczki w okresie trwania projektu.

We wstępnej fazie projektu zidentyfikowano:

- Wieloletnie zaniedbanie problemu zdrowotnego.
- Brak motywacji do działań w obszarze poprawy jakości i estetyki wymowy.
- Niska samoocena osoby niepełnosprawnej w aspekcie świadomości deficytów zdrowotnych.

Wskutek podjętych działań przez pracownika socjalnego osiągnięto:

- Podniesienie kompetencji rodziny w zakresie wspierania i dbałości o stan zdrowia osoby niepełnosprawnej.
- Poprawę jakości funkcjonowania osoby niepełnosprawnej poprzez wykonanie zabiegu chirurgicznego korekty łuku zębowego.
- Poprawę jakości komunikacji poprzez wdrożenie ćwiczeń logopedycznych.
- Wzmocnienie samooceny osoby niepełnosprawnej w wyniku poprawy walorów estetycznych, przełamanie bariery emocjonalnej w relacjach.
- Nawiązanie serdecznych relacji z uczestniczką.
- Podniesienie satysfakcji z udziału w projekcie poprzez indywidualny akcent w obszarze tradycji i kultury; - organizacja wycieczki do Muzeum Narodowego w Krakowie oraz podarowanie paczki świątecznej.

Charakterystyka uczestników.

l.p	Płeć	Wiek	Stan	Wykształce	Sytuacja ekonomiczna uczestnika	Status	Uczestnik



			cywilny	nie		rodzinny	ŚDS TYP;
3	K	30	Panna	Zasadnicza szkoła zawodowa specjalna	Renta rodzinna Renta socjalna + zasiłek pielęgnacyjny Dochód przekracza kryterium dochodowe o którym mowa w art.8 ust.1 pkt 1 ups.	Rodzina niepełna • uczestnik • matka	„A”

Uczestniczka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, z otyłością jeszcze bez widocznych powikłań narządowych.

Beneficjentka oceniała swoje samopoczucie na dobre, nie korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych w ciągu ostatnich dwóch lat, bez kontuzji i dolegliwości bólowych związanych z lokomocją. Brała udział w regularnych treningach na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy w Tomaszkowicach, obejmującego trening na ergometrze rowerowym, step per, bieżnię itp., dwa razy w tygodniu, co drugi dzień spacerowała.

Występowały u niej zaburzenia metaboliczne w postaci hypecholesterolemii. Leczona psychiatrycznie z powodu zaburzeń zachowania i niepokoju.

Analiza badań laboratoryjnych

1. Poprawa w zakresie morfologii krwi:

- Podwyższona ilość erytrocytów wyjściowo 5,34 mln/ul – w połowie Projektu 5,24 mln/ul, wyniki końcowe 5,25 mln/ul, (norma 3,93-5,22). Wynik ten może być spowodowany przyjmowaniem nadal zbyt małej ilości płynów, może być także osobniczą normą u pacjentki, nie wymaga diagnostyki i leczenia.
- Wyjściowo podwyższona wartość prokalcytoniny (PCT 0,41- norma do 0,35%), w połowie Projektu normalizacja parametru, ale w wynikach końcowych ponownie minimalne jego podwyższenie do 0,5% (norma 0,3-0,4%). Wynik ten wskazuje na niewielkiego stopnia stan zapalny, aktualny lub przebyty lub jest osobniczą cechą, nie wymagający dalszej diagnostyki.
- Normalizacja obrazu białokrwinkowego: wyjściowo zwiększona ilość monocytów w obrazie białokrwinkowym, w obrazie odsetkowym: ilość monocytów wyjściowo 12,1% ,w połowie Projektu - 12,0%, w wynikach końcowych – 10% (norma do 10%). Wynik ten jest najczęściej wyrazem niedawno przebytej lub aktualnej niewielkiej infekcji.

2. Poprawa w zakresie stężenia cholesterolu,

- a) wyjściowo podwyższone stężenie cholesterolu 5,79 mmol/l (norma 3-5,0 mmol/l)-
- b) w połowie Projektu 5,15 mmol/l;
- c) wynik końcowy - 4,74 mmol/l.

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych bez istotnych klinicznie odchyleń od normy.

Uczestniczka na etapie diagnozy wypijała około ½ l. wody, 1-2 kawy z mlekiem, preferowała pieczywo pszenne posmarowane masłem. Nie podjadała między posiłkami. Ulubionymi owocami/warzywami były wszystkie ogólnie dostępne. Uczestniczka nie interesowała się problematyką zdrowego odżywiania ale chciała schudnąć. Ujawniała motywację do procesu odchudzania. Otyłość przeszkadza jej w pozytywnej ocenie własnej osoby. Zdarzały jej się wybuchy złości. Nie lubiła kontroli. Wskazywała na małe zainteresowanie rodziców jej osobą w dzieciństwie.



Mieszkała z mamą, która nie wychodziła z domu z powodu otyłości olbrzymiej. Na uczestnicze spoczywał ciężar bezpośredniej opieki nad matką i pomagania jej w czynnościach dnia codziennego. W trakcie prowadzonego wywiadu przyznała, że czasami Panie ze środowiskowego domu, sugerowały jej wzięcie kąpeli i zmianę odzieży. Czas wolny spędzała przed telewizorem z mamą.

Wzrost 150 cm
Waga docelowa 57,0 kg

	Start	Obecnie
Waga:	129,7 kg	125,8 kg
WHR =	0,98	0,99
BMI =	57,6	55,9

Podsumowując wyniki, możemy mówić o sukcesie w redukcji wagi, spadek wyniósł około 4 kg, a zarazem zmniejszenie współczynnika BMI. Niektóre zarejestrowane podczas wizyt wzrosty wagi u Uczestniczki były spowodowane znacznym zatrzymaniem się płynów przed menstruacją. Procentowa zawartość tkanki tłuszczowej również uległa redukcji z wartości 41,4% na 39,9%.

Badanie Kwestionariuszem Pomiaru Depresji KPD wskazało na osłabienie funkcji poznawczych, procesów uczenia, uwagi i pamięci oraz sprawności psychomotorycznej i energii do działania. U badanej występowało silne poczucie alienacji i osamotnienia, pesymizm i poczucie bezradności. Badana była wycofana emocjonalnie i miała niski poziom samokontroli. Jej postępowanie uległo dezorganizacji pod wpływem impulsów, silnych przeżyć i emocji. Była osobą zahamowaną i nieśmiałą. Miała niskie umiejętności samoregulacji. Niewielkie zasoby chroniące przed depresją, odnoszące się do podtrzymywania pozytywnych emocji, powodowały zaburzenia nastroju i stany depresyjne na poziomie umiarkowanym.

Wynik Skali Samooceny Rosenberga wynosił 25/40/5 sten i wskazywał na przeciętny poziom samooceny. Badana w zasadzie była zadowolona z siebie i niechętna do dokonywania jakichkolwiek zmian.

Badanie Skalą Oceny Oddziaływań Psychologicznych przeprowadzono dwukrotnie na początku projektu i na jego zakończenie. W pierwszym badaniu wynik wynosił 29/80 pkt., znacznie poniżej średniej a w drugim badaniu wynik wynosił 40/80, wynik średni. Poprawił się poziom wiedzy na temat zasad zdrowego żywienia, kontrola ilości i liczby spożywanych posiłków a także sposób podejmowania decyzji.

Analiza wyników obejmująca ocenę, pod względem poprawy sytuacji socjalno bytowej Uczestniczki w okresie trwania projektu.

We wstępnej fazie projektu zidentyfikowano:

- Zaniedbania zdrowotne.
- Zaniedbania w obszarze spraw formalnych (brak dowodu osobistego członka rodziny).
- Brak motywacji opiekuna osoby niepełnosprawnej w zakresie uregulowania rodzinnych spraw spadkowych.
- Minimalizowanie spraw związanych z koniecznością wzmocnienia i przygotowywania osoby niepełnosprawnej do samodzielności życiowej.

Wskutek podjętych działań przez pracownika socjalnego osiągnięto:

- Przyznanie paczki świątecznej okolicznościowej z inicjatywy pracownika socjalnego projektu (finansowanej z budżetu GOPS).
- Podniesienie kompetencji w zakresie dbałości o stan zdrowia.
- Skuteczność oddziaływań poprzez wykonanie zabiegu chirurgicznego stopy – poprawa jakości funkcjonowania fizycznego, oraz diagnoza w poradni „K”. zakończona wdrożeniem procesu leczenia.
- Podniesienie świadomości i wiedzy na temat Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego oraz Kodeksu Cywilnego, w tym możliwości ustanowienia kuratora dla majątku osoby niepełnosprawnej.
- Zainicjowanie postępowania spadkowego celem zabezpieczenia spraw majątkowych osoby niepełnosprawnej - podjęcie działań o nabycie spadku, nadanie biegu sprawom.
- Podjęcie działań o uzyskanie dowodu tożsamości niepełnosprawnej matki – termin odbioru dokumentu został już ustalony.
- Nawiązanie serdecznych relacji z rodziną – wzbudzenie zaufania odnośnie możliwości uzyskania właściwych form wsparcia i opieki ze strony instytucji pomocy społecznej. Uzyskanie pomocy w naturze w formie paczki świątecznej okolicznościowej z inicjatywy pracownika socjalnego projektu (finansowanej z budżetu GOPS).

Charakterystyka uczestników.							
l.p.	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Wykształcenie	Sytuacja ekonomiczna uczestnika	Status rodzinny	Uczestnik ŚDS TYP;
4	K	39	Panna	Zasadnicza szkoła zawodowa	Renta uczniowska + zasiłek pielęgnacyjny Dochód przekracza kryterium dochodowe o którym mowa w art.8 ust.1 pkt 1 ups.	Rodzina niepełna • uczestnik • matka • pełnoletni brat	„A”

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, ze schizofrenią, z cukrzycą typu 2, leczoną lekami doustnymi, z nadciśnieniem tętniczym, z wadą wzroku, z otyłością olbrzymią. Chora leczona bardzo dużymi dawkami neuroleptyków (quetipina 200mg/dobę, haloperidol podawany domięśniowo co 2 tyg. po 2 ampułki po 50mg) co w bardzo istotny sposób wiąże się ze zwiększeniem masy ciała.

Beneficjentka korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych, obejmujących postępowanie fizykoterapeutyczne oraz masaże. Dolegliwości bólowe związane z lokomocją dotyczyły kończyn dolnych oraz kręgosłupa lędźwiowego, w wyniku jednostronnego i krótkotrwałego epizodu rwy kulszowej kilka miesięcy wcześniej. Aktywnościami fizycznymi były głównie spacer (droga do sklepu i kościoła) oraz raz w tygodniu trening odbywający się na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy w Tomaszkowicach.

Analiza badań laboratoryjnych

1. Morfologia

Wyjściowo zwiększona ilość eozynofili w obrazie białokrwinkowym (6,1 % przy normie do 6,0%) w trakcie trwania Projektu - wartość w normie. Wynik mógł świadczyć o niedawno przebytej lub aktualnej infekcji.

2. Glukoza: bez poprawy w zakresie stężenia glukozy: wyjściowo podwyższona wartość glukozy 6,75 mmol/l, w trakcie trwania Projektu - 6,83 mmol/l (przy normie do 5,5 mmol/l) – pacjentka choruje na cukrzycę.

Wynik świadczy o niewyrównaniu schorzenia. Program u w/w nie został jednak przeprowadzony w całości, Uczestniczka nie przestrzegała w całości zaleceń dietetycznych, była mało aktywna ruchowo, choć równocześnie deklarowała potrzebę redukcji wagi ciała.

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych bez istotnych klinicznie odchyleń od normy.

Uczestniczka na etapie diagnozy nie piła wody, preferowała herbatę z cytryną bez cukru. Spożywała białe pieczywo posmarowane masłem. Ulubionym smakiem był słony. Ulubionymi warzywami/owocami były gruszki, śliwki, jabłka, ogórki, dużo surówek. Ulubionymi potrawami jogurt, budyń, mleko, kisiel, galaretki, ser biały, frytki majonez. Posiłki spożywała 4 do 6 razy dziennie. Podjadała zwłaszcza w nocy.

Zapytana dlaczego zdecydowała się na udział w projekcie, odpowiedziała, że „otyłość bardzo jej przeszkadza i wstydzi się własnego ciała”. Podczas rozmowy diagnostycznej, matka cały czas ją krytykowała. Badana przejawiała duże zainteresowanie wprowadzanymi zmianami. Uczestniczka była w remisji choroby psychicznej. Twierdziła, że problemy z wagą pojawiły się w chwili stosowania leczenia neuroleptykami.

Uczestniczka samodzielnie czyta i pisze. Lubi śpiewać. Próbowала swoich sił w chórze ale koleżanki śmiały się z niej i zrezygnowała.

Matka wyraźnie torpedowała działania córki, zmierzające do walki z otyłością. Zauważono wyraźną niechęć matki badanej do uczestnictwa córki w projekcie oraz niechęć do zmiany nawyków żywieniowych. Argumentem jej były słowa: „Jak się ma cukrzycę to trudno schudnąć. Jak się nie ma pieniędzy to trudno schudnąć”.

Biorąc pod uwagę stan psychofizyczny Uczestniczki i jej niesprzyjające procesowi odchudzania środowisko rodzinne oraz pobyt w szpitalu w trakcie realizacji projektu, za sukces należy uznać nawet niewielki ubytek masy ciała.

Parametry antropometryczne przedstawiają się następująco:

Wzrost 165cm
Waga docelowa 60,5 kg

	Start	Obecnie
Waga:	125,5 kg	123,1 kg
WHR =	1,07	1,1
BMI =	46,1	45,2

Analiza wyników Kwestionariusz Pomiaru Depresji – KPD wskazała na wysokie poczucie wyobcowania, poczucie winy i konieczności poniesienia kary. Dominowały u niej negatywne emocje. Skłonna była do nadmiernego rozpamiętywania swoich trudności i poniesionych porażek. Często

występował u niej obniżony nastrój oraz obniżona chęć jakiegokolwiek aktywności. W zasadzie nie odczuwała zadowolenia z życia i przyjemności. Miewała zaburzenia snu i objawy psychosomatyczne towarzyszące stanom depresyjnym. Prezentowała przeciętny poziom umiejętności korzystania z własnych zasobów i możliwości, a więc średni poziom samoregulacji, nie pozwalając jej na poradzenie sobie z trudnościami życia codziennego. Objawy depresyjne występowały w dużym stopniu nasilenia.

Wynik badania Kwestionariuszem Samooceny Rosenberga wynosił 21/40/4 sten i wskazywał na przeciętny poziom samooceny. Badana nie miała więc większych problemów z oceną siebie. Samoocena nie stanowiła dla niej problemu, a bardziej wygląd zewnętrzny związany z otyłością.

Z Uczestniczką przeprowadzono również badanie Skalą Pomiaru Oddziaływań Psychologicznych. Na początku projektu wynik wynosił 63/80 i był wynikiem powyżej średniej. Badana miała dość duży zasób wiedzy na temat zasad zdrowego odżywiania i kontroli ilości i częstotliwości spożywanych posiłków, nie miała też trudności w wyrażaniu emocji i rozwiązywaniu konfliktów czy podejmowaniu decyzji, twierdziła że matka jej mówi „co ma zrobić ale to ona ostatecznie decyduje jak postąpić bo to jej życie”. Nie udało się przeprowadzić ponownie tego pomiaru na zakończenie projektu, ponieważ Uczestniczka w trakcie trwania procesu testowania została skierowana na leczenie szpitalne na czas bliżej nie określony.

Analiza wyników obejmująca ocenę, pod względem poprawy sytuacji socjalno bytowej Uczestniczki w okresie trwania projektu.

We wstępnej fazie projektu zidentyfikowano:

- Problemy z zabezpieczeniem potrzeb zdrowotnych poprawiających jakość życia.
- Niską motywację dbania o potrzeby zdrowotne osoby niepełnosprawnej.
- Konieczność zabezpieczenia potrzeb dotyczących ogrzewania pomieszczeń mieszkalnych osoby niepełnosprawnej w sezonie zimowym.
- Hermetyzację środowiska rodzinnego w środowisku i społeczności lokalnej.

Na skutek podjętych działań przez pracownika socjalnego osiągnięto:

- Poprawę funkcjonowania poprzez uzyskanie okularów korekcyjnych.
- Wsparcie instytucji pomocy społecznej formie finansowej – na zakup opału oraz w formie rzeczowej (paczka świąteczna-okolicznościowa).
- Podniesienie kompetencji opiekuńczych w zakresie potrzeby towarzyszenia osobie niepełnosprawnej w procesie jej leczenia.
- Przełamanie oporu osoby niepełnosprawnej do kontaktu, nawiązanie przyjaznych relacji, stworzenie klimatu zaufania
- Skuteczną motywację do konsultacji i diagnostyki.

Charakterystyka uczestników.							
l.p.	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Wykształcenie	Sytuacja ekonomiczna uczestnika	Status rodzinny	Uczestnik ŚDS TYP;
5	K	25	Panna	Gimnazjum specjalne	Renta socjalna + zasiłek pielęgnacyjny Dochód przekracza	Rodzina pełna • uczestnik • dorosła siostra • rodzice	„B”

					kryterium dochodowe o którym mowa w art.8 ust.1 pkt 1 ups		
--	--	--	--	--	---	--	--

Osoba z Zespołem Downa, z zaburzeniami zachowania w przebiegu zespołu, z niewyrównaną niedoczynnością tarczycy, z otyłością. Otrzymywała neuroleptyki oraz leki przeciwdepresyjne, które potęgowały problem otyłości. Wymagała modyfikacji terapii niedoczynności tarczycy, która w postaci nieuregulowanej może także nasilać otyłość. Mówiła niespójnie. Nie umie pisać ani czytać. Ma bardzo niski poziom intelektualny, bardzo trudny kontakt werbalny. Niemożliwe były bezpośrednie oddziaływania psychologiczne. Matka odpowiadała na większość zadawanych pytań. Matka podkreślała, że córka jest bardzo samodzielna w wykonywaniu czynności, jednak wymaga nadzoru. Często należy jej przypominać o tym co ma lub powinna zrobić danego dnia.

W trakcie diagnozy, badana oceniała swoje samopoczucie na dobre, nie korzystała z zabiegów rehabilitacyjnych w ciągu ostatnich dwóch lat. Nie uskarżała się na dolegliwości bólowe związane z lokomocją. Bierła udział w regularnych treningach na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy w Tomaszkowicach, obejmującego trening na ergometrze rowerowym, stepper, bieżnię itp., raz w tygodniu. Jeden do dwóch razy w tygodniu spacerowała w czasie drogi do kościoła czy pobliskiego sklepu.

Analiza badań laboratoryjnych

1. Obniżenie stężenia cholesterolu w badaniach:

- wyjściowo podwyższone stężenie cholesterolu 5,6 mmol/l.
- w trakcie badań kontrolnych – 4,02 mmol/l,
- w badaniach końcowych 5,15 mmol/l (norma 3-5,0 mmol/l).

Wynik końcowy tylko nieznacznie przekraczał normę, a sama wartość całkowitego cholesterolu nie ma istotnego znaczenia klinicznego i nie należy ją traktować jako patologię, jeżeli poszczególne składowe lipidogramu były w granicach normy (zwłaszcza przy wysokiej wartości frakcji HDL stanowiącej wartość ochronną – wartość pożądana >1,2 mmol/l, u Uczestniczki wynosiła 1,52 mmol/l, co sztucznie mogło zawyżać całkowity wynik cholesterolu).

2. TSH

- wyjściowo 59,1802 uU/ml (norma 0,35-4,94) – wynik wskazuje na znacznego stopnia niewyrównaną niedoczynność tarczycy,
- w trakcie trwania Projektu była kontrola u lekarza POZ,
- w wynikach końcowych – TSH 10,6 uU/ml, co nadal wskazuje na niedoczynność tarczycy, ale znacznie mniej nasiloną.

Uczestniczka przed przystąpieniem do projektu wypijała około ½ l. wody, kawę Inkę, preferowała pieczywo pszenne posmarowane masłem roślinnym. Podjadała między posiłkami: pączek, landrynki, jogurt, jabłko. Ulubione owoce/warzywa to: banany, winogrona, gruszki, kiwi/ pomidory, ogórki, kalafior, ziemniaki. Ulubione dania: zupy, mięso, makaron. Uczestniczka lubiła przebywać w kuchni, towarzysząc przy przygotowywaniu potraw, zwłaszcza przy krojeniu składników.

Parametry antropometryczne przedstawiają się następująco:

Wzrost

152cm

Waga docelowa 57,0 kg

	Start	Obecnie
Waga:	89,7 kg	79,8kg
WHR =	1,06	0,94
BMI =	38,8	34,5

W porównaniu z innymi uczestnikami projektu uzyskany efekt wizualny był największy. Uczestniczka zredukowała swoją wagę o najwyższą liczbę kilogramów. Schudła aż 10 kilogramów, a obwód jej brzucha zmniejszył się o 18 centymetrów. Dzięki swojemu zaangażowaniu spadki wagi stały się dla niej łatwe do osiągnięcia. Procentowa zawartość tkanki tłuszczowej została obniżona z wartości 37,5% na 32,8%, czyli straciła około 5 kilogramów tłuszczu i taka samą ilość zatrzymanej wody metabolicznej.

Ze względu na niemożliwość przeprowadzenia badań kwestionariuszowych /brak umiejętności czytania i rozumienia a także całkowity brak wglądu i bezkrytycyzm / przeprowadzono jedynie badanie Skalą Oceny Oddziaływań Psychologicznych z matką, dwukrotnie na początku i na zakończeniu projektu. Matka miała ocenić czy i na ile zmieniły się zachowania córki wskazane w opisie Skali.

Wyniki badania na początku wynosiły 35/80 i były nieco niższe od średniej a na końcu wynosiły 43/80 i były na poziomie średniej. W ocenie matki córka lepiej poznała siebie, nauczyła się lepiej rozwiązywać konflikty i podejmować decyzje. W jej przypadku ważna jest stała kontrola matki w utrzymaniu wypracowanych nawyków.

Analiza wyników obejmująca ocenę, pod względem poprawy sytuacji socjalno bytowej Uczestniczki w okresie trwania projektu.

We wstępnej fazie projektu zidentyfikowano:

- Trudności emocjonalne w akceptacji zmian w strukturze rodziny.
- Brak wzorców żywieniowych i dbałości o kondycję zdrowia fizycznego.
- Brak wystarczającej wiedzy na temat przysługujących uprawnień socjalnych dla rodziny, a także dotyczących spraw opieki nad osobą niepełnosprawną – w myśl Kodeksu Rodzinnego i Opiekuńczego.

Wskutek podjętych działań przez pracownika socjalnego osiągnięto:

- Wzmocnienie uczestniczki i jej rodziny poprzez oddziaływanie edukacyjne i psychologiczne w aspekcie adaptacji zmian w życiu rodziny.
- Udzielenie pomocy pozostałym członkom rodziny w formie poradnictwa z zakresu przysługujących uprawnień (zasilek rodzinny, świadczenie wychowawcze 500+).
- Akceptację dbałości o kondycję zdrowotną przy motywacji do wycieczek plenerowych, w czasie których prowadzono edukację uczestniczki o charakterze przyrodniczym /środowiskowym.
- Uzyskano serdeczne kontakty z rodziną, wzbudzone zaufanie i akceptację.
- Podniesiono świadomość rodziny w zakresie konieczności dbania o stan zdrowia osoby niepełnosprawnej oraz spraw dotyczących zabezpieczenia Jej przyszłości.
- Wzmocniono atrakcyjność udziału w projekcie poprzez uzyskanie paczki świątecznej okolicznościowej.

Charakterystyka uczestników.							
I.p	Płeć	Wiek	Stan cywilny	Wykształcenie	Sytuacja ekonomiczna uczestnika	Status rodzinny	Uczestnik ŚDS TYP;
6	M	29	Kawaler	Specjalna szkoła zawodowa	Renta socjalna + zasiłek pielęgnacyjny	Rodzina niepełna uczestnik	„B”
6		29			Dochód przekracza kryterium dochodowe o którym mowa w art.8 ust.1 pkt 1 ups	matka • • 3 braci	

Osoba z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, z otyłością powikłaną nadciśnieniem tętniczym. Leczona jedynie z powodu nadciśnienia tętniczego.

Stwierdzone w badaniach laboratoryjnych istotne podwyższenie parametrów wątrobowych wskazywało na uszkodzenie tego narządu. Wobec braku wywiadu w kierunku przebytych schorzeń wątroby i istnienia znanych czynników hepatotoksycznych, Uczestnik wymagał poszerzenia diagnostyki w kierunku choroby wątroby i wykluczenia chorób infekcyjnych. Sama otyłość także mogła być czynnikiem hepatotoksycznym. O problemie poinformowano Pracownika Socjalnego będącego Członkiem Zespołu.

Uczestnik oceniał swoje samopoczucie na dobre, nie korzystał z zabiegów rehabilitacyjnych w ciągu ostatnich dwóch lat, bez kontuzji i dolegliwości bólowych związanych z lokomocją. Brał udział w regularnych treningach na terenie Środowiskowego Domu Samopomocy w Tomaszkowicach dwa razy w tygodniu, obejmującego trening na ergometrze rowerowym, stepper, bieżnię itp., dwa razy w tygodniu, codziennie spacerował.

Analiza badań laboratoryjnych

- Znaczna poprawa w zakresie parametrów wątrobowych:
 - wyjściowo istotne podwyższenie parametrów wątrobowych (ALT 153 U/L (norma 0-55 U/l), AST 80 U/L (norma 5-34 U/L).
 - w trakcie trwania Projektu: ALT 64 U/L, AST33 U/L.
 - wyniki końcowe: ALT 46 U/L (norma 0-41 U/l), AST 23 U/L (norma 0-40 U/L).
- Normalizacja obrazu białokrwinkowego: wyjściowo zwiększona ilość limfocytów w obrazie białokrwinkowym (3,21 tys/uł; norma do 3,0 tys/uł; w obrazie odsetkowym ilość limfocytów 40,3%; norma do 40%. ; w trakcie badań kontrolnych oraz badań końcowych - w/w parametry w normie. Wynik wyjściowy mógł być wyrazem niedawno przebytej niewielkiej infekcji wirusowej.
- Całkowita normalizacja wartości glukozy:
 - wyjściowo 5,79 mmol/l (norma do 5,5 mmol/l)
 - w trakcie trwania Projektu- 5,51 mmol/l
 - wynik końcowy- 5,36 mmol/l
- Obniżona obecnie wartość cholesterolu całkowitego:
 - wyjściowo 3,61 mmol/l ,
 - do wartości 2,67 mmol/l w badaniach kontrolnych

- c) 2,56 mmol/l w badaniach końcowych (norma 3,0-5,0 mmol/l) może być wyrazem modyfikacji diety lub świadczyć o niewielkim upośledzeniu funkcji wątroby; wynik nie jest wskazaniem do modyfikacji dotychczasowych zaleceń dietetycznych ani do interwencji farmakologicznej, ale do ewentualnej kontroli po zakończeniu Projektu o czym poinformowano matkę Uczestnika

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych bez odchyleń od normy.

Uczestnik preferował głównie produkty z dużą ilością cukru: słodzone napoje z cukrem, słodczyce. Często podjadała między posiłkami, najczęściej były to kanapki z białego pieczywa, posmarowane masłem. Zjadał duże porcje posiłków, jadł nieregularnie. Z owoców preferował jabłka, winogrona, kiwi i banany. Z warzyw gotowany kalafior i marchewka.

Podczas spotkań był bardzo chętny do rozmowy. Z przeprowadzonego wywiadu wynikało, że okresowo ma trudności z utrzymaniem higieny osobistej. Relacje mamy z synem wydają się być prawidłowe, a sama mama nie deklarowała chęci podjęcia współpracy w ramach realizowanego projektu.

Miał bardzo mały zasób wiedzy ogólnej, bezkrytyczny, brak wglądu w siebie.

Parametry antropometryczne przedstawiają się następująco:

Wzrost	180cm
Waga docelowa	83,5 kg

	Start	Obecnie
Waga:	125,6 kg	116,1kg
WHR =	0,71	0,66
BMI =	38,8	35,8

Uczestnik w trakcie trwania projektu stracił 9,5 kg.

Ze względu na występujące ograniczenia, nie było możliwe przeprowadzenie badania Kwestionariuszem Pomiaru Depresji i Skalą Samooceny Rosenberga. Wykonano dwa badania Skalą Oceny Oddziaływań Psychologicznych na początku i na końcu projektu z matką badanego. Poproszono aby oceniła syna zgodnie z podanymi pytaniami. W pierwszym badaniu wynik wynosił 22/80 i był bardzo niski a w drugim badaniu wynosił 54/80 i był znacząco powyżej średniej. W wyniku oddziaływań innych specjalistów i psychologa, znacznie poprawiła się u niego wiedza na temat zdrowego odżywiania wyrażania emocji, umiejętności rozwiązywania konfliktów i radzenia sobie ze stresem oraz samopoznanie. Badany zdobył wiedzę dotyczącą stosowania w diecie odpowiednich produktów i nabył niektóre umiejętności z zakresu funkcjonowania emocjonalnego i społecznego. Widoczna była większa pewność siebie i wyższa samoocena.

Analiza wyników obejmująca ocenę, pod względem poprawy sytuacji socjalno bytowej Uczestniczka w okresie trwania projektu.

We wstępnej fazie projektu zidentyfikowano:

- Trudności ekonomiczne w zaspokajaniu podstawowych potrzeb bytowych.
- Brak samodzielności w organizacji spraw życiowych osób niepełnosprawnych w rodzinie.
- Bezradność i brak wiedzy w zakresie ochrony osoby niepełnosprawnej.

Wskutek podjętych działań przez pracownika socjalnego osiągnięto:

- Poprawę sytuacji ekonomicznej; wsparcie instytucji pomocy społecznej w formie finansowej na zakup opału, oraz w formie rzeczowej (paczka świąteczna-okolicznościowa).
- Skuteczne wsparcie zakończone nabyciem uprawnień do kontynuacji zabezpieczenia rentowego z ZUS.
- Wzmocnienie rodziny w zakresie wiedzy na temat praw i ochrony osób niepełnosprawnych - powrót osoby do środowiska rodzinnego.

Analiza wyników wstępnych i końcowych, obejmująca wspólną ocenę Uczestników, pod względem możliwości ruchowych w okresie trwania projektu.

Aby wybrać narzędzie pomiarowe przeprowadzono na etapie diagnozy wstępne badanie, w którym poproszono uczestników o wykonanie trzech aktywności opartych na teście SPPB.

Wyniki przedstawiają się następująco:

LP	Uczestnik	Wiek	Wstawanie z krzesła – ilość powtórzeń	Test równowagi	Test dystansu 3m
1	S.M	53	13	<12	10 s.
2	P.K.	38	17	>12	10 s.
3	L.T.	30	12	>12	12 s.
4	M.K.	39	12	>12	6 s.
5	M.J.	25	13	<12	7 s.
6	L. P.	29	14	>12	8,5 s.

1. Wstawanie z krzesła – ilości powtórzeń w czasie 30s.
2. Test równowagi – pozycja wyjściowa – stanie tak aby palce jednej stopy dotykały pięty drugiej stopy. Próba trwa 12s.
3. Test szybkości na dystansie 3 metrów – wstanie z krzesła, marsz na odległości 3 m. do następnego krzesła, siad i ponowne powstanie, powrót do pozycji wyjściowej w siadzie na krzesło po ponownym pokonaniu 3 metrów.
Na podstawie wyżej opisanych pomiarów, stwierdzono, że test SPPB będzie adekwatny do oceny sprawności testowanej grupy.

W celu opisanie sprawności testowanej grupy posłużono się trzykrotnie testem SPPB, na pierwszym spotkaniu, po ok. 2 miesiącach trwania projektu, oraz na ostatnich zajęciach. Każdorazowo pomiar został przeprowadzony w trzech próbach. W tabeli przedstawiono uśrednione wyniki.

Wyniki prezentują się następująco:

Dane z pomiarów:

	Pomiar 1			Pomiar 2			Pomiar 3		
	Krzesło	Stab*	4m	Krzesło	Stab	4m	Krzesło	Stab	4m
M. S.	9.30	4	4.76	8.15	4	4.12	8.14	4	3.94

P. K.	6.48	3	5.53	7.33	4	4.55	6.55	4	3.76
L. T.	10.71	4	4.77	8.68	4	4.58	7.99	4	4.08
M. K.	12.66	3	5.21	9.88	4	4.91	-	-	-
M. J.	11.4	2	3.53	10.19	3	3.68	8.92	4	3.62
Ł. P.	8.63	3.5	4.6	7.33	4	4.01	7.19	4	3.49

Krzesło – Próba siłowa – pięciokrotne siadanie i wstawanie z krzesła – (s)

Stab. – Próba równowagi – stanie w określonej pozycji w określonym czasie . (PKT)

4m – Próba Szybkości – Chód na dystansie 4 metrów (s)

Próba wstawania z krzesła:

W każdym kolejnym pomiarze zaobserwowano zmniejszenie ilości czasu potrzebnych na wykonanie aktywności o ok. 1s lub więcej . Największa zmiana dotyczyła pomiarów I i II.

Test równowagi

W aktywności związanej z równowagą, każdorazowo wyniki poprawiały się w 4 punktowej skali o jeden stopień, tak, że w końcowym pomiarze wszyscy uczestnicy otrzymali maksymalną ilość punktów.

Szybkość chodu na dystansie 4 metrów:

W każdym z pomiarów wartości zmieniają się o ok.0.5s, utrzymując w zdecydowanej większości tendencję spadkową, ewentualnie zachowują podobne wartości.

Dane punktowe:

uczestnik	Pomiar 1			Suma	Pomiar 2			Suma	Pomiar 3			Suma
	K	S	4 m		K	S	4m		K	S	4m	
I	4	4	4	12	4	4	4	12	4	4	4	12
II	4	3	3	10	4	4	4	12	4	4	4	12
III	4	4	4	12	4	4	4	12	4	4	4	12
IV	3	3	3	9	4	4	3	11	-	-	-	-
V	3	2	4	9	4	3	4	11	4	4	4	12
VI	4	3.5	4	11.5	4	4	4	12	4	4	4	12

K– Próba siłowa – pięciokrotne siadanie i wstawanie z krzesła – (s)

S – Próba równowagi – stanie w określonej pozycji w określonym czasie . (PKT)

4m – Próba Szybkości – Chód na dystansie 4 metrów (s)

W pierwszym pomiarze, jedna uczestniczka wykazała istotne zaburzenia w zakresie równowagi, troje - łagodne zaburzenia. Dwoje uczestników nie uzyskało maksymalnej punktacji w aktywności wstawania z krzesła oraz szybkości chodu na dystansie 4 metrów.

W pomiarze drugim już tylko dwoje uczestników otrzymało niepełną punktację – w aktywności związanej z pomiarem równowagi oraz szybkości.

W trzecim pomiarze wszyscy badani uczestnicy otrzymali maksymalną ilość punktów w każdej z aktywności. Jedna uczestniczka zmuszona była zrezygnować z programu „Stop otyłości” i w tym przypadku końcowy pomiar sprawności się nie odbył.

Klasyfikacja:

Wyniki	Klasyfikacja
0-3	Ciężkie ograniczenia
4-6	Umiarkowane ograniczenia
7-9	Łagodne ograniczenia
10-12	Brak ograniczeń

Opis Wyników:

uczestnik	Pomiar 1	Pomiar 2	Pomiar 3
I	Brak Ograniczeń	Brak Ograniczeń	Brak Ograniczeń
II	Brak Ograniczeń	Brak Ograniczeń	Brak Ograniczeń
III	Brak Ograniczeń	Brak Ograniczeń	Brak Ograniczeń
IV	Łagodne ograniczenia	Brak Ograniczeń	-
V	Łagodne ograniczenia	Brak Ograniczeń	Brak Ograniczeń
VI	Brak Ograniczeń	Brak Ograniczeń	Brak Ograniczeń

IV. Analiza wyników badań

Rodzaj badań laboratoryjnych został dobrany zgodnie ze specyfikacją listy badań dostępną w klinice leczenia otyłości, które stanowią podstawę do prawidłowego przeprowadzenia procesu utraty wagi. W skład pakietu wchodziły następujące badania: moczu, morfologia, kreatynina, glukoza, cholesterol całkowity, HDL, LDL, Trójglicerydy, AlAT, AspAT, FT4, TSH.

Analiza dotyczy wyników badań:

- a) wstępnych, wykonanych na etapie sporządzania diagnozy,
- b) wykonywanych w połowie trwania testowania,
- c) wykonanych na jego zakończenie.

Uczestniczka 1. I.53.

Uczestniczka chorowała na padaczkę, po przebytych wcześniej udarze krwotocznym na skutek pękniętego tętniaka mózgu, cukrzycę typu 2 obecnie insulinozależną, nadciśnienie tętnicze, depresję, niewyrównaną niedoczynność tarczycy, nie leczoną wcześniej hypercholesterolemię.

Wyjściowo uczestniczka miała bardzo nasiloną niedoczynność tarczycy. Pozostawała w leczeniu endokrynologicznym od wielu lat, ale wymagała zdecydowanej modyfikacji leczenia. Wyniki wstępnych badań przesiewowych zostały przekazane do lekarza endokrynologa, wskutek czego zostało zmodyfikowane leczenie. Końcowe wyniki świadczą o skutecznej terapii niedoczynności tarczycy. Zastosowane postępowanie dietetyczne okazało się wystarczające i skuteczną metodą leczenia hipercholesterolemii. W efekcie końcowym nastąpiła całkowita normalizacja.

Podwyższone parametry morfotyczne krwi zwiększyły ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych i mogły być przyczyną wcześniejszego udaru mózgu u w/w.

Zastosowana profilaktyka przeciwzakrzepowa włączona w oparciu o w/w wyniki badań laboratoryjnych farmakoterapia oraz modyfikacja stylu życia i diety minimalizowały obecnie zagrożenie powikłaniami zakrzepowo zatorowymi u w/w.

Pozostałe nieznaczne odchylenia od normy w badaniach nie mają znaczenia klinicznego.

Osiągnięto poprawę w badaniach laboratoryjnych, redukcję wagi ciała, poprawę stanu zdrowia, a także bardzo wyraźną poprawę nastroju i samopoczucia Uczestniczki Projektu.

W wyniku prowadzonej pracy poprawiono umiejętności radzenia sobie ze stresem, wzmocniono poczucie własnej wartości w tym dbałości o własny wygląd oraz umiejętności nawiązywania kontaktów społecznych. Poszerzono zakres wiedzy umożliwiającej lepsze radzenie sobie z problemami wychowawczymi syna. Nie udało się wzmocnić motywacji do pozbywania się nadmiernej masy ciała a także zwiększenia aktywności i dbałości o wygląd mieszkania i przygotowania samodzielnych posiłków dietetycznych. Badana wyraźnie nie mogła zmobilizować się do sprzątnięcia i gotowania. Upatrywała źródła swoich wszystkich problemów w trudnej sytuacji materialnej.

Uczestniczka 2. I.38.

Uczestniczka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, z otyłością jeszcze bez widocznych powikłań narządowych.

Wyniki morfologii Uczestniczki najczęściej są wyrazem niedawno przebytej lub aktualnej infekcji. Spotkania obejmowały miesiące zimowe, w związku z czym, Uczestnicy wielokrotnie przechodzili infekcje górnych dróg oddechowych. Nieco podwyższona ilość monocytów mogła być także osobniczą, cechą indywidualną, nie wymagającą diagnostyki i leczenia.

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych były bez odchyień od normy.

Osiągnięto poprawę w badaniach laboratoryjnych, redukcję wagi ciała, poprawę stanu zdrowia i samopoczucia Uczestniczki Projektu.

Podczas spotkań pracowano nad motywacją, samooceną, krytycyzmem i samokrytycyzmem, trudnościami w relacjach społecznych i relacjach z matką oraz brakiem zaufania do ludzi. Badana była typem osoby oceniającej, brak było u niej zrozumienia i współczucia dla innych, była silnie skoncentrowana na sobie i swoich chorobach. Nie widziała potrzeby kontaktu z innymi osobami. Miała bardzo mały wgląd w siebie i była mało samokrytyczna. Na początku programu bardzo chciała się odchudzać, z czasem robiła coraz mniej w kierunku zrzucenia wagi. Często nie stosowała się do zaleceń dietetyka. Skupiona była na sobie i swoich chorobach.

Uczestniczka 3. L. 30

Uczestniczka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, z otyłością jeszcze bez widocznych powikłań narządowych ale z zaburzeniami metabolicznymi w postaci hipercholesterolemii. Wyjściowy wynik świadczył o zaburzeniu gospodarki cholesterolowej, a jego normalizacja była wynikiem skutecznych działań dietetycznych wdrożonych w trakcie trwania procesu odchudzania.

Leczona psychiatrycznie z powodu zaburzeń zachowania i niepokoju. Stosowane leki (Hydroxyzyna i Pernazyna), mogły nasilać u Uczestniczki problem otyłości.

Na podkreślenie zasługuje fakt, że bardzo istotnym efektem prowadzonego postępowania było to, że skutecznie opanowano problem hipercholesterolemii, jedynie za pomocą diety i nie było konieczności stosowania farmakoterapii. Nastąpiła poprawa w zakresie morfologii krwi.

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych bez istotnych klinicznie odchyień od normy.

Osiągnięto poprawę w badaniach laboratoryjnych, redukcję wagi ciała, poprawę stanu zdrowia i samopoczucia Uczestniczki Projektu.

W wyniku pracy udało się osiągnąć jedynie wzrost wiedzy na temat związku przyczynowo-skutkowego między zdrowym odżywianiem a masą ciała. Nie udało się wypracować motywacji do dbania o siebie i swoje zdrowie, a także konieczności zmniejszenia masy ciała. Badana nie była chętna do współpracy i w związku z tym każda próba głębszej analizy emocji i relacji społecznych nie powiodła się. Brak krytycyzmu i samokrytycyzmu stanowił główną przeszkodę w prowadzeniu terapii. Niski poziom intelektualny uniemożliwiał badanej zrozumienie siebie, swoich potrzeb i uczuć. Badana cały czas była zadowolona z siebie i nie widziała potrzeby żadnych zmian.

Uczestniczka 4. L. 39

Uczestniczka z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim, ze schizofrenią, z nadciśnieniem tętniczym, z wadą wzroku, z otyłością olbrzymią, z cukrzycą typu 2 leczoną lekami

doustnymi. Podwyższony poziom glukozy w wynikach badań, świadczył o niewyrównaniu schorzenia.

Leczona była bardzo dużymi dawkami neuroleptyków (quetipina 200mg/dobę, haloperidol podawany domięśniowo co 2 tyg. po 2 ampułki po 50mg), co w bardzo istotny sposób wiązało się ze zwiększeniem masy ciała.

U Uczestniczki nie wykonano badań kontrolnych końcowych i nie przeprowadzono końcowej oceny stanu zdrowia, ze względu na jej hospitalizację w końcowym etapie oddziaływań.

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych bez istotnych klinicznie odchyleń od normy.

Nie osiągnięto poprawy w badaniach laboratoryjnych, ale osiągnięto redukcję wagi ciała, poprawę stanu zdrowia i samopoczucia Uczestniczki Projektu.

Głównym efektem oddziaływań było wzmocnienie motywacji do poprawy swojego zdrowia i wyglądu, pojawienie się determinacji do obniżenia masy ciała, a także rozważania na temat operacji bariatrycznej. Uległa poprawie jakość satysfakcjonujących relacji społecznych. W trakcie spotkań widać było coraz większe zainteresowanie badanej problemem. Miały na to wpływ działania specjalistów, a także wspierające i terapeutyczne rozmowy z psychologiem, prowadzone zajęcia relaksacyjne i muzykoterapia.

Uczestniczka 5. L. 25

Uczestniczka z Zespołem Downa, z zaburzeniami zachowania w przebiegu zespołu, z niewyrównaną niedoczynnością tarczycy, z otyłością. Otrzymywała neuroleptyki oraz leki przeciwdepresyjne, które mogły potęgować problem otyłości. Wymagała modyfikacji terapii niedoczynności tarczycy, która w postaci nieuregulowanej może także nasilać otyłość. Wymagała modyfikacji stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej. Bardzo dobrze układała się współpraca z Uczestniczką i jej rodziną w zakresie działań prozdrowotnych.

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych bez istotnych klinicznie odchyleń od normy.

Osiągnięto poprawę w badaniach laboratoryjnych, redukcję wagi ciała, poprawę stanu zdrowia i samopoczucia Uczestniczki Projektu.

Podczas spotkań skoncentrowano się na działaniach możliwych do zrealizowania z osobą bezkrytyczną, niemającą wglądu w siebie i nierozumiejącą potrzeby zmian ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu umiarkowanym. Głównie zastosowano formy pracy oparte na edukowaniu, wspieraniu, tworzeniu i utrwalaniu nawyków zdrowego odżywiania i zdrowego trybu życia. Na bieżąco analizowano i rozwiązywano zgłaszane problemy. Prowadzono też rozmowy z matką żywo zainteresowaną procesem zmian. Udzielano porad jak radzić sobie z trudnościami i jak rozwiązywać bieżące problemy w różnych sferach życia.

Uczestnik 6 I. 29

Uczestnik z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym, z otyłością powikłaną nadciśnieniem tętniczym.

Poprawa w zakresie parametrów wątrobowych, po wykluczeniu czynnika zapalnego, alkoholowego, toksycznego i lekowego, wiąże się z redukcją masy ciała i modyfikacją stylu życia, a zwłaszcza



z modyfikacją diety m.in. wyeliminowanie z diety sztucznie barwionych słodzonych napojów spożywanych wcześniej przez Uczestnika w dużych ilościach.

Poprawa parametrów laboratoryjnych, a zwłaszcza wskaźników uszkodzenia wątroby wskazywała na skuteczność działań interwencyjnych w prowadzonym projekcie, ale Uczestnik nadal wymaga stosowania diety redukcyjnej z wykluczeniem pokarmów ciężkostrawnych, wzdymających, obciążających wątrobę. Wymaga także modyfikacji stylu życia, zwiększenia aktywności fizycznej.

Uczestnik był bez wcześniejszego wywiadu w kierunku cukrzycy, jednak już obciążony zaburzeniami gospodarki węglowodanowej. W badaniach wykonanych na przestrzeni stosowania oddziaływań, najpierw zauważono obniżenie stężenia glukozy, a w efekcie końcowym z całkowitą normalizacją zaburzenia.

Obniżona obecnie wartość cholesterolu całkowitego mogła być wyrazem modyfikacji diety lub świadczyć o niewielkim upośledzeniu funkcji wątroby; wynik nie był wskazaniem do modyfikacji dotychczasowych zaleceń dietetycznych ani do interwencji farmakologicznej ale do ewentualnej kontroli, o czym poinformowano matkę Uczestnika

Pozostałe wyniki badań laboratoryjnych bez odchyłeń od normy.

Osiągnięto poprawę w badaniach laboratoryjnych, redukcję wagi ciała, poprawę stanu zdrowia i samopoczucia Uczestniczki Projektu.

Podczas spotkań koncentrowano się głównie na wyrobieniu nawyków zdrowego odżywiania oraz psychoedukacją i stałym wzmacnianiem motywacji do odchudzania. Wielokrotnie powtarzano znaczenie prawidłowych nawyków odżywiania i aktywności fizycznej tak aby stały się codziennością. Zwracano uwagę na to, aby po skończeniu projektu kontynuować zdobyte umiejętności i żyć w zgodzie z nowymi zasadami. Nie była możliwa praca terapeutyczna w obszarze sfery emocjonalnej i społecznej ze względu na niski poziom intelektualny badanego i znaczne trudności komunikacyjne oraz całkowity bezkrytycyzm.

W obszarze poprawy kondycji fizycznej na podstawie przedstawionych wyników, zdecydowanie można stwierdzić, że sprawność testowanej grupy uległa poprawie.

Początkowy pomiar, wykazał łagodne ograniczenia ruchu, które już w drugim pomiarze przeprowadzonym około 10 spotkaniach zostały wyeliminowane, a cała testowana grupa wykazała się brakiem ograniczeń. W trzecim pomiarze tendencja ta stale się utrzymywała, mimo trudnych warunków pogodowych, które nie zawsze pozwalały na realizację aktywności z pełnym zaangażowaniem – zwłaszcza tych realizowanych w plenerze, (bardzo niskie temperatury, śliskie nawierzchnie chodników, duże opady śniegu – zwłaszcza w miesiącu lutym i początkiem marca). Beneficjenci podchodzili do zagadnień aktywności fizycznej zawsze z pełnym zaangażowaniem.

Również realizowane działania w obszarze pracy socjalnej za skutkowały pozytywnym procesem zmian w życiu uczestników i ich rodzin. Zdiagnozowane na wstępie projektu potrzeby środowisk objętych działaniem projektu „Stop Otyłości” przyniosły większość zakładanych rezultatów.

Niektóre z zainicjowanych działań znajdują się nadal w trakcie realizacji ze względu na ich złożony charakter i tryb proceduralny. Znane wcześniej Ośrodkowi Pomocy Społecznej problemy Uczestników i ich rodzin wymagały podjęcia pogłębionej pracy socjalnej i różnego rodzaju interwencji. Należy podkreślić, że zdiagnozowanie we wstępnej fazie projektu problemy uczestników i ich rodzin poprzez świadczenie pracy socjalnej zostały właściwie zaopiekowane. Uczestnicy i ich rodziny objęte zostały szerokim spektrum wsparcia ze strony pracownika socjalnego zarówno w sferze ekonomicznej, socjalnej, administracyjno-prawnej, psychologicznej jak też emocjonalnej co znalazło wyraz w składanych podziękowaniach.

W aspekcie wypracowanych w czasie projektu „Stop Otyłości” przez pracownika socjalnego pozytywnych relacji z uczestnikami, oraz ewidentną koniecznością towarzyszenia osobom niepełnosprawnym i niezaradnym w dalszych zmaganiach z trudnościami jakie spotykać mogą na swoich drogach życiowych niezbędnym jest uruchomienie ustawicznego systemu wsparcia, opieki i działań ochronnych tak, aby zabezpieczyć ich interesy życiowe i jak najdłużej umożliwić funkcjonowanie w ich naturalnych środowiskach rodzinnych i społecznych.

***Rekomendacje wynikające z procesu testowania:**

- **działania powinny być prowadzone w miesiącach letnich ze względu na lepsze warunki pogodowe, zmniejszenie zagrożenia wystąpienia infekcji np. górnych dróg oddechowych, większa dostępność świeżych produktów żywnościowych.**

5. Rekomendacje i zalecenia.

1. Istotnym elementem indywidualnej diagnozy wstępnej każdego z uczestników rozwiązania było opracowanie wieloaspektowego obrazu każdej z osób z uwzględnieniem kilku obszarów funkcjonowania w tym: społecznego, zdrowotnego, psychologicznego. Ważne było zatem uzyskanie informacji od lekarza pierwszego kontaktu o ogólnym stanie zdrowia każdego z uczestników w tym szczególnie o przewlekłych chorobach, przyjmowanych lekach oraz innych mogących mieć wpływ na udział w testowanej metodzie. Każdy uczestnik został poproszony o dostarczenie w ciągu jednego miesiąca (września) zaświadczenia od swojego lekarza pierwszego kontaktu na formularzu przygotowanym przez realizatora, zawierającego wskazane informacje. Pomimo pomocy opiekunów zadanie to okazało się trudne dla części uczestników z powodu kłopotów z zarejestrowaniem się u lekarza oraz trudności z zakomunikowaniem celu wizyty bądź celu wydania zaświadczenia.

***Rekomenduje się stworzenie stanowiska koordynatora merytorycznego, który już od etapu zakwalifikowania uczestników, miałby bieżący wgląd w potrzeby wynikające z realizacji zaleceń specjalistów. Rolę taką mógłby pełnić na przykład pracownik socjalny.**

2. Na etapie naboru uczestników do testowania metody oraz przekazywania informacji zarówno im jak i opiekunom dotyczących celu, założeń i sposobu realizacji poszczególnych działań projektowych, uczestnicy nie zgłaszali wątpliwości bądź sprzeciwu wobec planowanych spotkań w ich miejscu zamieszkania. Sposób taki wydawał się dogodny dla uczestników nie tylko z uwagi na ich słabą mobilność, ale także ze względu na zapewnienie poczucia komfortu. Jednak w trakcie diagnozy, opiekun jednej z osób niepełnosprawnych nie wyraził zgody na realizację wizyt ze specjalistami w domu ze względu na sytuację rodzinną i mieszkaniową.

***Rekomenduje się aby już na etapie deklaracji uczestnictwa, osoby i ich opiekunowie wyrażali pisemną zgodę na realizację określonych działań w ich miejscu zamieszkania, a w przypadku braku takiej zgody w miejscu wyznaczonym przez realizatora. Wiąże się to z wcześniejszym przygotowaniem takiego miejsca, które będzie odpowiednie dla realizacji zaplanowanych działań i dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych.**

3. Doraźnym celem leczenia otyłości jest przede wszystkim redukcja 10% aktualnej masy ciała w okresie 3-6 miesięcy. Celem odległym, który jest znacznie trudniejszy do zrealizowania, jest utrzymanie uzyskanej redukcji masy ciała po wielu miesiącach czy latach. W przeprowadzonym teście osiągnięto nie tylko istotną redukcję wagi ciała ale co bardzo istotne, znaczącą poprawę w zakresie badań laboratoryjnych, w tym poprawę w zakresie gospodarki węglowodanowej i cholesterolowej pozwalającej uniknąć farmakoterapii. Efekt ten osiągnięto, mimo wcześniejszych



obaw co do możliwości współpracy z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie w zakresie motywacji do w/w działań. Okazało się jednak, że ta grupa obserwacyjna może być także mocno zmotywowana do współpracy, dobrze medycznie tolerująca redukcję wagi ciała, stosująca się do zaleceń dietetycznych i do zaleceń zmiany stylu życia, w tym intensyfikacji wysiłku fizycznego.

***Rekomenduje się aby przetestowana metoda postępowania z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie z nadwagą i otyłością olbrzymią, ze względu na pozytywne i wymierne efekty była szeroko propagowana wśród tej grupy odbiorców.**

4. Wysiłek fizyczny aplikowany w formie regularnej aktywności niezależnie od jej rodzaju musi być częścią codziennego planu dnia każdego człowieka. Uczestnicy testu byli grupą szczególnie narażoną na niekorzystny wpływ braku regularnej aktywności fizycznej, która mogła skutkować pogłębieniem się problemów związanych ze zdrowiem, zaburzeniami wagi, w konsekwencji również upośledzenia lub całkowitej utraty sprawności fizycznej, a co za tym idzie stania się osobą zależną od innych i perspektywą braku samowystarczalności. Prawidłowo zbilansowana dieta to najważniejszy aspekt walki z otyłością, jednak opatrzona adekwatną do upodobań rekreacyjną aktywnością osoby przyniesie zdecydowanie lepsze efekty. Codzienny trening zapobiega dolegliwościom ze strony narządu ruchu, które to bezpośrednio mogą stać się przyczyną unieruchomienia i koniecznością pozostawania w domu, a to z kolei może mieć fatalne skutki dla życia i samopoczucia beneficjenta. Właśnie dlatego należy mieć na uwadze jak najczęstszą aktywność fizyczną, wykorzystując każdą nadarżającą się okazję – od spaceru do sklepu, przez pomoc w codziennych obowiązkach domowych – jak odprowadzanie członków rodziny do szkoły, ciągle pokonywanie schodów w miejscu zamieszkania. Dodatkowo indywidualnie zaplanowane specjalne aktywności i ćwiczenia uwidaczniają pozytywny wpływ wysiłku fizycznego na stan zdrowia – np. spadek ciśnienia tętniczego, jak również pokazują sens dbania o własne samopoczucie i ciało oraz sferę emocjonalną, gdyż każda aktywność fizyczna, szczególnie ta realizowana w plenerze przynosi wewnętrzny spokój, satysfakcję, pozytywne nastawienie i motywację do kolejnych wyzwań i zwiększania intensywności aktywności fizycznej.

***Rekomenduje się aby osoby odpowiedzialne z racji swoich obowiązków służbowych za świadczenie usług w środowisku naturalnym osób zależnych, motywowali w sposób ciągły swoich podopiecznych i ich rodziny do zachowania stałych zdrowych nawyków żywieniowych i realizacji różnych rodzajów aktywności fizycznej.**

5. W trakcie testowania metody, każdego uczestnika traktowano indywidualnie i uwzględniano jego możliwości psycho- fizyczne przy stosowanych oddziaływaniach. Proponowane rozwiązanie krok po kroku przeprowadza uczestnika i jego rodzinę przez proces wprowadzania zdrowego stylu życia oraz sprawia, że buduje poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Rodzina to bardzo ważne ogniwo w tym procesie, które daje poczucie bezpieczeństwa w okresie wprowadzania zmian.

***Rekomenduje się aby brać pod uwagę również osoby już objęte wsparciem instytucji dziennego pobytu np. WTZ, ŚDS, a w skład zespołu specjalistów, żeby wchodziła osoba im znana. Da to już na starcie poczucie bezpieczeństwa, a zespołowi dużo informacji o środowisku uczestnika.**

6. Praca w grupie była kolejnym elementem wielowymiarowego podejścia do problemu otyłości pozwalającym na utrwalenie efektów realizowanych działań. Taka forma grupowego wsparcia może być bardzo przydatna jako dodatkowy element motywacyjny, może służyć wymianie informacji.

***Rekomenduje się aby planując działania założyć przynajmniej dwa spotkania grupowe uczestników, ich rodzin oraz specjalistów oraz zachęcić do powstania grupy wsparcia z członków rodzin i samych świadczeniobiorców.**

7. Grupa uczestników testujących innowację była specyficzna z uwagi na jej cechy charakteryzujące się złożonością i wieloproplemowością zarówno stanu zdrowia jak i sytuacji społecznej. Grupa ta

wymaga kompleksowego i wielodyscyplinarnego podejścia, dlatego tak trudne było zachowanie założonych ram oddziaływań w sytuacji wielu ulegających wahaniom zmiennych.

***Rekomenduje się wprowadzenie elastyczności w działaniach, stałe monitorowanie grupy oraz ciągle reagowanie na pojawiające się zmiany czy odstępstwa w zaplanowanych działaniach.**

8. Specjaliści realizujący wsparcie na rzecz uczestników, podsumowując przebieg działań, wskazali dość rozbieżne opinie dotyczące optymalizacji czasu realizacji wizyt ich częstotliwości i długości. Z przekazanych wniosków wynikało, że bardziej optymalnym rozwiązaniem byłoby zmniejszenie częstotliwości wizyt na rzecz dłuższego czasu ich trwania.

***Rekomenduje się aby realizując rozwiązanie przyjąć, że harmonogram w sposób elastyczny będzie podlegał modyfikacji w zależności od bieżących obserwacji czynionych przez specjalistów.**

***Rekomenduje się aby przy doborze grupy testującej, rozważyć jej jednorodność pod względem rodzaju niepełnosprawności, co może ułatwić porównanie efektów i ujednolicenie programu działań.**

Zalecenia

1. Dokumentacja / dziennik postępów – treści nanoszone przez specjalistów projektu mogą sprawiać pewien dyskomfort (brak poczucia intymności i dyskrecji spraw osobistych). Sugestia; Dziennik postępów winien znajdować się w jednym ustalonym miejscu, np. u Organizatora projektu, bez możliwości wglądu osób niezwiązanych z działaniami.
2. Pracę nad motywowaniem rodziny do wspierania swoich niepełnosprawnych członków w zachowaniu wyuczonych nawyków żywieniowych i ćwiczeń opracowanych przez dietetyka i rehabilitanta.
3. Uruchomienie pomocy osobom zagrożonym wykluczeniem społecznym lub umieszczeniem w placówce całodobowej opieki z powodu niepełnosprawności w formie asystenta osoby niepełnosprawnej.
4. Zastosowanie pogłębionej pracy socjalnej w środowiskach celem objęcia ich kompleksową pomocą.
5. Podjęcie współpracy z Powiatowym Urzędem Pracy celem umożliwienia osobom niepełnosprawnym aktywności zawodowej, na miarę ich możliwości intelektualnych z dostosowaniem właściwych stanowisk pracy. Współpracę tą należałoby potraktować jako interdyscyplinarność działań na rzecz osób wymagających szczególnych form wsparcia.
6. Ważne aby pielęgniarka biorąca udział w projekcie miała minimum 5 lat doświadczenia w pracy z osobami z zaburzeniami psychicznymi i umiejętności do wykorzystania technik psychoterapii wspierającej.
7. Planując grupy uczestników należy uwzględniać współpracę z rodziną i poziom deficytów intelektualnych.

8. Warto zaplanować równoległe wsparcie dla członków rodzin szczególnie, że problem otyłości oraz nieprawidłowe nawyki związane z odżywianiem i aktywnością fizyczną są widoczne również wśród tej grupy.
9. Dla zespołu specjalistów ważny byłby udział superwizora, na bieżąco monitorującego metody i efekty wdrażanych oddziaływań .

VI. Wady i zalety metody

zalety	wady
<ul style="list-style-type: none"> • skuteczna możliwość oddziaływania na Uczestników, • ogromne zaangażowanie i motywacja do redukcji wagi ciała. • W zdecydowanej większości bardzo dobra współpraca z Rodziną, co dawało nadzieję na utrwalenie prawidłowych zachowań prozdrowotnych. • aktywności fizyczne realizowane w miejscu zamieszkania – pozwalały na postrzeganie miejsca zamieszkania jako środowiska sprzyjającego wysiłkowi fizycznemu, rozumianemu w aspekcie rekreacyjnym oraz dostrzeżenie możliwości jakie niesie ze sobą zamieszkanie w środowisku wiejskim – np. niezliczona ilość dróg i ścieżek spacerowych, kontakt z przyrodą, • elastyczność i dopasowanie rodzaju i intensywności ćwiczeń do indywidualnych potrzeb oraz preferencji beneficjenta. • możliwość modyfikacji treningu na każdym etapie realizacji, • obecność fizjoterapeuty jako instruktora aktywności fizycznej pozwalała na zaopatrzenie każdej niedyspozycji, urazu, czy innych problemów zdrowotnych postępowaniem rehabilitacyjnym. 	<ul style="list-style-type: none"> • brak możliwości skutecznego oddziaływania na Rodzinę w celu modyfikacji stylu życia i postępowania dietetycznego , co bezpośrednio wiązało się dużym problemem otyłości w rodzinach Uczestników, • złe nawyki żywieniowe i nieprawidłowy styl życia w środowisku rodziny osoby niepełnosprawnej intelektualnie, • czas trwania projektu, który powodował u części odbiorców zniecierpliwienie i wyczekiwanie końca, zamiast skupienia się na aktualnych zaleceniach i osiągnięciu postępów, • duża wadliwość krokomierzy, • mała częstotliwość bezpośrednich spotkań grupy specjalistów i weryfikacji dostrzeżonych problemów. • możliwość wglądu do dziennika postępów i analiza dokonanych wpisów mogła stwarzać dla uczestników sytuację niekomfortową, • zbyt mała ilość spotkań zespołu specjalistów i omawiania indywidualnych założeń dla każdego uczestnika, planowania wspólnych działań i wspólnego planu terapeutycznego krótkoterminowego dla danego uczestnika oraz podsumowywania celów krótkoterminowych .



- zaopatrzenie beneficjentów w przybory do ćwiczeń – piłki szwedzkie, taśmy gumowe, krokomierze,
- regularna obecność pracownika socjalnego w miejscu zamieszkania beneficjenta pozwalała na dokładną, wnikliwą i holistyczną ocenę sytuacji uczestników i ich rodzin,
- elastyczność i dopasowanie działań do sukcesywnie diagnozowanych potrzeb rodziny,
- możliwość podejmowania działań wspierających w ramach wykonywanych czynności służbowych w pionie pomocy środowiskowej Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej. Współpraca z innymi pracownikami socjalnymi pozwala spodziewać się kontynuacji świadczenia długofalowych planów pomocy i działań opiekuńczych względem środowisk beneficjentów, także po zakończeniu oddziaływań,
- wybór pracownika socjalnego z Gminy zamieszkiwania uczestników spowodował możliwość weryfikacji ich poziomu życia,
- możliwość modyfikacji podjętych działań na każdym etapie trwania projektu,
- wymiana informacji wewnątrz zespołu specjalistów pozwalała na szybką reakcję w sytuacjach problemowych,
- czas trwania projektu pozwalał na wszechście działań i uzyskanie efektu końcowego,



VIII. Podsumowanie

Przyczyną dla której pomysłodawcy metody przystąpili do jej opracowania i wdrożenia była konieczność umieszczenia w Domu Pomocy Społecznej, osoby zakwalifikowanej jako pacjenta bariatrycznego. Szukano odpowiedzi na pytanie, jak przy istniejących w domu pomocy społecznej warunkach pogodzić wymagania co do standardów opieki nad taką osobą i możliwościami lokalowymi, sprzętowymi, a przede wszystkim osobowymi jakie można było na tamtą chwilę zapewnić bez uszczerbku dla pozostałych mieszkańców i przestrzegania warunków pracy osób tam zatrudnionych.

Z perspektywy czasu pomysł, aby skupić się na profilaktyce otyłości i znaleźć sposoby na jej przeciwdziałanie okazał się być bardzo trafny, a po analizie uzyskanych efektów bardzo skuteczny. Pokazano, że przy odpowiednim doborze środków i narzędzi możliwa jest praca, a może bardziej współpraca z osobami niepełnosprawnymi intelektualnie, służąca poprawie ich komfortu i jakości życia poprzez poprawę szeroko pojętych parametrów życiowych, a co za tym idzie scharakteryzowania ich jako osoby w miarę samodzielnie funkcjonujące w środowisku. Okazało się również, że otyłość to tylko jeden z problemów z jakimi na co dzień musieli sobie radzić Uczestnicy i ich najbliższe środowisko.

Dzięki wprowadzeniu zespołu specjalistów udało się zaopiekować beneficjentów na wielu płaszczyznach. Pracując z nimi nie postrzegano ich przez pryzmat świadczeniobiorcy pomocy społecznej mimo, że każdy z nich pozostawał w systemie już przez wiele lat, ale jako kogoś kto chce sam zawalczyć o swoje lepsze życie a efekt końcowy będzie zależał od niego samego. Specjaliści stali się jedynie narzędziem w jego rękach.

I tak projekt okazał się być bardzo skutecznym zdrowotnie narzędziem w redukcji wagi ciała oraz w poprawie wskaźników laboratoryjnych Uczestników Projektu. W wielu wypadkach pozwolił na uniknięcie farmakoterapii (leczenie zaburzeń gospodarki węglowodanowej i cholesterolowej jedynie za pomocą diety, poprawa wskaźników wydolności wątroby).

Ważnymi elementami w pracy z grupą beneficjentów było wsparcie rodziny, bieżąca współpraca przy wybieraniu zdrowych produktów i wspólne gotowanie, motywowanie, stała kontrola podejmowanej aktywności fizycznej oraz współpraca ze specjalistami zespołu. Praca nad poziomem motywacji i gotowością do zmiany. Ważnym elementem była poprawa samodzielnego podejmowania decyzji i radzenia sobie ze stresem. Zauważono związek pomiędzy dobrym funkcjonowaniem w grupie a chęcią zmiany swojego wyglądu.

Zdaniem realizatorów projektu, nowatorska forma pracy implikuje zmiany w postrzeganiu osób niepełnosprawnych z problemem otyłości i może służyć kolejnym działaniom na rzecz poprawy jakości zdrowia i życia tych osób oraz wzmocnienia funkcjonowania w ich naturalnym środowisku, bez konieczności umieszczania w placówkach całodobowej opieki.

Kierownik Projektu
Ryszarda Zakrzewska-Zachwieja



IX. Aneks (wypracowane dokumenty i opisy w innowacji społecznej).