

**UDZIELENIE POMOCY I OPARCIA SPOŁECZNEGO DLA OSÓB
STARSZYCH CHORUJĄCYCH PSYCHICZNIE – UTWORZENIE
DZIENNEGO DOMU POBYTU DLA OSÓB STARSZYCH
Z CHOROBAМИ OTĘPIENNYMI, W TYM CHOROBA
ALZHEIMERA**

**III RAPORT Z EWALUACJI ZADANIA PUBLICZNEGO
BADANIE REALIZOWANE NA ZLECENIE MAZOWIECKIEGO
CENTRUM POLITYKI SPOŁECZNEJ**



**MAZOWIECKIE
CENTRUM POLITYKI
SPOŁECZNEJ**

25^{lat} Mazowsze

KRAKÓW, PAŹDZIERNIK 2023

Zespół badawczy

dr hab. Jolanta Perek-Białas, prof. UJ - Koordynatorka

dr hab. Paweł Bronowski, prof. APS

mgr Regina Skiba

SPIS TREŚCI

1) WPROWADZENIE	4
2) PODSUMOWANIE GŁÓWNYCH WYNIKÓW	4
3) REKOMENDACJE	8
4) PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA I CELE PROJEKTU	9
5) ZAKRES I CEL BADANIA EWALUACYJNEGO	11
6) SZCZEGÓŁOWE WYNIKI	11
7) CHARAKTERYSTYKA UCZESTNIKÓW	20
8) WYNIKI ANALIZY	22
9) OCENA WPŁYWU UDZIAŁU	35
10) DOBRE PRAKTYKI	41
11) PODSUMOWANIE KOŃCOWE	45

1) Wprowadzenie

Niniejszy dokument przedstawia informacje na temat wyników i przebiegu badania ewaluacyjnego zaplanowanego w ramach **Zadania** „Udzielenie pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie – utworzenie Dziennego Domu Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera” [w dalszej części określane skrótowo jako Zadanie].

Zebrane w procesie ewaluacji dane pozwoliły na ocenę realizowanych w 2022 roku działań w sześciu Dziennych Domach Pobytu [DDP, w dalszej części określane także jako wykonawcy Zadania], które zostały utworzone w ramach realizowanego Zadania publicznego finansowanego przez Samorząd Województwa Mazowieckiego [realizator Zadania: Mazowieckie Centrum Polityki Społecznej].

Jest to **trzecie badanie ewaluacyjne realizowanego Zadania** od 2020 roku.

2) Podsumowanie głównych wyników

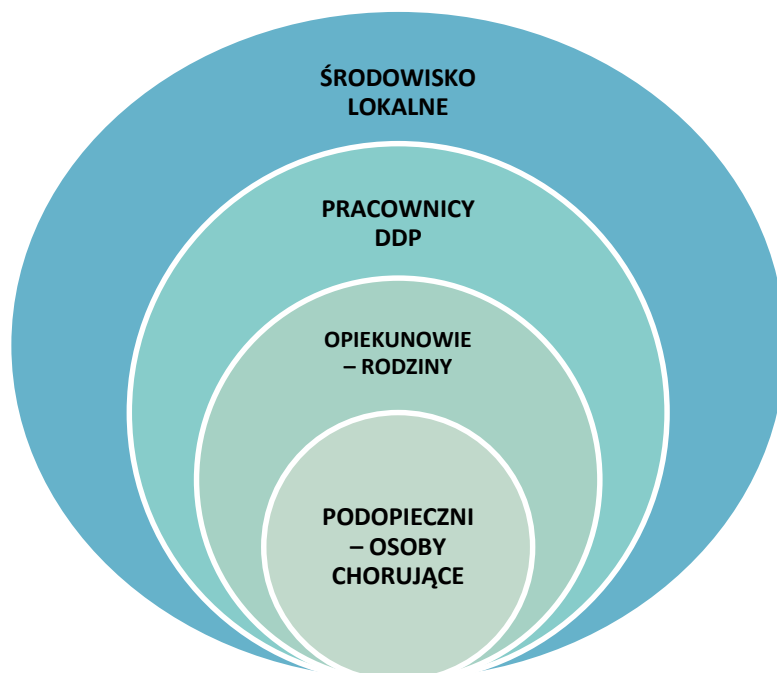
Biorąc pod uwagę wszystkie działania podjęte od 2020 roku przede wszystkim dużym atutem realizowanego Zadania było:

- 1) Odpowiednio-trafnie, dobrze zdefiniowane cele Zadania**, uwzględniające wieloaspektowość potrzeb, w tym nacisk położony na czynniki społeczne.

Różnorodne Zadania wykonywane przez DDP spełniały realizację wszystkich 10 celów przewidzianych w programie. Zaczynając od tego, co było podstawowe i konieczne (w tym opiekę), aż po różne inne działania, które wspierały i uzupełniały potrzeby (aktywizujące) podopiecznych.

Warunki realizacji Zadania przez DDP nie narzucały konkretnych działań, gdyż to podmioty decydowały o formie oferowanego wsparcia w ramach zdefiniowanego celu. Dzięki temu oferta mogła być różnorodna i dostosowana do uczestników.

- 2) Odpowiednio-trafnie, dobrze zdefiniowani odbiorcy**, uwzględnienie nie tylko bezpośrednich beneficjentów (osoby chorujące), ale również wsparcie otoczenia uwzględniając rodziny i opiekunów bezpośrednich, pracowników placówek, a nawet szerszej społeczności lokalnej. Co więcej, dzięki odpowiednio wczesnemu rozpoczęciu wsparcia dla osób we wstępnej fazie choroby istnieją większe szanse na lepsze oddziaływanie aktywności organizowanych w DDP.



Rysunek 1 Odbiorcy Zadania

Źródło: opracowanie własne

3) Dobrze wybrane podmioty, które realizowały Zadania. W działalności DDP zauważyć można bardzo odpowiednie i różnorodne formy realizacji działań spełniających kryteria oferowanego wsparcia, co wynika z charakterystyki i doświadczenia podmiotów realizujących Zadanie.

Na podstawie przeprowadzonych konsultacji każdy podmiot realizujący Zadanie można scharakteryzować następująco jako:

- **Doświadczony** personel, znający charakterystykę choroby i potrzeby osób chorujących. Wszystkie podmioty prowadziły Zadania podnoszące kwalifikacje personelu. Organizowane były warsztaty, szkolenia, niektórzy pracownicy DDP uczestniczyli w job shodowingu¹, konferencjach poświęconych rozwojowi wiedzy i umiejętności.
- **Zmotywowany** do realizacji nie tylko podstawowych najbardziej potrzebnych i ważnych, ale także nowych, ciekawych, różnorodnych form wsparcia. Terapie zajęciowe w różnych DDP były realizowane w sposób formalny (zajęcia w sali), ale i mniej formalny, np. o charakterze integracyjnym (towarzyskim). Organizacja aktywności była też realizowana na świeżym powietrzu, ale też wyjścia do kina, kawiarni, wycieczki.
- **Otwarty** na zmiany i dostosowanie do warunków osób korzystających z oferty podmiotu. Każdy podmiot dostosował ofertę swoich działań do wymogów epidemiologicznych i sanitarnych w czasie stanu epidemiologicznego w związku z

¹ Job shodowing zakłada, że zaproszona osoba obserwuje codzienną pracę osoby na tym samym stanowisku, w codziennym działaniu, na bieżąco śledzi to, co jest wykonywane w organizacji.

pandemią Covid-19. Co więcej podmioty zmieniały swoją ofertę prowadzonych działań dostosowując się do potrzeb odbiorców, uwzględniając postęp choroby, warunki realizacji działań. To pokazuje otwartość na zastosowanie nowych rozwiązań, pomysłowość i wprowadzenie nowych aktywności. Wnioskować o tych cechach można na podstawie zebranych informacji o realizowanych działaniach 2020-2022.

4) Holistyczność podejścia do realizacji oferty przez DDP. Oferta różnorodna i adekwatna do charakterystyki chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera. Organizacje prowadzące DDP zdecydowały się na podjęcie wielu ciekawych i atrakcyjnych aktywności uwzględniających wiele czynników wpływających na aktywność osób z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera.

Różnorodne urozmaicenie aktywności z zachowaniem, tego co ważne dla osób chorujących - ćwiczenia funkcji poznawczych, w tym pamięci, dbanie o zachowanie stałości, powtarzalności.

Działania realizowane w ramach DDP skupiały się na czterech podstawowych filarach wsparcia:

- ➔ **wsparciu funkcji poznawczych**, w tym pamięci (różnorodność form terapii została wymieniona w części raportu dotyczącej oceny realizacji celów);
- ➔ **wsparciu jakości relacji z rodziną** (warsztaty i spotkania informacyjne informujące o charakterystyce choroby; terapie grupowe i indywidualne nastawione na emocje towarzyszące chorobie, również rozwiązywanie konfliktów; wspólne przedsięwzięcia, poradnictwo indywidualne prawne, organizacja grup wsparcia dla opiekunów);
- ➔ **podnoszeniu kompetencji personelu** zatrudnionego w Dziennych Domach Pobytu;
- ➔ **integracji ze środowiskiem lokalnym** przez nawiązanie współpracy z innymi organizacjami, organizację działań promocyjno-informacyjnych, a tym samym podniesienie wiedzy i świadomości o chorobie Alzheimera, jak również destygmatyzację osób chorujących.

Poniżej w Tabeli nr 1 zostały zaprezentowane deklaracje realizowanych działań w poszczególnych DDP, w ramach określonych celów Zadania. Źródłem informacji deklarowanych działań były konsultacje przeprowadzone z organizacjami w ramach realizowanego badania ewaluacyjnego.

Tabela 1. Deklaracje realizowanych działań, w ramach określonych celów Zadania

Czy cel Zadania jest realizowany?

Tak ✓ Nie ✗

	1	2	3	4	5	6
CEL 1: Zorganizowanie specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie usług społecznych	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 2: Zapewnienie form wsparcia w zakresie usług społecznych w środowisku zamieszkania	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 3: Próba częściowego utrzymania codziennych aktywności	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 4: Integracja oraz umożliwienie aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 5: Wsparcie osób sprawujących opiekę (osób sprawujących faktyczną opiekę, w szczególności członków rodzin) poprzez edukację, poradnictwo oraz oddziaływania terapeutyczne	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 6: zapewnienie kontynuacji działania DDP po zakończeniu konkursu zgodnie z potrzebami środowiska lokalnego (oferent przedstawi w ofercie wizje podjęcia działań do kontynuacji działalności DDP po zakończeniu konkursu);	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 7: systematyczne podnoszenie kompetencji osób zatrudnionych przy projekcie w kierunku zdobycia wysokich kwalifikacji w budowaniu usług i opiece nad osobami starszymi cierpiącymi z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby, w zakresie usług społecznych;	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 8: promowanie idei dotyczącej ośrodków wsparcia DDP;	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL: 9 implementowanie modelu funkcjonowania DDP w województwie mazowieckim;	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CEL 10: budowa międzypokoleniowego wolontariatu wokół działań projektowych.	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie sprawozdań oraz konsultacji z wykonawcami Zadania (organizatorami DDP).

3) Rekomendacje

➔ Wskazana byłaby kontynuacja działań oraz ich intensyfikacja.

Z poniżej zaprezentowanych wyników badań wynika, że ilość i różnorodność działań realizowanych w placówce ma znaczenie dla zdrowia osób chorujących na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera. Zwłaszcza działania realizowane z zakresu usług społecznych i utrzymania codziennych aktywności osób chorujących.

➔ Doświadczenia zdobyte w projekcie i przetestowane metody stanowią ważny zasób w kontekście budowania efektywnego wsparcia dla osób z chorobami otępiennymi oraz ich rodzin.

Ma to również znaczenie w kontekście potencjalnego rozwinięcia programów realizowanych przez omawiane placówki na inne obszary województwa mazowieckiego.

➔ Model wsparcia przygotowany w oparciu o zdefiniowane i opisane powyżej 10 celów Zadania jest dobrą praktyką, którą należy promować i upowszechniać.

➔ Brakuje jeszcze bardziej szerokiego upowszechniania informacji o prowadzonych działaniach i prezentowania ich jako sprawdzonego i skutecznego programu, który odpowiada na bardzo dotkliwy społeczny problem jakim jest wzrastające rozpowszechnienie zespołów otępiennych, w tym poza granice województwa.

Dzienne Domy Pobytu prowadziły działania informacyjno-promocyjne, jednak dotyczyły one głównie kampanii na temat choroby Alzheimera. Promowany powinien zostać w większym stopniu model wsparcia i jak oferowana pomoc może przynosić korzyści dla samych chorych, ich rodzin, jak i społeczności lokalnych.

4) Przedmiot zamówienia i cele projektu

Kluczowe informacje o zadaniu publicznym

Założenia Zadania publicznego zostały opracowane w oparciu o „Strategię Polityki Społecznej Województwa Mazowieckiego na lata 2014–2020”², „Roczny program współpracy Województwa Mazowieckiego z organizacjami pozarządowymi oraz podmiotami wymienionymi w art. 3 ust. 3 ustawy o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na 2020 rok”³, „Mapę potrzeb zdrowotnych w zakresie chorób układu nerwowego (neurologicznych wieku podeszłego) dla województwa mazowieckiego”⁴, „Raport Najwyższej Izby Kontroli nr LKA.410.009.2016”⁵ oraz „Wojewódzki Program Pomocy i Oparcia Społecznego dla Osób z Zaburzeniami Psychicznymi na lata 2018–2022”⁶. W ramach otwartego konkursu ofert dla organizacji pozarządowych oraz innych podmiotów wymienionych w art. 3 ust. 3 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie na realizację w latach 2020–2022 Zadania publicznego Województwa Mazowieckiego w obszarze „Działalność na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym” wyłoniono 6 podmiotów realizujących Zadanie.

Tabela 2. Nazwa podmiotów realizujących Zadanie oraz adres ośrodków DDP

Lp.	Organizator DDPu	Nazwa DDPu	Adres DDPu
1.	Stowarzyszenie Na Rzecz Wspierania Rodzin, "Nowe Perspektywy"	Dzienny Dom Pobytu „Radosna Przystań”	ul. Lubońskiego 2, 26-600 Radom
2.	Towarzystwo Przyjaciół Dzieci	Dzienny Dom Pobytu, „Zakątek Seniora” w Serocku	ul. Wyzwolenia 31, 05-140 Serock
3.	Fundacja "Mocni Mocą Nadziei"	Dzienny Dom Pobytu „Przystań”	Myśliborzyce 26, 09-414 Brudzeń Duży
4.	Siedleckie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Choroba Alzheimera	Dzienny Dom Pobytu „Kotwica”	ul. Sokołowska 161, 08-110 Siedlce
5.	Płockie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera	Dzienny Dom Pobytu – Płockie Centrum Alzheimera	ul. Otolińska 6, 09-407 Płock
6.	Fundacja ZDROWIE W GŁOWIE,	Dzienny Dom Pobytu „Drewnicka Przystań”	ul. Rychlińskiego 1, 05-091 Ząbki

Źródło: dane MCPS, UWAGA! Kolejność wymienionych powyżej wykonawców Zadania (organizacji, DDP) nie odzwierciedla porządku prezentowania ich działalności (czyli inaczej zakodowania DDP) w dalszej części raportu.

Celami realizacji Zadania są:

²http://www.mcps.com.pl/images/docs/uchwala/20141700_zalacznik.pdf

³http://www.dialog.mazovia.pl/files/Programy%20wsp%C3%B3lpracy/2020/program_wspolpracy_2020.pdf

⁴http://mpz.mz.gov.pl/wpcontent/uploads/sites/4/2019/05/mpz_choroby_neuro_wieku_podeszlego_mazowieckie.pdf

⁵ <https://www.nik.gov.pl/plik/id,13694,vp,16130.pdf>

⁶ <https://mcps.com.pl/wp-content/uploads/2021/09/mcps-program-druk.pdf>

- 1) zorganizowanie **specjalistycznych usług opiekuńczych** w zakresie usług społecznych⁷ w ramach Dziennych Domów Pobytu (DDP) dla osób starszych⁸ cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby oraz posiłku w ramach pilotażowego programu, przygotowującego do opracowania wojewódzkiej strategii na rzecz chorych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera;
- 2) zapewnienie **form wsparcia w zakresie usług społecznych**, w szczególności dedykowanym osobom chorym umożliwiającym jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie osoby starszej cierpiącej z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby w środowisku zamieszkania;
- 3) próba **częściowego utrzymania codziennych aktywności osób starszych** cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby;
- 4) integracja oraz umożliwienie aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności;
- 5) **wsparcie osób sprawujących opiekę nad osobami starszymi cierpiącymi z powodu zespołu otępiennego** w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby (osób sprawujących faktyczną opiekę, w szczególności członków rodzin) poprzez edukację, poradnictwo oraz oddziaływania terapeutyczne;
- 6) w miarę możliwości **zapewnienie kontynuacji działania DDP** po zakończeniu konkursu zgodnie z potrzebami środowiska lokalnego;
- 7) **systematyczne podnoszenie kompetencji osób zatrudnionych** przy projekcie w kierunku zdobycia wysokich kwalifikacji w budowaniu usług i opiece nad osobami starszymi cierpiącymi z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby, w zakresie usług społecznych;
- 8) promowanie idei dotyczącej ośrodków wsparcia DDP;
- 9) implementowanie modelu funkcjonowania DDP w województwie mazowieckim;
- 10) budowanie międzypokoleniowego wolontariatu wokół działań projektowych.

⁷ M. Grewiński, Usługi społeczne i socjalne jako wspólny obszar polityki i ekonomii społecznej, (w:) „Ekonomia społeczna”, nr 3/2013.

⁸ Pojęcie osoba starsza użyte w rozumieniu Wojewódzkiego Programu Polityki Senioralnej na lata 2019-2021.

5) Zakres i cel badania ewaluacyjnego

Treść raportu odpowiada na dwa główne pytania:

- 1) Czy cele Zadania publicznego są realizowane/spełniane?
- 2) Czy wsparcie udzielane osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera skutkuje/wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywność tych osób? Pomocniczymi pytaniami są: Jakie usługi są oferowane? Jak często? Jak udzielane wsparcie wpływa na codzienną aktywność uczestników? Czy nastąpiła poprawa, zatrzymanie lub pogorszenie stanu zdrowia uczestników?

Źródłem informacji na temat zrealizowanych aktywności były sprawozdania roczne z działalności DDP w okresie od 01.01.2022 do 31.12.2022 r., sprawozdania końcowe za okres 2020-2022 oraz przeprowadzone w okresie od czerwca do końca września 2022 roku konsultacje.

Badania diagnostyczne z użyciem Kwestionariusza oceny funkcjonowania posłużyły do oceny wpływu udziału w zajęciach na codzienną aktywność uczestników. Narzędzie zostało szczegółowo opisane w dalszej części raportu, tj. dotyczącej Wyników Pomiaru.

W przygotowanej ocenie wybrano dwa kryteria ewaluacyjne: skuteczność oraz użyteczność.

6) Szczegółowe wyniki

Opis działań

Szczegółowe informacje specyfikujące Zadanie określone zostały w wytycznych w sprawie otwartego konkursu ofert na realizację w latach 2020–2022 Zadania publicznego Województwa Mazowieckiego w obszarze „Działalność na rzecz integracji i reintegracji zawodowej i społecznej osób zagrożonych wykluczeniem społecznym”, Zadanie: Udzielenie pomocy i oparcia społecznego dla osób starszych chorujących psychicznie – utworzenie Dziennego Domu Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera⁹.

Jednym z wyzwań w działalności DDP w latach 2020-2021 była sytuacja związana z pandemią Covid-19. Zajęcia z podopiecznymi placówek musiały zostać zmodyfikowane. W 2022 wróciły zajęcia w formie stacjonarnej. Pojawiały się jednak przypadki zachorowań na Covid-19 i DDP dostosowywało swoją ofertę (rodzaj wsparcia, liczebność grup) do sytuacji (źródło informacji: konsultacje z DDP).

⁹ Źródło: Uchwała nr 284 / 107 / 20, Zarządu Województwa Mazowieckiego, z dnia 25 lutego 2020 r.

Ocena realizacji celów

W poszczególnych Domach prowadzona była w latach 2020- 2022 bardzo różnorodna oferta działań wspierających, **dzięki temu istnieje możliwość ich dostosowania do indywidualnych potrzeb i możliwości uczestników programu. Daje to szansę uczestnikom na utrzymywanie codziennych aktywności.**

CEL 1: Zorganizowanie specjalistycznych usług opiekuńczych w zakresie usług społecznych

To zapewnienie na terenie DDP zgodnie ze standardami, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Polityki Społecznej z dnia 22 września 2005 r. w sprawie specjalistycznych usług opiekuńczych (Dz. U. poz. 1598 oraz z 2006 r. poz. 943), działań w zakresie aktywizacji: fizycznej, intelektualnej, integracyjnej, kulturalno-oświatowej, np. pielęgniarstwa, opiekuna, terapeuty zajęciowego, logopedy, organizatora życia kulturalnego.

Wszystkie ośrodki oferowały formy wsparcia w zakresie opieki pielęgniarstwa, wsparcie i terapię psychologiczną, opiekę specjalisty logopedy, fizjoterapeuty. W niektórych ośrodkach można skorzystać ze wsparcia pracownika socjalnego oraz konsultacji psychiatry lub neurologa. Są to dodatkowe działania podjęte przez oferenta wykraczające poza ramy konkursowe.

Tabela 3 Oferowane formy wsparcia w poszczególnych DDP

Forma wsparcia w DDP:	1	2	3	4	5	6
Opieka pielęgniarstwa/ opiekun osób niesamodzielnych	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wsparcie pracownika socjalnego	✓	✓	-	✓	-	✓
Wsparcie i terapia psychologiczna	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opieka specjalisty: logopedy	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opieka specjalisty: fizjoterapeuty	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Opieka specjalisty: dietetyka/specjalna dieta	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Konsultacje specjalisty: psychiatry/neurologa	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie sprawozdań z wykonawcami Zadania (organizatorami DDP).

Ponadto, w ramach wsparcia i ułatwienia korzystania z zajęć w DDP 3 oferowana była pomoc mobilnego asystenta, który rano przywoził podopiecznych na zajęcia, a po południu odwoził do domu. W razie potrzeby pomagał również w innych czynnościach dnia codziennego (zakupy, dojazd do lekarza etc.).

„Działanie mobilnego asystenta w trakcie programu pozwoliło opiekunowi zapoznać się i oswoić z możliwością korzystania z pomocy osób trzecich, czy specjalnych ośrodków, z korzyścią i dla nich i dla chorego. Spowoduje to, że w przyszłości chętniej będą sami angażowali siebie do szukania pomocy u innych i dbania również o swoje potrzeby.” DDP 3

Zdaniem ekspertów usługi specjalistyczne zorganizowane w ramach programu mają duży wpływ na aktywność osób z zespołami otępiennymi. Zwraca uwagę duża różnorodność oferowanego wsparcia dostosowanego do potrzeb uczestników. Indywidualizacja oferty jest podstawą efektywności w przypadku osób znajdujących się na różnych stadiach zaawansowania zespołów otępiennych.

CEL 2: Zapewnienie form wsparcia w zakresie usług społecznych, w szczególności dedykowanym osobom chorym umożliwiającym jak najdłuższe samodzielne funkcjonowanie osoby starszej cierpiącej z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby w środowisku zamieszkania¹⁰.

Nie wszystkie organizacje prowadziły działania w miejscu zamieszkania podopiecznego. Jeden DDP organizował wsparcie w formie zadań domowych dla swoich podopiecznych:

„Oprócz bezpośrednich zajęć ze specjalistą podopieczni DDP na weekendy oraz okresy nieobecności (np. wyjazd z rodziną na wakacje) mieli do wykonania także tak zwaną "pracę domową", która polegała na wykonaniu zadań przekazanych przez terapeutów samodzielnie lub przy wsparciu rodziny.” DDP 6

Źródło: konsultacje z wykonawcami Zadania (organizatorami DDP).

W sprawozdaniach za rok 2022 nie opisano konkretnych działań realizowanych w środowisku zamieszkania. Co nie oznacza, że cel 2 nie został zrealizowany. Zarówno w sprawozdaniach, jak i z przeprowadzonych konsultacji wynika, że organizatorzy skupili się na działaniach w powstałych DDP. Treningi umiejętności społecznych obejmujących podtrzymywanie zdolności do zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych były realizowane w siedzibach DDP. Uczestnicy jak i ich rodziny lub opiekunowie korzystali z usług pracownika socjalnego, psychologa, prawnika również w siedzibie DDP. Organizowane zajęcia miały przenieść się na umiejętności w miejscu zamieszkania jak np. opisane przez DDP 1:

„Osoby mieszkające samodzielnie, często pod okiem terapeutów korzystali ze sprzętów gospodarstwa domowego jak pralka, suszarka, czy też żelazko, by wyglądać czysto i schludnie wśród innych podopiecznych.” DDP 1.

Źródło: konsultacje z wykonawcami Zadania (organizatorami DDP).

Konkretne zajęcia terapeutyczne, które obejmują Cele 3 i 4 przyczyniają się do kształtowania umiejętności zaspokajania podstawowych potrzeb życiowych i umiejętności funkcjonowania w codziennym życiu.

¹⁰ W przypadku usług społecznych, trzeba uwzględniać także usługi pracownika socjalnego, asystenta osoby starszej/rodziny, radcy prawnego, psychologa, pomagających w prowadzeniu domu, załatwianiu codziennych spraw.

Co więcej, środowisko zamieszkania to nie tylko dom podopiecznego, to również otaczająca infrastruktura. Niektóre DDP w ramach realizacji celu integracyjnego organizowały wspólne wyjścia do kina, kręgielni, do kawiarni lub na spacer:

„Wyjścia do kina, teatru, do kręgielni, kawiarni czy pikniki w miejscach publicznego wypoczynku dodały pewności siebie i odwagi przebywania w nowej przestrzeni. (...) Systematyczne ćwiczenia usprawniające, spacer, wychodzenie do kręgielni, marsze z kijkami bardzo uaktywniły naszych uczestników. Przekonali się, że jest to bardzo dobra forma spędzania wolnego czasu.” DDP2

Źródło: konsultacje z wykonawcami Zadania (organizatorami DDP).

Trzeba przypomnieć, że działania w miejscu zamieszkania były realizowane od listopada 2020 do maja 2021 ze względu na ograniczenia wynikające z sytuacji epidemiologicznej (Covid-19).

CEL 3: Próba częściowego utrzymania codziennych aktywności

W ramach działań dotyczących utrzymania codziennych aktywności prowadzone są treningi, rozwijające i podtrzymujące umiejętności, które są niezbędne do funkcjonowania w życiu codziennym, np. zajęcia z zakresu samoobsługi (przygotowywanie posiłków oraz miejsca do prowadzenia zajęć), samoobsługa w zakresie czynności fizjologicznych i higienicznych, spacer na świeżym powietrzu, hortiterapia, wprowadzenie systemu dyżurów w opiece nad florą i fauną w placówce i wokół niej, trening kulinarny, trening orientacji w terenie. Wszystkie DDP prowadzą działania w zakresie: treningu podtrzymywania umiejętności dbania o higienę i wygląd, treningi podtrzymywania funkcji poznawczych, trening umiejętności samoobsługi i umiejętności społecznych/socjoterapia. Każdy DDP oferuje również zindywidualizowaną ofertę zajęć. Tabela nr 4 przedstawia zestawienie prowadzonych zajęć w podziale na Domy.

W 2022 roku kontynuowana była zindywidualizowana i kompleksowa działalność dostosowana do uczestników. Wszystkie DDP realizują zajęcia z zakresu terapii poznawczej, terapii reminiscencyjnej, terapii zajęciowej, muzykoterapii, choreoterapii, zajęcia z fizjoterapeutą oraz zajęcia z logopedą. Wprowadzono nową formę terapii alpakoterapię oraz silwoterapię (jest to forma terapii włączająca kontakt z naturą). Jeden z Domów dodatkowo wprowadził cykliczne zajęcia religijne, w których uczestnictwo jest dobrowolne oraz Nording walking - ćwiczenie prawej i lewej półkuli mające na celu usprawnianie ruchowe.

Tabela 4 *Formy wsparcia w ramach działań dotyczących utrzymania codziennych aktywności*

Aktywność jest realizowana w DDP ✓; Brak tego typu aktywności w DDP: -

RODZAJ TERAPII	DDP					
	1	2	3	4	5	6
Terapia poznawcza	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Terapia reminiscencyjna	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Terapia zajęciowa	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Muzykoterapia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Choreoterapia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zajęcia z fizjoterapeutą	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Zajęcia z logopedą	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Ludoterapia ¹¹	-	✓	✓	✓	✓	✓
Terapia ręki	-	✓	✓	✓	✓	-
Zajęcia komputerowe	-	✓	✓	✓	✓	✓
Hortiterapia	-	✓	-	✓	✓	✓
Inne zajęcia z psychologiem ¹²	✓	✓	-	✓	✓	✓
Zajęcia edukacyjne	-	✓	-	✓	✓	✓
Zajęcia innowacyjne z tabletami	-	✓	-	✓	✓	✓
Dogoterapia/ alpakoterapia	✓	✓	-	✓	✓	✓
Zajęcia kulinarne	-	✓	-	✓	✓	✓
Nauka języków	-	✓	-	✓	✓	-
Gra w brydża	-	✓	-	✓	✓	-
Zajęcia plastyczne/malarskie	✓	✓	-	✓	✓	✓
Masaż	✓	✓	-	✓	✓	✓

Źródło: opracowanie na podstawie konsultacji z wykonawcami Zadania (organizatorami DDP).

Oferowane zajęcia prowadzone były zarówno w grupach jak i indywidualnie. Obserwacja działań uczestników, możliwości uczestniczenia w zajęciach poszczególnych osób były jedną z przyczyn modyfikowania oferty terapeutycznej. Organizatorzy mając na uwadze dopasowanie odpowiednich form terapii do potrzeb i możliwości uczestników poszukiwali nowych rozwiązań, nowych propozycji mających wpływ na poprawę funkcji poznawczych i uatrakcyjnienie zajęć.

¹¹ Terapia za pomocą gier i zabaw. Źródło: <https://www.mp.pl/pacjent/rehabilitacja/terapia-zajeciowa/118024,socjoterapia>, z dnia 18.10.2023r.

¹² Inne zajęcia, które poza wymienionymi powyżej w niniejszej Tabeli.

Rozbieżności w tekście na temat aktywności realizowanych w DDP wynikać mogą z faktu różnych źródeł informacji. Informacje o prowadzonej działalności DDP zostały opisane w sprawozdaniach. W niniejszym badaniu ewaluacyjnym w przeprowadzonych konsultacjach poproszono organizacje o uzupełnienie tych informacji.

CEL 4: Integracja oraz umożliwienie aktywnego udziału w życiu lokalnej społeczności

W analizowanym zadaniu wszyscy wykonawcy realizują cel związany z integracją ze środowiskiem lokalnym. Działania te różnią się między DDP formą. Przykładowe działania: działania wewnątrz integracyjne włączające opiekunów i rodziny podopiecznych, działania integracyjne zewnętrzne we współpracy z lokalnymi organizacjami. Wspólna organizacja wydarzeń okolicznościowych i wspólne obchodzenie świąt, a także przyjmowanie gości w ramach współpracy międzypokoleniowej (współpraca z przedszkolem, Domem Dziecka) odbywała się w DDP, jak i siedzibach zaprzyjaźnionych organizacji.

CEL 5: Wsparcie osób sprawujących opiekę (osób sprawujących faktyczną opiekę, w szczególności członków rodzin) poprzez edukację, poradnictwo oraz oddziaływania terapeutyczne

DDP prowadziły wieloraki rodzaj wsparcia opiekunów osób chorujących. Najczęstszą formą wsparcia były realizowane w DDP spotkania informacyjne lub szkolenia w zakresie tematyki profilaktyki ewentualnych chorób i innych problemów społecznych towarzyszących chorobie osoby bliskiej. Przeprowadzane były także konsultacje indywidualne i wsparcie grupowe psychologiczne, psychiatryczne, logopedyczne, prawne, terapeutyczne. W ramach działalności DDP organizowane były również wspólne zajęcia w terenie o charakterze terapeutyczno-rehabilitacyjnym i integracyjnym dla podopiecznych, ich rodzin oraz dla opiekunów/specjalistów. Grupy wsparcia prowadzone były przez 3 z 6 DDP.

Tabela 5: Formy wsparcia osób sprawujących opiekę

Forma wsparcia w DDP:	1	2	3	4	5	6
Mobilny asystent/asystent osób niesamodzielnych	-	-	✓	✓	-	-
Szkolenia/spotkania informacyjne	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Wspólne przedsięwzięcia (opiekun + podopieczny)	-	-	✓	-	✓	✓
Wsparcie psychologiczne	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Grupy wsparcia	-	✓	-	-	✓	✓

Źródło: sprawozdanie za rok 2022 oraz konsultacje z organizatorami DDP

CEL 6: Zapewnienie kontynuacji działania DDP po zakończeniu konkursu zgodnie z potrzebami środowiska lokalnego (oferent przedstawi w ofercie wizje podjęcia działań do kontynuacji działalności DDP po zakończeniu konkursu);

Organizatorzy podjęli kroki związane z kontynuacją działania DDP. Prowadzone były rozmowy z lokalnymi władzami i poszukiwania innych programów wsparcia finansowego m.in. ze źródeł zagranicznych. Co więcej prowadzono rozmowy z opiekunami uczestników w celu przyłączenia się do informowania o tym, jak ważna i potrzebna jest taka placówka w środowisku. Trzeba podkreślić element zaaktywizowania społecznego (samych opiekunów, rodzin) do działań na rzecz utrzymania takich placówek.

„Działalność DDP przynosi korzyści zarówno dla Uczestników projektu, którzy dzięki terapii dłużej funkcjonują w środowisku domowym jak również ich rodzin i opiekunów. Opiekunowie naszych Uczestników mogą normalnie funkcjonować, podejmować pracę zawodową oraz dbać o prawidłowe relacje rodzinne. Rodziny same wyszły z inicjatywą o przedłużeniu działalności DDP, pisząc prośby do różnorodnych instytucji mających wpływ na jego kontynuację.” DDP 4

Źródło: konsultacje z wykonawcami Zadania (organizatorami DDP).

CEL 7: Systematyczne podnoszenie kompetencji osób zatrudnionych przy projekcie w kierunku zdobycia wysokich kwalifikacji w budowaniu usług i opiece nad osobami starszymi cierpiącymi z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera we wstępnym etapie choroby, w zakresie usług społecznych;

We wszystkich DDP realizowane są działania mające na celu podnoszenie kompetencji osób zatrudnionych przy realizacji Zadania.

Są to:

- **Wykłady i spotkania tematyczne** (m.in. Jak pracować z osobą z chorobą otępienną, Pozytywne podejście do opieki. Zrozumieć postęp choroby i zachowania, które wpływają na opiekę i codzienne funkcjonowanie, Spotkanie z dietetykiem na temat zdrowego odżywiania.)
- **Szkolenia** z zakresu psychologicznych i psychiatrycznych aspektów pracy z osobami dotkniętymi chorobami otępiennymi i ich otoczeniem.
- **Wizyty studyjne**
- **Job shadowing:** spotkania w innych ośrodkach. Założeniem tej formy szkoleniowej było podpatrywanie i przenoszenie do pracy w ośrodku DDP form i metod pracy stosowanych w innych placówkach tego typu.

CEL 8: promowanie idei dotyczącej ośrodków wsparcia DDP;

Każda organizacja podjęła się realizacji działań promocyjnych. Działania promocyjne realizowane były w różnych formach o zasięgu lokalnym i ogólnopolskim. Najczęściej prowadzona była kampania społeczna w formie rozpowszechnienia lokalnie plakatów, ulotek dotycząca problemów choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych wśród osób starszych. Przygotowano foldery informacyjne rozpowszechniane lokalnie. Ulotki m. in. były rozmieszczane w przychodniach, aptekach w szpitalu, w punktach informacyjnych jednostek samorządowych.

Organizacje deklarowały ukazanie się artykułów w lokalnej prasie. Artykuły zamieszczone w mediach lokalnych i społecznościowych (fb, Echo dnia, Radomska Grupa Mediowa, Gość Niedzielny). Reportaże w telewizji lokalnej i ogólnopolskiej, radiu (TVP 3, TVN, Tv Dami, Radio Plus, Radio Radom, Radomska Grupa Mediowa, Zebra TV)

Promocja idei utworzenia Dziennego Domu Pobytu dla osób starszych z chorobami otępiennymi w tym chorobą Alzheimera przybierała różne formy. Główną rolę pełniły strony internetowe organizacji oraz media społecznościowe. Zarówno na stronie internetowej jak i Facebooku były umieszczane informacje i zdjęcia „z życia domu” (jak np. zdjęcia z prowadzonych terapii). Jeden z DDP zorganizował dwie wizyty studyjne: dla pozostałych Dziennych Domów Pobytu uczestniczących w projekcie oraz dla władz samorządowych i ośrodków pomocy społecznej. Na YouTube dostępny jest krótki film prezentujący DDP „Kotwica” w Siedlcach:

<https://www.youtube.com/watch?v=1ij85mj1kDI>

Dwie z organizacji podjęły się zorganizowania konferencji, w tym jeden z DDP zadeklarował transmisję konferencji organizowanej przez Rzecznika Praw Obywatelskich w wizytowanym DDP: <https://alzheimer.org.pl/mozliwosci-wsparcia-osob-zyjacych-z-demencja-w-zaawansowanym-stadium-choroby-i-ich-bliskich-relacja-z-konferencji-w-brpo/>

CEL: 9 implementowanie modelu funkcjonowania DDP w województwie mazowieckim;

W przeprowadzonych konsultacjach 5 na 6 organizacji zadeklarowało, że nie wie, czy w ich lokalnym regionie wzór działania DDP został wprowadzony. Funkcjonują placówki wsparcia przeznaczone dla osób starszych, ale samodzielnych i sprawnych. Jedna organizacja zadeklarowała, że ich zdaniem model wsparcia jest powielany, jednak nie został podany dokładny przykład, również jedna organizacja podała nazwę organizacji, która rozpoczęła swoje działania w 2023 roku, w związku z wygranym konkursem na kolejne nowe ośrodki DDP. W ramach Zadania jedna placówka podjęła współpracę z Domem Pomocy Społecznej i

Dziennymi Domami Opieki¹³. Ma ona na celu obopólną wymianę doświadczeń, prowadzenie szkoleń, wspólne działania i wydarzenia.¹⁴

CEL 10: budowa międzypokoleniowego wolontariatu wokół działań projektowych.

Cel 10 realizowany jest poprzez udział w wydarzeniach organizowanych przez inne ośrodki, a także przyjmowanie gości w ramach tzw. współpracy międzypokoleniowej. Organizowane były zajęcia z dziećmi z przedszkoli i domów dziecka np. biblioterapia międzypokoleniowa z elementami terapii plastycznej, lub inne wydarzenia np. ognisko integracyjno – międzypokoleniowe z udziałem młodzieży szkolnej. Przy jednej placówce DDP został uruchomiony klub wolontariatu, który zrzesza podopiecznych placówki, jak i młodzież i osoby w wieku produkcyjnym z terenu objętego działaniami projektowymi.

Zauważyć można, że w każdym DDP realizowane są „Aktywności otwierające”. Wszelkie prace podejmowane z udziałem lokalnej społeczności (np. teatr międzypokoleniowy), inicjatywy łączące uczestników z poszczególnych DDP są niezwykle ważne ze względu na Zadanie stymulujące pomoc wzajemną podejmowaną przez użytkowników poszczególnych DDP.

¹³ Nazwa podana przez respondenta.

¹⁴ Źródłem informacji są konsultacje z organizatorami DDP. Informacje na temat implementowania modelu funkcjonowania DDP w województwie mazowieckim nie zostały zawarte w sprawozdaniach.

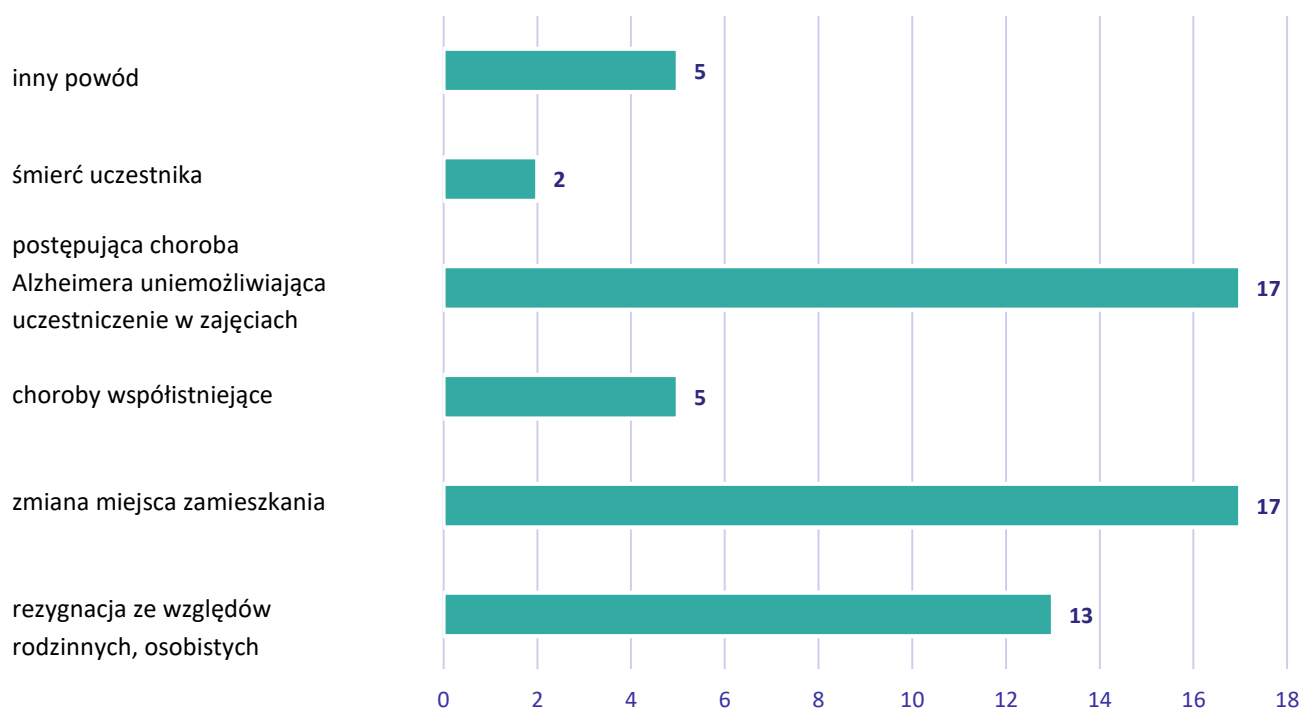
7) Charakterystyka uczestników

Założeniem Zadania publicznego było stworzenie 6 Dziennych Domów Pobytu na terenie województwa mazowieckiego. We wszystkich DDP w 2022 roku przybywało łącznie **155 uczestników** (Źródło: na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP).

Organizacje przekazały informacje o uczestnikach DDP dla 155¹⁵ osób, spośród których 150 miały wykonany 1 pomiar. Liczebność pomiaru II dla poszczególnych testów, które podlegały ocenie różniła się i została szczegółowo opisana w dalszej części raportu. Ze względu na specyfikę grupy docelowej beneficjentów Zadania występuje rotacja uczestników.

Najczęstszymi powodami opuszczenia projektu były: rezygnacja ze względów rodzinnych, osobistych, zmiana miejsca zamieszkania, choroby współistniejące, postępująca choroba Alzheimera uniemożliwiająca uczestniczenie w zajęciach, śmierć uczestnika.

POWÓD OPUSZCZENIA ZADANIA



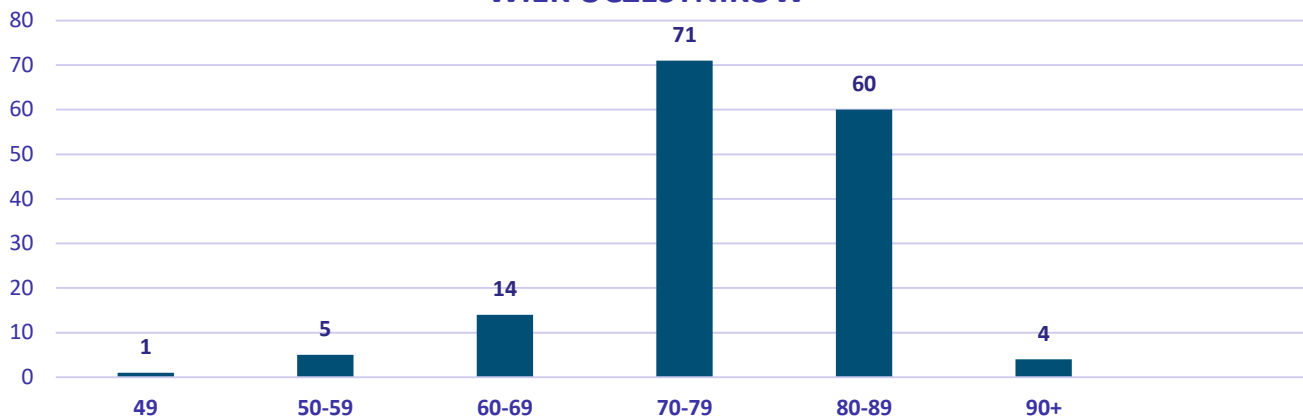
N=59

Wykres 1 Rozkład liczebności powodów opuszczenia Zadania (jeden powód na uczestnika)

W dalszej części przedstawione zostały szczegółowe informacje dotyczące uczestników Zadania.

¹⁵ Informacje dotyczące uczestników (w sposób uniemożliwiający identyfikację, bez danych osobowych) przekazane przez organizatorów DDP na podstawie wytycznych zespołu ewaluatorów, w formacie umożliwiający przygotowanie zbioru do analizy. Dane kontrolnie były sprawdzane i w razie wątpliwości wyjaśniane z organizatorami DDP.

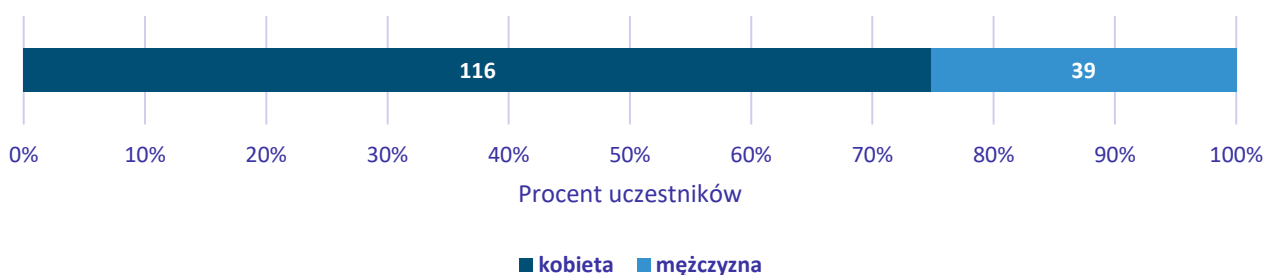
WIEK UCZESTNIKÓW



N= 155

Wykres 2 Rozkład częstości wieku uczestników, źródło: informacje przekazane przez wykonawców Zadania

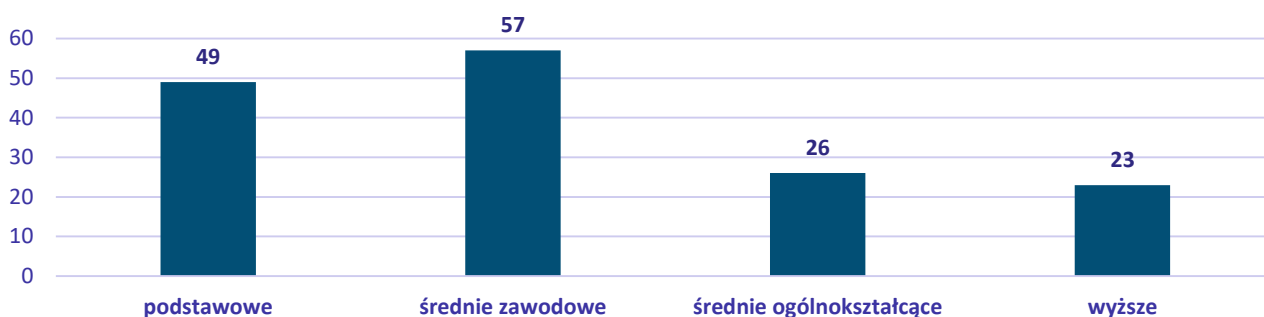
PŁEĆ



N=155

Wykres 3 Rozkład liczebności płci uczestników, źródło: informacje przekazane przez wykonawców Zadania

WYKSZTAŁCENIE UCZESTNIKÓW



N=155

Wykres 4 Wykształcenie uczestników, źródło: informacje przekazane przez wykonawców Zadania

LICZBA UCZESTNIKÓW WG MIEJSCA DZIENNEGO DOMU POBYTU¹⁶

MIEJSCOWOŚĆ	RADOM	SEROCK	MYŚLIBORZYCE	SIEDLCE	PŁOCK	ZĄBKI
LICZBA UCZESTNIKÓW	29	23	26	22	30	25

N=155

Tabela 6 Miejsce DDP, źródło: informacje przekazane przez wykonawców Zadania

¹⁶ Kolejność wymienionych w tabeli Domów nie odpowiada numeracji DDP w pozostałych tabelach i wykresach

8) Wyniki analizy

Podsumowanie

Z dostarczonych przez DDP danych wynika, że oferowane wsparcie przyczynia się do wsparcia i utrzymania **codziennej aktywności osób chorujących**. Porównując różnice pomiędzy I i II pomiarem w końcowych ocenach sprawności funkcjonalnej oraz psychologicznych funkcji poznawczych zauważyć można, że więcej uczestników miało poprawę w ocenie tych funkcji. Zgodnie z charakterystyką chorób otępiennych, choroba rozwija się w czasie.

Z wyników przedstawionych w niniejszym raporcie wynika jednak, że u dużej części osób, które brały udział w zajęciach realizowanych przez DDP generalnie wyniki testów nie pogarszały się, a nawet poprawiały. Jednak, co jest oczekiwane (ze względu na specyfikę) u części osób oceny testów były ujemne, co świadczyło o pogarszaniu się stanu zdrowia.

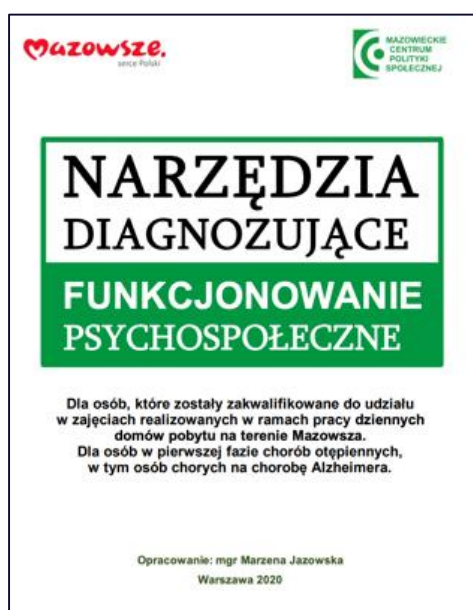
Charakterystyka chorób otępiennych, w tym choroby Alzheimera niestety wiąże się z postępującymi utrudnieniami funkcjonowania psychospołecznego. Udział w szeregu zajęć organizowanych przez DDP miał przyczynić się w jak najlepszym stopniu do zatrzymania lub opóźnienia rozwoju choroby. Pomiar za pomocą testów przesiewowych miał pomóc w znalezieniu odpowiedzi na pytanie:

Czy wsparcie udzielane osobom starszym z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera wpływa (a jeśli tak, to w jakim stopniu) na codzienną aktywność tych osób?

Narzędzia diagnozujące

W procesie rekrutacji uczestników uzupełniany jest formularz osobowy oraz narzędzie diagnozujące: Kwestionariusz oceny funkcjonowania. Badania diagnostyczne z użyciem Kwestionariusza oceny funkcjonowania powtarzane są w ośrodkach najczęściej co 6 miesięcy. Jeden ośrodek prowadzi pomiary diagnozujące co 4 miesiące. Dokumentacja uzupełniana jest w każdym etapie przez osoby z odpowiednimi uprawnieniami (np. psychologa).

Na początku realizacji projektu placówki używały własnych narzędzi diagnostycznych, które w 2021 roku zastąpiono wystandaryzowanym narzędziem przekazanym przez MCPS (opracowane przez mgr Marzenę Jazowską, Warszawa 2020).



Wśród wspomnianych narzędzi, oprócz wywiadu psychologicznego z uczestnikiem projektu (historia życia, aktualna sytuacja), realizowany był wywiad z opiekunem (z określeniem potrzeb uczestnika), a w dalszej części krótka ocena poziomu funkcji poznawczych (funkcje językowe, pamięć, praktyka, myślenie, funkcje wykonawcze), test MMSE (krótka skala oceny stanu umysłowego¹⁷) oraz test rysowania zegara (CDT) – jako testy przesiewowe wraz z podsumowaniem ocen, opinią psychologa. Dodatkowo była możliwość oceny funkcjonowania uczestnika podczas zajęć terapeutycznych prowadzonych w ramach projektu i podsumowania rocznego wyników uczestnika projektu.

W analizie zmian sprawności funkcjonalnej i stanu psychicznego osób biorących udział w DDP wykorzystano następujące wyniki testów i ocen z poszczególnych części narzędzia „Kwestionariusz oceny”:

¹⁷ Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Gary Faniyang (2010), *Mini – Mental State Examination (MMSE)*, polskie opracowanie Joanna Stańczak.

1. OCENY KOŃCOWE max 219 PKT
2. SKALA OCENY RÓŻNYCH ASPEKTÓW FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO:
 - 2.1. MINI – MENTAL STATE EXAMINATION
 - 2.2. TEST RYSOWANIA ZEGARA (CDT)
 - 2.3. WYNIK KOŃCOWY TESTÓW PRZESIEWOWYCH MMSE i CDT
3. OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ, ZACHOWANIA I STANU PSYCHICZNEGO / OPIEKUN
4. OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH / PSYCHOLOG
5. RÓŻNICE W KOŃCOWYCH OCENACH (1 pomiar)

W 2022 roku wszystkie organizacje używały jednego narzędzia, które pozwala na porównanie wyników w czasie oraz między uczestnikami. Do porównania danych użyto wyników z pierwszego i drugiego pomiaru.

Tabela 7 Liczba uczestników w 2022 roku zadeklarowana przez organizatorów Zadania (w ramach konsultacji)

	Liczba uczestników, którzy uzupełnili 1 raz narzędzie przekazane przez MCPS	Liczba uczestników, którzy brali udział 2 razy w badaniach diagnostycznych	Liczba uczestników, którzy brali udział 3 razy w badaniach diagnostycznych
DDP 1	28	15	brak danych ¹⁸
DDP 2	22	20	13
DDP 3	28	17	brak danych ¹⁷
DDP 4	26	17	brak danych ¹⁸
DDP 5	21	16	brak danych ¹⁹
DDP 6	25	20	13
RAZEM	150	105	26

N=155- liczba uczestników z przekazaną informacją, że bierze udział w Zadaniu, w tym 5 osób nie posiadało informacji na temat kart oceny. Uczestnicy zrezygnowali przed oceną dokonywaną w placówce. N= 105 – liczba uczestników z pełną informacją z 2 pomiarów analizowanych testów diagnostycznych.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

Ze względu na rezygnację i przystępowanie nowych osób do udziału w projekcie występuje różna liczebność uczestników, którzy brali udział w badaniach diagnostycznych i tym samym w analizach, za każdym razem odpowiednio to uwzględniano, z wyłączeniem obserwacji, gdzie informacji o wynikach diagnostycznych nie było/nie zostały przekazane - 5 osób (tzw. braki danych). W niektórych organizacjach projekt zakończył się przed III pomiarem.

^{18,17,18,19} W 2022 przeprowadzono 2 pomiary w odstępie 4-6 miesięcy.

Do analizy włączono tylko osoby, które spełniły podstawowy i konieczny warunek: **diagnoza dokonywana była za pomocą narzędzia przekazanego przez MCPS** (powyżej opisane szerzej jako Narzędzie diagnozujące). Należy zwrócić uwagę na kontekst związany z dokonywaniem pomiarów w poszczególnych DDP. Pomiary pomiędzy DDP mogą różnić się czasem jego realizowania. W 2022 roku organizacje przekazały wyniki, których pomiar mierzony był w odstępie między 4 a 6 miesięcy. Dla DDP 1, DDP 2, DDP 3, DDP 4, DDP 5 - pomiarów dokonano w odstępie 6 miesięcy, a w DDP 6 wyniki mierzono w odstępie 4 lub 6 miesięcy.

Ze względu na małą liczbę wyników uzupełnionych dla III pomiaru zdecydowano się przedstawić wyniki tylko dla grupy osób, które zostały poddane diagnozie/ocenie dwukrotnie¹⁹.

W analizach zastosowano test mediany różnic między I i II pomiarem oraz między I i III pomiarem (test znakowanych rang Wilcoxon dla prób zależnych²⁰). Zdecydowano się na porównanie mediany zamiast średniej ze względu na rozrzut wyników (skrajne wyniki) i małą liczebność grup. Również ze względu na małe liczebności grup, zdecydowano porównać ogólną sytuację osób, bez podziału na uczestników poszczególnych DDP.

Objaśnienie skrótów:

Mdn- mediana

T- Test statystyczny (suma dodatnich różnic)

z- Standaryzowany test statystyczny (Z score)

p- istotność statystyczna (p-value)

¹⁹ Są to np. zarówno osoby nowo przyjęte do projektu, które nie zdążyły jeszcze być ocenione 3 krotnie lub osoby, które nie miały 3 oceny z powodu diagnozowania wcześniej przy pomocy innych narzędzi.

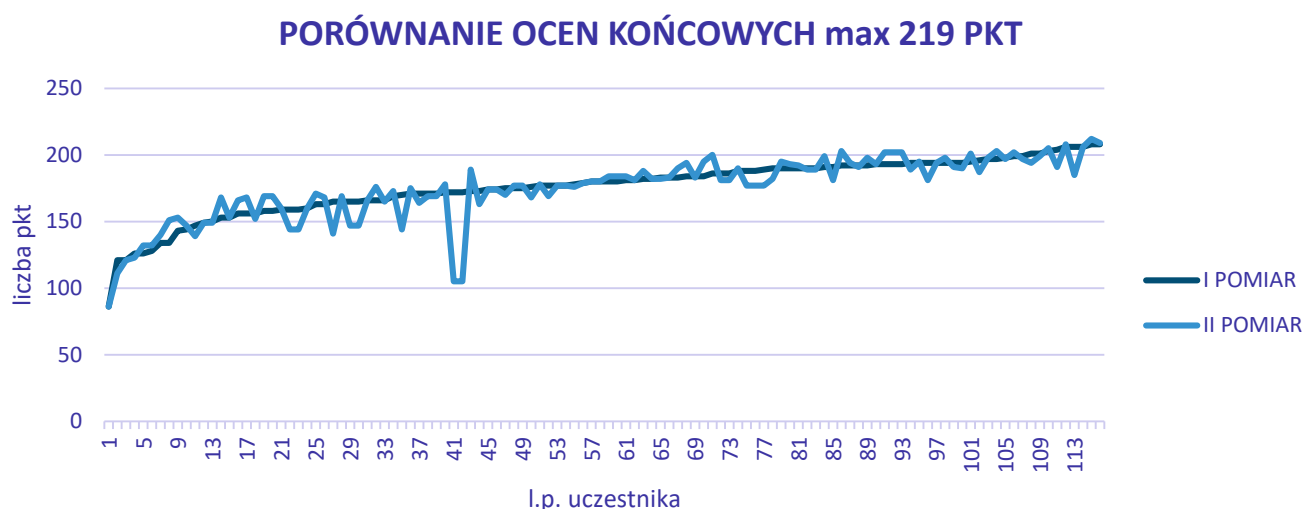
²⁰ O metodzie: Wilcoxon signed-ranks test - MASH Guide - Guides at University of Lincoln
<https://guides.library.lincoln.ac.uk/c.php?g=110730&p=4638043>

Porównanie wyników

W zestawieniu wszystkich dostępnych wyników **oceny dokonanej dwukrotnie w 2022 roku** (N=105) **nie zauważono statystycznie istotnej różnicy w wynikach we wszystkich testach i ocenach** w pomiarze II w porównaniu do wcześniejszego pomiaru I. Oceniając wpływ ilościowo statystycznie wyniki nie są istotne, jednak przeglądając dane jakościowo zwracając uwagę na indywidualne wyniki osób zauważyć można, że wśród części osób wyniki ocen w pomiarze II poprawiły się. Świadczą o tym widoczne ilości dodatnich różnic (porównanie wyników z II pomiaru do I pomiaru). O pogorszeniu się stanu podopiecznego świadczą ujemne różnice. Szczegółowe informacje znajdują się poniżej w opisie wyników poszczególnych testów.

1. OCENY KOŃCOWE max 219 PKT

Porównując wyniki pomiaru II (Mdn=178) do wcześniejszego pomiaru I (Mdn=180) nie można zaobserwować znaczącej różnicy w wynikach ogólnych ocen końcowych (max 219 PKT). Test znakowanych rang Wilcozona wskazuje, że ta różnica nie jest statystycznie istotna, T=2016; z=-3,246; p=0,531.



N=116

Wykres 5 Porównanie wyników ocen końcowych z I i II pomiaru według uczestników

Tabela 8 OCENY KOŃCOWE max 219 PKT

	MEDIANA POMIAR I	MEDIANA POMIAR II	WARTOŚĆ MIN POMIAR I	WARTOŚĆ MIN POMIAR II	WARTOŚĆ MAX POMIAR I	WARTOŚĆ MAX POMIAR II
WYNIKI OGÓŁEM	178	180	86	86	208	212

N= 116, dodatnie różnice = 48, ujemne różnice=38

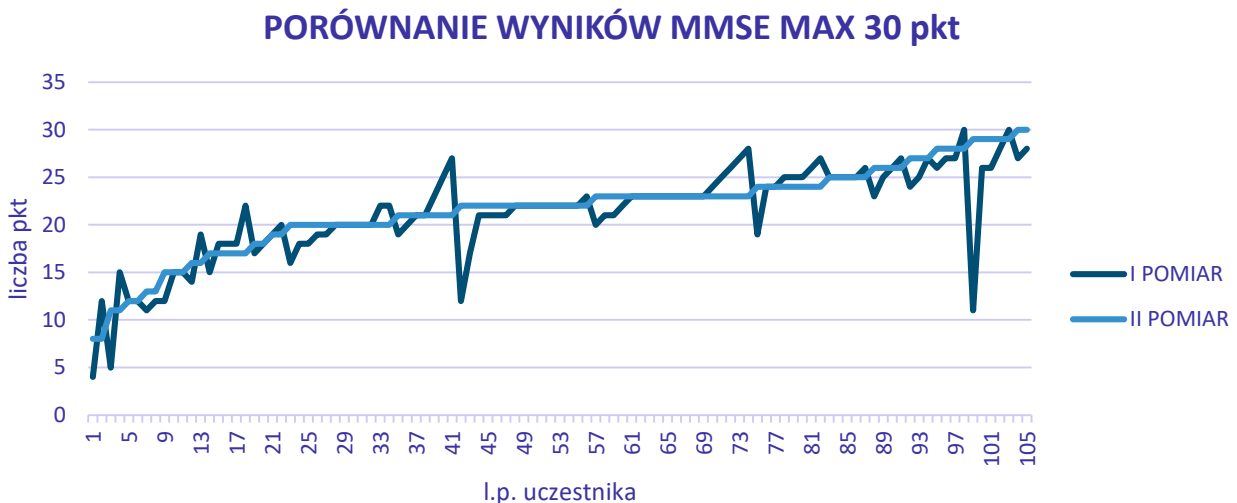
Pomiar I vs Pomiar II: Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych p=0,531

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

2. SKALA OCENY RÓŻNYCH ASPEKTÓW FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO:

2.1. MINI – MENTAL STATE EXAMINATION

Wynik mediany w Teście Mini Mental Test w obu pomiarach był jednakowy (w pomiarze I Mdn=22, w pomiarze II Mdn=22). Wyniki testu znakowanych rang Wilcozona wskazują, że ta różnica nie jest statystycznie istotna ($T=1347$, $z=-2,330$, $p=0,190$). Liczba rang dodatnich wyniosła 39, ujemnych 28.



$N=110$

Wykres 6 Porównanie wyników MINI – MENTAL STATE EXAMINATION

Tabela 9 Mini – Mental State Examination (MMSE) max 30 PKT

	MEDIANA POMIAR I	MEDIANA POMIAR II	WARTOŚĆ MIN POMIAR I	WARTOŚĆ MIN POMIAR II	WARTOŚĆ MAX POMIAR I	WARTOŚĆ MAX POMIAR II
WYNIKI OGÓŁEM	22	22	4	8	30	30

$N=110$, dodatnie różnice = 39, ujemne różnice=28

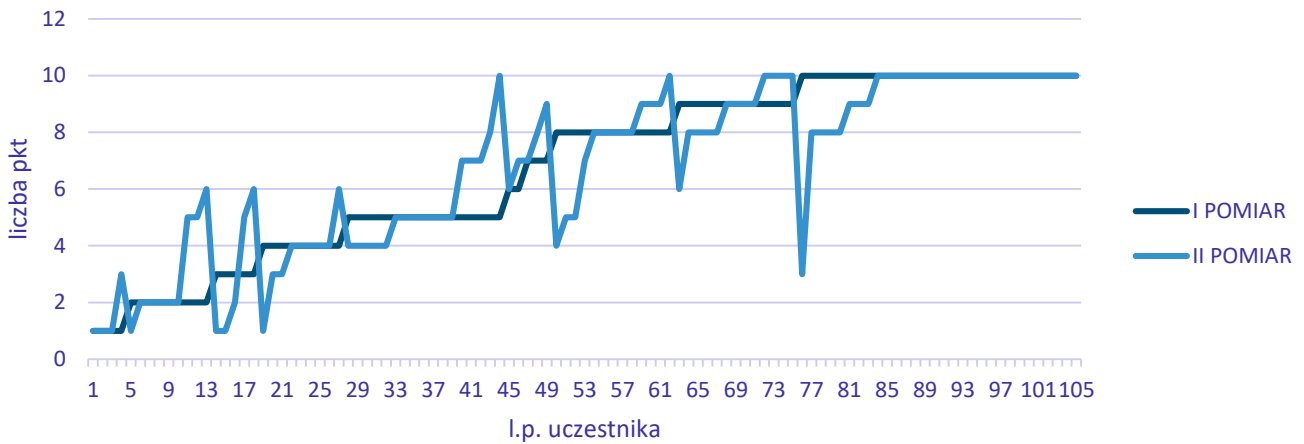
Pomiar I vs Pomiar II: Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych $p=0,190$

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

3. TEST RYSOWANIA ZEGARA (CDT)

Na podstawie przeprowadzonej analizy nie można wnioskować o znaczącej różnicy median w Teście Rysowania Zegara (w pomiarze I Mdn=7; w pomiarze II Mdn=8). Wyniki testu znakowanych rang Wilcozona wskazują, że ta różnica nie jest statystycznie istotna ($T=668$, $z=-0,195$, $p=0,846$).

TEST RYSOWANIA ZEGARA (CDT)



N= 105

Wykres 7 Porównanie wyników MINI – MENTAL STATE EXAMINATION i Testu Rysowania Zegara (CDT)

Tabela 10 Test Rysowania Zegara (CDT)

	MEDIANA POMIAR I	MEDIANA POMIAR II	WARTOŚĆ MIN POMIAR I	WARTOŚĆ MIN POMIAR II	WARTOŚĆ MAX POMIAR I	WARTOŚĆ MAX POMIAR II
WYNIKI OGÓŁEM	7	8	1	1	10	10

N= 105, dodatnie różnice = 23, ujemne różnice=29

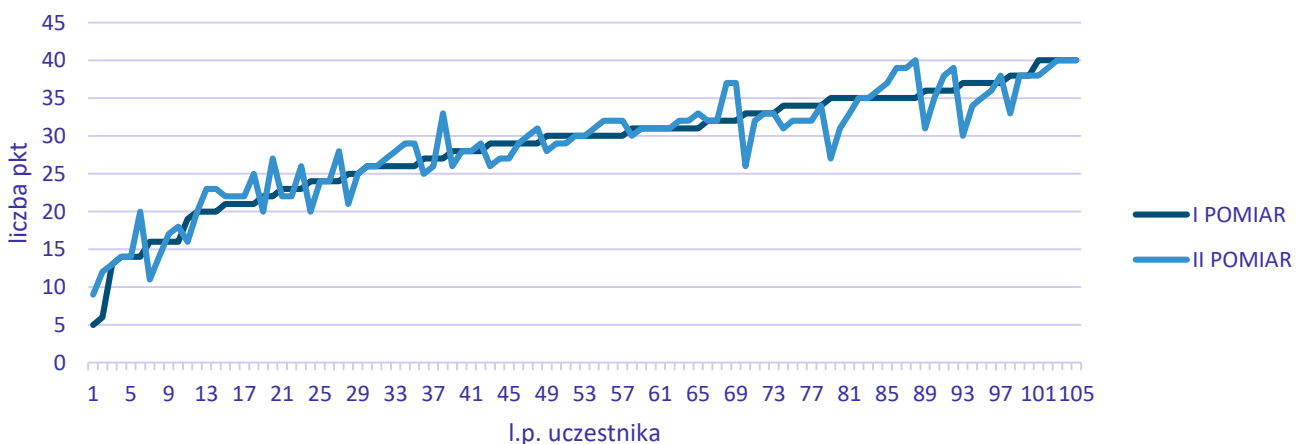
Pomiar I vs Pomiar II: Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych $p=0,846$

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

4. WYNIK KOŃCOWY TESTÓW PRZESIEWOWYCH MMSE i CDT

Porównując wyniki ogółem testu Mini – Mental State Examination (MMSE) oraz Testu Rysowania Zegara (CDT) zauważyć można, lepsze wyniki w pomiarze II (Mdn=29), w porównaniu do w pomiaru I (Mdn=28). Wyniki testu znakowanych rang Wilcozona wskazują, że ta różnica nie jest statystycznie istotna ($T=1506$ $z=0,431$; $p=0,667$).

PORÓWNANIE WYNIKÓW TESTÓW RAZEM MMSE i CDT MAX 40 PKT



N= 105

Wykres 8 Porównanie wyników testów razem Testu Rysowania Zegara (CDT)

Tabela 11 WYNIK KOŃCOWY TESTÓW PRZESIEWOWYCH MMSE i CDT MAX 40 PKT

	MEDIANA POMIAR I	MEDIANA POMIAR II	WARTOŚĆ MIN POMIAR I	WARTOŚĆ MIN POMIAR II	WARTOŚĆ MAX POMIAR I	WARTOŚĆ MAX POMIAR II
WYNIKI OGÓŁEM	28	29	8	6	40	40

N= 105, dodatnie różnice = 39, ujemne różnice=36

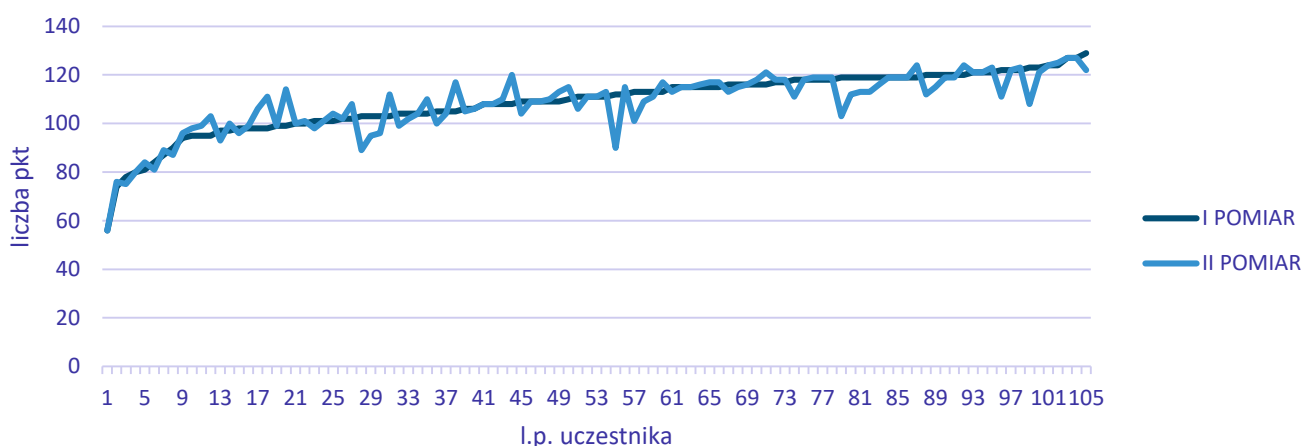
Pomiar I vs Pomiar II: Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych p=0,667

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

5. OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ, ZACHOWANIA I STANU PSYCHICZNEGO / OPIEKUN

Uczestnicy otrzymali lepsze oceny sprawności funkcjonalnej, zachowania i stanu psychicznego dokonanej przez opiekunów w pomiarze II (Mdn=109), w porównaniu do w pomiaru I (Mdn=111). Wyniki testu znakowanych rang Wilcozona wskazują, że ta różnica jest statystycznie istotna (T=1422 z=-0,592; p=0,554).

PORÓWNANIE WYNIKÓW OCENY OPIEKUNÓW



N= 105

Wykres 9 Porównanie wyników testów razem Testu Rysowania Zegara (CDT)

Tabela 12 OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ, ZACHOWANIA I STANU PSYCHICZNEGO / OPIEKUN

	MEDIANA POMIAR I	MEDIANA POMIAR II	WARTOŚĆ MIN POMIAR I	WARTOŚĆ MIN POMIAR II	WARTOŚĆ MAX POMIAR I	WARTOŚĆ MAX POMIAR II
WYNIKI OGÓŁEM	109	111	56	56	129	127

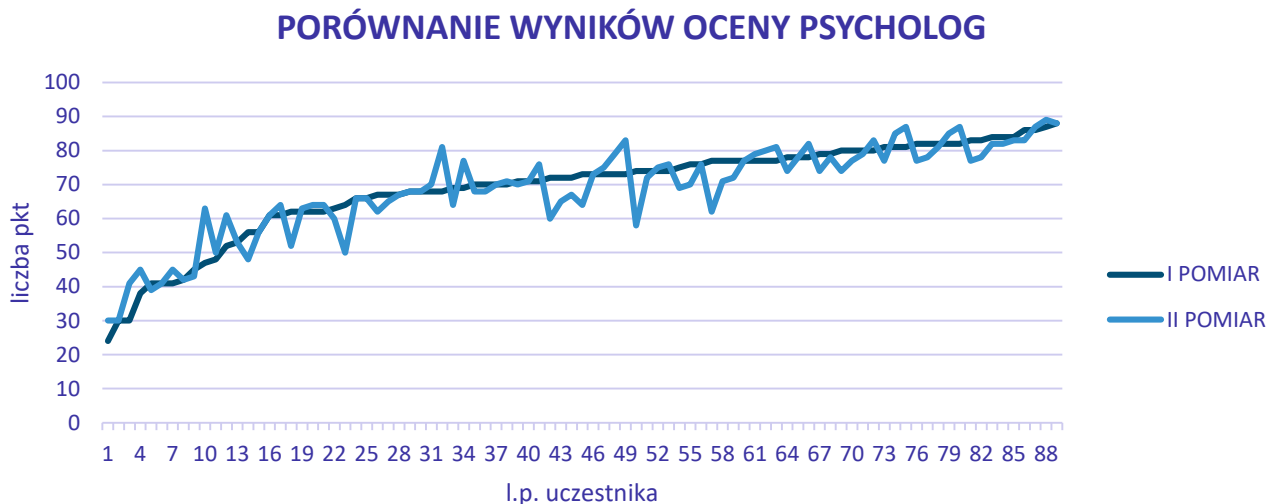
N= 105, dodatnie różnice = 41, ujemne różnice=37

Pomiar I vs Pomiar II: Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych p=0,554

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

6. OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH / PSYCHOLOG

Porównując wyniki ocen psychologicznych funkcji poznawczych dokonanych przez psychologa, uczestnicy **otrzymali lepsze wyniki** w pomiarze II (Mdn=72, w porównaniu do pomiaru I Mdn=71). Wyniki testu znakowanych rang Wilcozona wskazują, że ta różnica nie jest statystycznie istotna, $T=1110$; $z=-0,965$; $p=0,335$.



$N= 105$

Wykres 10 Porównanie wyników oceny psychologicznej funkcji poznawczych

Tabela 13 OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH / PSYCHOLOG

	MEDIANA POMIAR I	MEDIANA POMIAR II	WARTOŚĆ MIN POMIAR I	WARTOŚĆ MIN POMIAR II	WARTOŚĆ MAX POMIAR I	WARTOŚĆ MAX POMIAR II
WYNIKI OGÓŁEM	72	71	22	30	88	89

$N= 105$, dodatnie różnice = 44, ujemne różnice=42

Pomiar I vs Pomiar II: Test znakowanych rang Wilcozona dla prób zależnych $p=0,997$

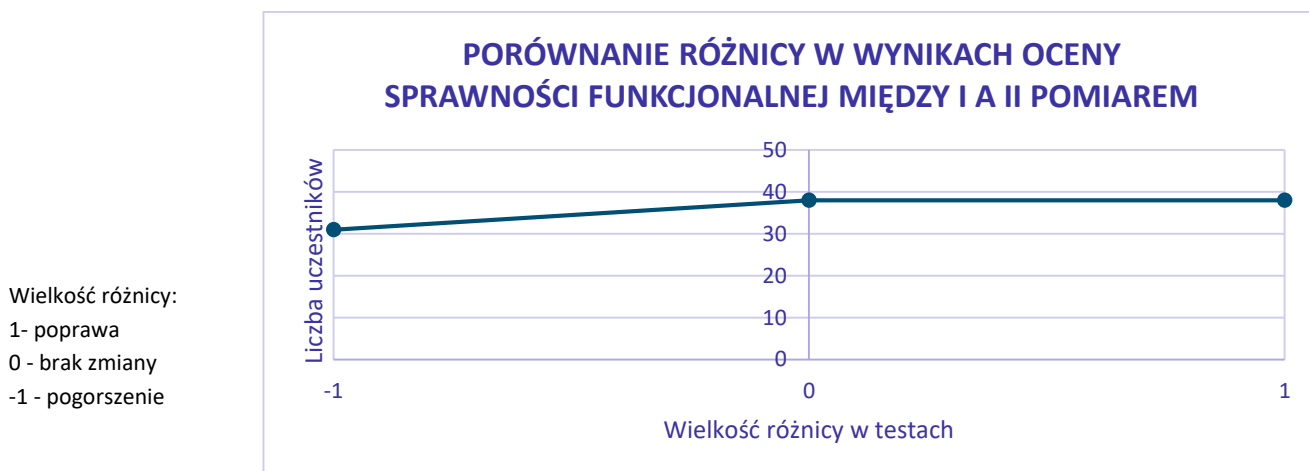
Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

Na podstawie zebranych danych i przeprowadzanych analiz dla 2022 roku nie można wnioskować o wpływie działań Zadania na ocenę sytuacji zdrowotnej osób korzystających z oferty DDP.

W większości wyniki nie są istotne statystycznie, jednak na podstawie oceny indywidualnych wyników zauważyć można, że w pomiarze II poprawiły się one wśród części osób. Świadczą o tym widoczne ilości dodatnich różnic (porównując wyniki z II pomiaru do I pomiaru). O pogorszeniu się stanu podopiecznego świadczą ujemne różnice.

7. RÓŻNICE W KOŃCOWYCH OCENACH (1 pomiar)

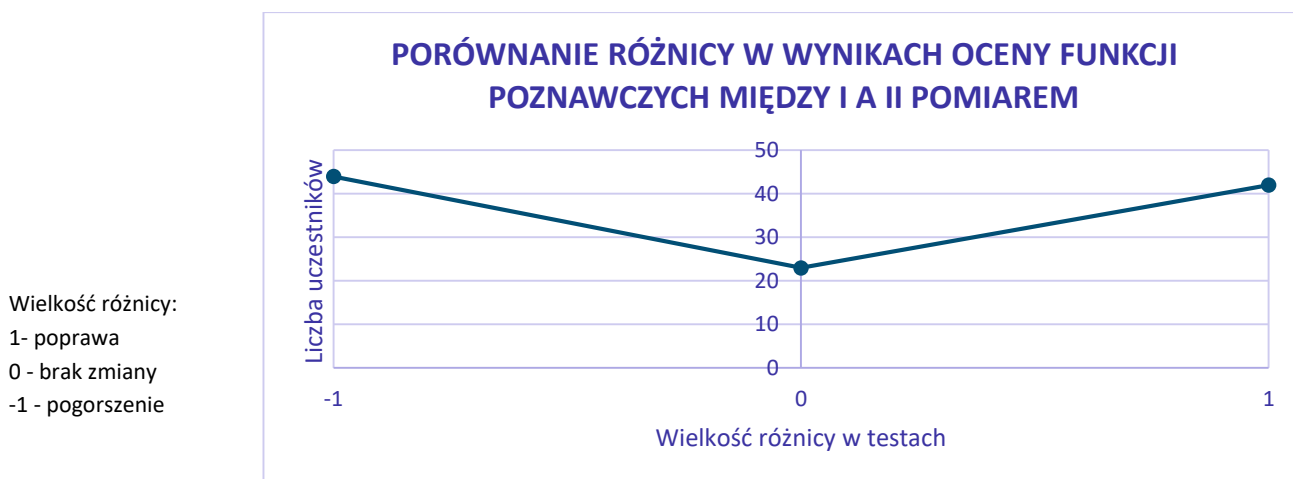
Porównując różnice pomiędzy I i II pomiarem w końcowych ocenach sprawności funkcjonalnej oraz psychologicznych funkcji poznawczych zauważyć można, że więcej uczestników miało poprawę w ocenie tych funkcji.



$N = 107$, -1 (ujemna zmiana)=31, 0 (bez zmian)= 38, 1 (dodatnia zmiana)= 38

Wykres 11 Porównanie wyników oceny sprawności funkcjonalnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP



$N = 105$, -1 (ujemna zmiana)=44, 0 (bez zmian)= 23, 1 (dodatnia zmiana)= 42




Wykres 12 Porównanie wyników oceny funkcji poznawczych










Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

Poniżej zaprezentowano przykładowe wyniki wybranych kilku osób biorących udział w projekcie, aby zilustrować kontekst i rolę sytuacji indywidualnej (np. wiek, płeć, wykształcenie, liczba miesięcy w programie) dla analizy skuteczności działań. Wybrano trzy osoby, z 3 różnych DDP z uwzględnieniem różnych wartości wyniku Testu Oceny Końcowej (mx 219 pkt).

Tabela 14 PODSUMOWANIE OCENY WYNIKÓW POSZCZEGÓLNYCH TESTÓW NA PODSTAWIE DWÓCH POMIARÓW osoba nr 1

Legenda:

poprawa 
 bez zmian 
 pogorszenie 

OCENA WYNIKÓW POSZCZEGÓLNYCH TESTÓW		I POMIAR	II POMIAR	
1	OCENY KOŃCOWE max 219 PKT	178	176	
2	SKALA OCENY RÓŻNYCH ASPEKTÓW FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO:			
2.1	MINI – MENTAL STATE EXAMINATION	26	25	
2.2	TEST RYSOWANIA ZEGARA (CDT)	10	10	
2.3	WYNIK KOŃCOWY TESTÓW PRZESIEWOWYCH MMSE i CDT	35	35	
3.1	OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ, ZACHOWANIA I STANU PSYCHICZNEGO / OPIEKUN	95	98	
3.2	ROCZNA KOŃCOWA OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ (1 pomiar)	1	1	
4.1	OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH / PSYCHOLOG	83	78	
4.2	ROCZNA KOŃCOWA OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH (1 pomiar)	-1	-1	
5	RÓŻNICE W KOŃCOWYCH OCENACH (1 pomiar)	1	1	











Wiek= 76 lata, mężczyzna, wykształcenie wyższe, liczba miesięcy w programie= 19. DDP 2.

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

Tabela 15 PODSUMOWANIE OCENY WYNIKÓW POSZCZEGÓLNYCH TESTÓW NA PODSTAWIE DWÓCH POMIARÓW osoba nr 2

Legenda:

poprawa 
 bez zmian 
 pogorszenie 

OCENA WYNIKÓW POSZCZEGÓLNYCH TESTÓW		I POMIAR	II POMIAR	
1	OCENY KOŃCOWE max 219 PKT	181	184	
2	SKALA OCENY RÓŻNYCH ASPEKTÓW FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO:			
2.1	MINI – MENTAL STATE EXAMINATION	30	30	
2.2	TEST RYSOWANIA ZEGARA (CDT)	10	10	
2.3	WYNIK KOŃCOWY TESTÓW PRZESIEWOWYCH MMSE i CDT	40	40	
3.1	OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ, ZACHOWANIA I STANU PSYCHICZNEGO / OPIEKUN	99	99	
3.2	ROCZNA KOŃCOWA OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ (1 pomiar)	0	0	
4.1	OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH / PSYCHOLOG	82	85	
4.2	ROCZNA KOŃCOWA OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH (1 pomiar)	0	0	
5	RÓŻNICE W KOŃCOWYCH OCENACH (1 pomiar)	1	1	











Wiek= 82 lata, kobieta, wykształcenie podstawowe, liczba miesięcy w programie= 19. DDP 1

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

Tabela 16 PODSUMOWANIE OCENY WYNIKÓW POSZCZEGÓLNYCH TESTÓW NA PODSTAWIE DWÓCH POMIARÓW osoba nr 3

Legenda:

poprawa 
 bez zmian 
 pogorszenie 

OCENA WYNIKÓW POSZCZEGÓLNYCH TESTÓW		I POMIAR	II POMIAR	
1	OCENY KOŃCOWE max 219 PKT	193	202	
2	SKALA OCENY RÓŻNYCH ASPEKTÓW FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO:			
2.1	MINI – MENTAL STATE EXAMINATION	28	30	
2.2	TEST RYSOWANIA ZEGARA (CDT)	5	7	
2.3	WYNIK KOŃCOWY TESTÓW PRZESIEWOWYCH MMSE i CDT	32	37	
3.1	OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ, ZACHOWANIA I STANU PSYCHICZNEGO / OPIEKUN	120	119	
3.2	ROCZNA KOŃCOWA OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ (1 pomiar)	-1	-1	
4.1	OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH / PSYCHOLOG	73	83	
4.2	ROCZNA KOŃCOWA OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH (1 pomiar)	1	1	
5	RÓŻNICE W KOŃCOWYCH OCENACH (1 pomiar)	1	1	

Wiek= 89 lata, kobieta, wykształcenie podstawowe, liczba miesięcy w programie= 17. DDP 6

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

9) Ocena wpływu udziału

Zgodnie z charakterystyką chorób otępiennych, choroba nieuchronnie rozwija się w czasie i jest to okoliczność, która dla ewaluowanych działań musi być brana pod uwagę.

Na podstawie analiz przedstawionych w niniejszym raporcie wynika jednak, że u dużej części osób wyniki testów nie pogarszały się, a nawet poprawiały. Poniższe tabele przedstawiają u ilu osób wyniki poprawiały się, pozostawały bez zmian lub pogarszały w zależności od długości udziału w działaniach realizowanych w DDP. Porównano wyniki z dwóch pomiarów tylko z 2022 roku.

Tabela 17 PORÓWNANIE RÓŻNICY W WYNIKACH OCENY SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ MIĘDZY I A II POMIAREM W ZALEŻNOŚCI OD LICZBY MIESIĘCY W PROGRAMIE

LICZBA MIESIĘCY W PROGRAMIE	od 1 do 6	od 7 do 12	od 13 do 18	od 19 do 24	powyżej 25	RAZEM
WYNIK 1 poprawa	3	3	8	8	16	38
0 bez zmian	1	7	8	8	13	38
-1 pogorszenie	2	6	13	4	6	31
LICZBA UCZESTNIKÓW						
RAZEM	6	16	29	21	35	107

N=107

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

Tabela 18 PORÓWNANIE RÓŻNICY W WYNIKACH OCENY FUNKCJI POZNAWCZYCH MIĘDZY I A II POMIAREM W ZALEŻNOŚCI OD LICZBY MIESIĘCY W PROGRAMIE

LICZBA MIESIĘCY W PROGRAMIE	od 1 do 6	od 7 do 12	od 13 do 18	od 19 do 24	powyżej 25	RAZEM
WYNIK 1 poprawa	2	5	9	7	19	42
0 bez zmian	2	1	4	5	7	19
-1 pogorszenie	2	11	16	9	6	44
LICZBA UCZESTNIKÓW						
RAZEM	6	17	29	21	32	105

N=105

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP

Jest bardzo wiele różnych czynników, które mogą wpływać na codzienną aktywność osób z chorobami otępiennymi, w tym chorobą Alzheimera. Z jednej strony osoby we wstępnej fazie choroby mogą uzyskiwać pozytywne wyniki, ponieważ na tym etapie skutki choroby nie są jeszcze tak bardzo negatywne. Z drugiej strony może mieć to związek z lepszym oddziaływaniem aktywności, w których bierze udział osoba. Tym samym na pozytywny wynik (brak pogorszenia wyniku drugiego, tzn. dodatnie różnice w pomiarze lub zero brak rozwoju choroby) mogły mieć również wpływ liczba miesięcy udziału w zadaniu, ponieważ w porę udzielona pomoc mogła wspierać osoby chorujące, a także różnorodność działań (aktywności) realizowanych w DDP. W związku z tym w niniejszym raporcie, postanowiono dokonać próby odpowiedzi na dwa poniższe pytania:

**Czy liczba miesięcy w programie mogła mieć znaczenie
w uzyskiwanych pozytywnych wynikach?**

**Czy liczba aktywności realizowanych w DDP mogła mieć znaczenie
w uzyskiwanych pozytywnych wynikach?**

Z dotychczas przeprowadzonych analiz jakościowych wynika, że różnorodność zajęć organizowanych dla podopiecznych w DDP może mieć pozytywny wpływ na zachowanie stanu ich zdrowia. Podjęto próbę sprawdzenia na ile stały udział w zajęciach prowadzonych w Dziennych Domach Pobytu czyli **utrzymanie codziennych aktywności osób starszych** cierpiących z powodu zespołu otępiennego w przebiegu choroby Alzheimera wyjaśnia wartości ocen uzyskanych za pomocą wykorzystywanych narzędzi i testów.

W tym badaniu dlatego przeprowadzono dodatkową analizę oceny stanu osób z uwzględnieniem informacji o liczbie aktywnego udziału uczestników w zajęciach prowadzonych w DDP oraz długości przebywania w projekcie oraz innych zmiennych, które mogłyby mieć znaczenie. W celu odpowiedzi na powyższe pytanie skorzystano z danych nt. oceny podopiecznych DDP z 2022 roku.

Narzędzie diagnozujące, stosowane jako testy przesiewowe używane w zadaniu dostarcza nam informacji o:

- ocenie stanu umysłowego (test MMSE 21)
- ocenę zmian neurologicznych (test rysowania zegara (CDT)22)
- ocena sprawności funkcjonalnej, zachowania i stanu psychicznego (ocena opiekuna)
- ocenę funkcji poznawczych (ocena psychologa).

²¹ Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein, Gary Fanijang (2010), *Mini – Mental State Examination (MMSE)*, polskie opracowanie Joanna Stańczak.

²² Hausz-Piskorz, Beata, and Krzysztof Buczkowski. 2013. "Diagnostyka i Leczenie Choroby Alzheimera w Warunkach Praktyki Lekarza Rodzinnego." *Forum Medycyny Rodzinnej* 7 (4): 198–207.

Metoda pomiaru

Do analizy wykorzystano dane z dwóch pomiarów z testów wykorzystanych we wcześniejszej analizie:

1. **OCENY KOŃCOWE** (max 219 PKT)
2. **SKALA OCENY RÓŻNYCH ASPEKTÓW FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO:**
 - 2.1. **MINI – MENTAL STATE EXAMINATION**
 - 2.2. **TEST RYSOWANIA ZEGARA (CDT)**
 - 2.3. **WYNIK KOŃCOWY TESTÓW PRZESIEWOWYCH MMSE i CDT**
3. **OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ, ZACHOWANIA I STANU PSYCHICZNEGO / OPIEKUN**
4. **OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH / PSYCHOLOG**

oraz deklaracje organizatorów w jakich zajęciach aktywnie uczestnicy brali udział.

Oryginalnie wyniki testów mierzone są na skali punktowej. W poniższej analizie dla każdego z tych testów wyniki zmieniono (przekodowano), tak aby pozyskać informacje o pozytywnym wpływie (wynik= 1) lub pogorszeniu się stanu osoby (wynik= 0). Do pozytywnego wyniku (1) zaliczono zarówno dodatnie różnice wyników testów jak i brak zmiany w wyniku, jako że, w przypadku choroby Alzheimera zatrzymanie postępu choroby interpretować można jako pozytywny wpływ.

W analizie uwzględniono również czynniki, takie jak wiek oraz etap choroby (wyniki końcowe z narzędzia diagnozującego (max 219 pkt) podzielone na 2 grupy: 0- do 149 pkt, 1- powyżej 150 pkt).

Analiza uwzględniała:

- **Zmianę: 1- poprawa stanu, 0- pogorszenie się stanu**, mierzoną jako różnica między II pomiarem a I pomiarem w wynikach dla 6 testów:

(1) Oceny końcowe (max 219 pkt), **(2)** Mini Mental State Examination, **(3)** Test Rysowania Zegara, **(4)** Wynik końcowy testów przesiewowych MMSE i CDT, **(5)** Ocena sprawności funkcjonalnej, zachowania i stanu psychicznego / opiekun, **(6)** Ocena psychologiczna funkcji poznawczych / psycholog.

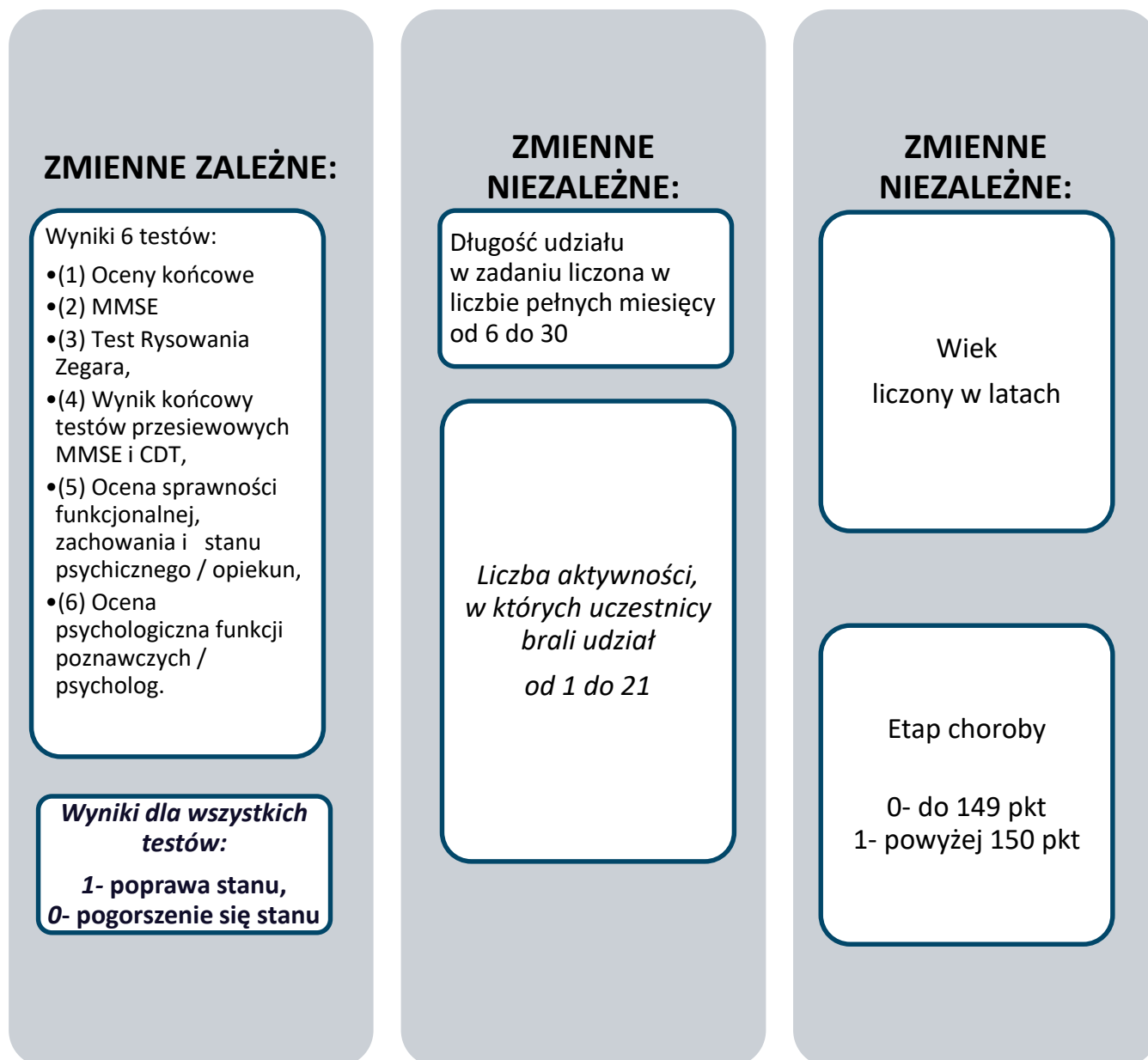
- **Liczbę miesięcy udziału w projekcie mierzoną w pełnych miesiącach: od 6 do 30 miesięcy.** Do analizy wybrano osoby, które uczestniczyły w zadaniu dłużej niż 6 miesięcy.

- **Liczbę aktywności, w których uczestnicy brali udział: od 1 do 21.**

Terapia poznawcza, Terapia reminiscencyjna, Terapia zajęciowa, Muzykoterapia, Choreoterapia, Zajęcia z fizjoterapeutą, Zajęcia z logopedą, Ludoterapia, Terapia ręki, Komputerowe, Hortiterapia, Zajęcia z psychologiem, Zajęcia edukacyjne, Zajęcia innowacyjne z tabletami multimedialnymi, Dogoterapia, Kulinarne, Warsztaty malarskie, Nauka języków, Gra w brydza, Zajęcia plastyczne, Masaż. Uczestnicy brali udział w min. 12 zajęciach. Ilość zajęć różniła się w ofercie między DDP.

- **Współzmiennie:** wiek, etap choroby.

W modelu uwzględniono współzmiennie, aby wyeliminować wpływ takich czynników na wyniki analizy: wiek – mierzony w latach, etap choroby – wyniki oceny końcowej (0 do max 219 pkt) z I pomiaru przekodowane na 0 -dla liczby punktów do 149 pkt oraz 1- dla osób, które uzyskały więcej niż 150 pkt.



Rysunek 2 **MODEL ANALIZY** Źródło: opracowanie własne.

W celu porównania wyników z poszczególnych testów w zależności od ilości aktywności zajęć realizowanych w DDP oraz długości udziału w programie zastosowano metodę analizy regresji logistycznej²³. Poniższa tabela przedstawia porównanie wyników.

Tabela 19 **PODSUMOWANIE WYNIKÓW MODELOWANIA ANALIZY REGRESJI LOGISTYCZNEJ**

²³ O metodzie: Regresja Logistyczna: <https://www.ibm.com/docs/pl/spss-statistics/saas?topic=regression-logistic>

	WIEK	ETAP CHOROBY	LICZBA AKTYWNOŚCI	LICZBA MIESIĘCY W DDP
RODZAJ TESTU: 0- pogorszenie się stanu 1- poprawa stanu,	OR CI p	OR CI p	OR CI p	OR CI p
1. OCENY KOŃCOWE max 219 PKT (0-1)	1.02 (0.97; 1.08) 0.347	-	1.12 (1.01; 1.23) 0.025	1.03 (0.97; 1.10) 0.300
2. SKALA OCENY RÓŻNYCH ASPEKTÓW FUNKCJONOWANIA POZNAWCZEGO:				
2.1. MINI – MENTAL STATE EXAMINATION (0-1)	1.03 (0.98; 1.09) 0.254	0.00 (0.00; 0.00) 0.998	1.02 (0.92; 1.14) 0.655	1.08 (1.00; 1.15) 0.035
2.2. TEST RYSOWANIA ZEGARA (CDT) (0-1),	1.01 (0.96; 1.10) 0.722	1.49 (0.40; 5.65) 0.553	1.13 (1.02; 1.25) 0.018	1.01 (0.94; 1.08) 0.834
2.3. WYNIK KOŃCOWY TESTÓW PRZESIEWOWYCH MMSE i CDT (0-1),	1.00 (0.95; 1.05) 0.927	1.00 (0.27; 3.68) 0.994	1.04 (0.95; 1.15) 0.401	1.05 (0.99; 1.15) 0.102
3. OCENA SPRAWNOŚCI FUNKCJONALNEJ, ZACHOWANIA I STANU PSYCHICZNEGO / OPIEKUN (0-1)	1.03 (0.97; 1.08) 0.331	1.02 (0.28; 3.75) 0.972	1.14 (1.03; 1.26) 0.015	1.06 (0.99; 1.13) 0.084
4. OCENA PSYCHOLOGICZNA FUNKCJI POZNAWCZYCH / PSYCHOLOG (0-1)	1.04 (0.97; 1.10) 0.141	0.71 (0.19; 2.68) 0.614	1.15 (1.05; 1.27) 0.004	1.05 (0.98; 1.12) 0.153

*OR- iloraz szans, CI= 95% przedział ufności, p- istotność statystyczna <0,05. N=105²⁴

Źródło: opracowanie własne na podstawie dokumentacji przekazanej przez organizatorów DDP.

Wyniki analizy regresji logistycznej wskazują, że niezależnie od zastosowanego narzędzia oceniającego stan osoby (np. wyniku testu oceny końcowej, ocenę zmian neurologicznych (test rysowania zegara, ocenę sprawności funkcjonalnej, zachowania i stanu psychicznego w ocenie opiekuna oraz ocenę funkcji poznawczych dokonanej przez psychologa, **liczba aktywności** ma istotny wpływ na wyniki w prowadzonych badaniach za pomocą prawie wszystkich zastosowanych narzędzi (z wyjątkiem Wyniku końcowego testów przesiewowych MMSE i CDT).

²⁴ Liczba uczestników, którzy brali udział 2 razy w badaniach diagnostycznych i mieli pełne informacje w dwóch pomiarach.

Inaczej, im więcej (o 1 aktywność) aktywności to szansa na poprawę (lub utrzymanie) oceny stanu podopiecznych domów rośnie (przykładowo udział o 1 aktywność więcej powoduje, że szansa na lepszy wynik w teście zegara rośnie o 13%).

Można to zinterpretować, że im większa liczba aktywności, tym większa szansa, że osoby biorące udział w aktywnościach DDP w tym ewaluowanym zadaniu będą miały większe szanse na utrzymanie swojego stanu zdrowia lub poprawę swojej sytuacji.

Niezależnie od stosowanych narzędzi diagnozujących sytuację osób wyniki wyraźnie wskazują, że liczba aktywności, a nie wiek, ani etap choroby mają znaczny wpływ na ocenę sytuacji za pomocą prawie wszystkich testów. Szczegółowe informacje na temat współczynników znajdują się w tabeli nr 19 (gdzie gdy wartość p jest większa niż 0,05 to wyniki nie są istotne statystycznie). Szarym kolorem zaznaczono istotne wyniki.

10) Dobre praktyki

W czasie realizacji Zadania w latach 2020 – 2022 zebrano doświadczenie, z którego można korzystać planując dalsze wsparcie dla osób chorujących na choroby otępienne, w tym chorobę Alzheimera. W konsultacjach z organizatorami zebrano informacje, na temat dobrych praktyk oraz porad, które mogą pomóc organizacjom w tworzeniu nowych miejsc.

Organizatorów poproszono o wybranie najtrafniejszej formy wsparcia-zajęć, która sprawdziła się w ich placówce. Bardzo ważną formą wsparcia oprócz wielowymiarowej i różnorodnej oferty zajęć w formie terapii było tworzenie warunków do możliwości kontaktu z drugim człowiekiem: kontakt, rozmowa, spotkania w ośrodkach, jak również spacer i zewnętrzne spotkania integracyjne. Organizatorzy zauważają pozytywny wpływ wszystkich form wsparcia, które zachęcają do komunikacji i interakcji społecznej. Osoby w Dziennych Domach Pobytu mają możliwość doświadczania tego.

Poniżej zaprezentowano odpowiedzi w formie cytatów z przeprowadzonych konsultacji.²⁵ W raporcie zdecydowano się opublikować bezpośrednią treść, aby oddać całość kontekstu wypowiedzi.

W czasie konsultacji zadano pytanie: *Proszę o wskazanie takiego działania (p. z zajęć, lub innego oferowanego wsparcia), które Państwa zdaniem było „strzałem w dziesiątkę” i sprawdziło się w pracy z osobami:*

„Wszystko zależy od indywidualnych zainteresowań podopiecznych. Działania, zajęcia: terapia poznawcza, terapia zajęciowa, muzykoterapia, zajęcia z logopedą, zajęcia z psychologiem, dogoterapia, kulinarne, warsztaty malarskie lub plastyczne, masaż, spotkania kulturalno-oświatowe, wolontariat i wiele innych. Duże i pozytywne znaczenie w tych wszystkich przedsięwzięciach ma kontakt i rozmowa z drugim człowiekiem. Przebywanie podopiecznych w społeczeństwie. Możliwość udziału w projekcie umożliwia uczestnikom korzystanie z udogodnień, atrakcji i aktywności z jakich nigdy nie mieliby okazji skorzystać.”

DDP1

„Każde oferowane działanie składa się na poprawę funkcji poznawczych i możliwości funkcjonowania chorego w społeczeństwie. Z doświadczenia prowadzenia działań w naszym domu nie można wyodrębnić jednego działania, które było tym jedynym najlepszym. Można powiedzieć, że „strzałem w dziesiątkę” były i są zajęcia z języka angielskiego i migowego, warsztaty malarskie, warsztaty kulinarne, uprawa kwiatów i warzyw. Z zajęć grupowych dużym zainteresowaniem cieszą się wyjścia na kręgle połączone z pogawędką przy kawie czy

²⁵ Kolejność wymienionych w tabeli Domów nie odpowiada numeracji DDP w pozostałych tabelach i wykresach. DDP6-brak odpowiedzi.

herbacie i ciastku, wyjścia do kina i rozmowy o filmie, czy wycieczki. Jest opinia, że gra w brydża doskonale wpływa na poprawę funkcji poznawczych chorego. W naszym domu ten rodzaj terapii nie był popularny.”

DDP2

„Zajęcia komputerowe, trening pamięci realizowany na tabletach multimedialnych – okazało się to strzałem w dziesiątkę. Seniorzy przełamali strach, stereotypy, że starsi ludzie z otępieniem nie dadzą rady. Jak się okazało, bardzo dobrze sprawdza się wśród oferowanych zajęć. Zewnętrzne spotkania integracyjne również spełniły swoją rolę i sprawdziły się w 100%. Dodatkowo współpraca z przedszkolami i żłobkami potwierdziła tezę o idealnym oddziaływaniu terapeutycznym dzieci na uczestników z otępieniem/alzheimerem. Bardzo dobrze sprawdziły się również: zajęcia edukacyjne 4 Strony Świata” Palcem po mapie, Seniorzy mogą systematycznie przenosić się „wirtualnie” w świat innych Państw, zajęcia ruchowe, sensoplastyka, aromaterapia, terapia reminiscencyjna, itd.”

DDP3

„Po obserwacji naszych podopiecznych zdecydowanie działaniem, które wg. nas było strzałem w dziesiątkę są zajęcia z muzykoterapii. Wszystkie terapie są bardzo pomocne, każdy podopieczny też indywidualnie ma swoje preferencje i czuje się dobrze w innych aktywnościach, ale terapią, która łączy wszystkich jest muzykoterapia. Muzyka pomaga w zmniejszeniu napięcia i stresu, co przyczynia się do poprawy samopoczucia i jakości życia podopiecznych. Ponadto zachęca do komunikacji i interakcji społecznej, co może być trudne dla osób z zaawansowanym stadiem choroby. Muzyka motywuje do ruchu i aktywności fizycznej, co jest korzystne dla ogólnego zdrowia i kondycji fizycznej podopiecznych.”

DDP4

„1. Utworzenie ogrodu sensorycznego - zajęcia z hortiterapii 2. zajęcia kulturalno-oświatowe i okazjonalne 3. zajęcia z podłogą interaktywną 4. animaloterapia. Wszystkie zajęcia oferowane w DDP sprawdziły się w pracy z osobami chorującymi na chorobę Alzheimera.”

DDP5

Jak podkreślają organizatorzy bardzo ważna jest również różnorodność form wsparcia skierowana do osób chorujących. Różnorodność form wsparcia uzasadniona jest argumentem, że oddziaływanie terapii na każdego chorego jest inne i daje inne rezultaty. Aby skutecznie wspierać osoby żyjące z zaburzeniami pamięci w tym chorobą Alzheimera konieczna jest wielorakość. Każda osoba ma inne potrzeby, każda wymaga indywidualnego spojrzenia i podejścia. Całościowa oferta przygotowana przez DDP jest najbardziej pomocna, gdy jest spójna i realizowana według założonego planu.

W czasie konsultacji z organizatorami DDP poproszono o udzielenie odpowiedzi na dwa pytania dotyczące dobrych praktyk i porad zebranych z doświadczenia DDP:

- *Proszę podać 3 rady, które Państwo byście mogli teraz na bazie Państwa doświadczenia przekazać komuś, kto myślałby o założeniu nowego ośrodka DDP jak Państwa?*

- *Proszę podać na co wg Państwa osoby zainteresowane tworzeniem DDP powinny uważać?*

Organizatorzy w swoich odpowiedziach odnieśli się przede wszystkim do **5 aspektów**, na które należy zwrócić uwagę: 1. Odpowiednio przygotowana placówka, 2. Współpraca z rodziną/opiekunami, 3. Organizacja wsparcia dla podopiecznych, 4. Zatrudnienie odpowiedniej kadry, 5. Aspekt finansowania działań.

Szczegółowe informacje dotyczące wymienionych aspektów zostały zaprezentowane poniżej.

- **PLACÓWKA/BUDYNEK**

- W prowadzeniu placówki, ważne jest dostosowanie budynku do potrzeb uczestników. Przede wszystkim pomieszczenia i infrastruktura ośrodka powinny być w pełni dostosowane do potrzeb osób, które będą w nim przebywać. To oznacza szerokie drzwi, windy lub pochylnie dla osób na wózkach inwalidzkich, udogodnienia dostosowane do potrzeb osób z różnymi rodzajami niepełnosprawności, jak toalety przystosowane dla osób niepełnosprawnych, poręcze, a także przestrzenie dostosowane do terapii i rehabilitacji. Należy również przewidzieć sferę poświęconą na edukację rodzin i personelu dot. postępowania z osobą chorą na chorobę Alzheimera.

- **RODZINA PODOPIECZNEGO**

- Konieczne jest ustalenie jasnych zasad współpracy z rodziną. Należy pamiętać, że przy załatwianiu spraw formalnych brała ona pełną odpowiedzialność, rodzina/opiekunowie, którzy pozostaną w stałym kontakcie z placówką DDP. Dobrą praktyką jest wprowadzenie okresu próbnego przed podpisaniem umowy.
- Niezwykle istotny jest dokładny wywiad z rodziną. Zrozumienie, jak funkcjonuje rodzina podopiecznego, może pomóc dostosować ofertę wsparcia. Należy dowiedzieć się o strukturze rodziny, obecności innych opiekunów i wspierających osób oraz oczekiwaniach rodziny wobec ośrodka. Dokładne zrozumienie, co może wytrącać podopiecznego z równowagi, jakie są czynniki stresu i trudności czy podopieczny bywa agresywny. To może obejmować różne aspekty życia, takie jak problemy zdrowotne, relacje rodzinne, czy finanse. Istotne jest, aby dowiedzieć się o ewentualnych epizodach lęku i zagubienia, które podopieczny może doświadczać. Nie wszystkie osoby nadają się też do pracy grupowej, a mogą wymagać terapii indywidualnej lub bardziej zindywidualizowanego podejścia.
- Należy uwzględnić realizowanie wsparcia dla rodzin.

- **UCZESTNICZY**

- Dobór narzędzi do przeprowadzenia postępowania kwalifikacyjnego. Dobrze przemyślane i ułożone scenariusze pracy z chorymi i narzędzia ewaluacji wsparcia.

- Terapia ukierunkowana na zapewnienie aktywności. Ciekawa oferta terapii: należy prowadzić różnorodne zajęcia o jak największym spektrum oddziaływań.
 - Dopasować grupę do fazy choroby, co umożliwi prowadzenie zajęć na takim samym poziomie dla wszystkich uczestników.
 - Przygotowanie zdrowej diety.
 - Wprowadzenie również opieki medycznej.
 - Ubezpieczenie uczestników ubezpieczeniem NNW.
- **KADRA**
 - Zatrudnienie odpowiedniego personelu i zapewnienie szkoleń dla kadry. Dobór kadry pod względem przygotowania zawodowego, doświadczenia w pracy z osobami starszymi, świadomości na temat choroby. Tworzenie zespołu pracowników, którzy są empatyczni, życzliwi i gotowi do udzielania wsparcia, to kluczowy element sukcesu ośrodka. Pracownicy powinni posiadać odpowiednie kwalifikacje, umiejętności interpersonalne i empatię, by móc zrozumieć i spełnić potrzeby podopiecznych. Zaleca się dobór osób, które lubią seniorów i pracę z osobami chorymi. Dla sprawnego funkcjonowania ośrodka niezbędne jest planowanie i odpowiednia organizacja pracy. Jasne i spójne harmonogramy działań, regulamin oraz programy terapeutyczne dostosowane do potrzeb podopiecznych.
 - **ASPEKT FINANSOWANIA/EKONOMICZNY**
 - Prowadzenie DDP na wysokim poziomie co do oferowanego wsparcia, warunków bytowych i usług opiekuńczych to duże, trudne i kosztowne przedsięwzięcie. Zważywszy, że większość osób potrzebujących takiego wsparcia to osoby niezamożne z niskimi emeryturami i ograniczonymi możliwościami wnoszenia odpłatności, bardzo ważne jest, aby zainteresować takim działaniem otoczenie, rodziny osób potrzebujących wsparcie, przewidzieć różne źródła finansowania, rozeznaczyć możliwości kadrowe i wielkość zapotrzebowania na takie usługi.

11) Podsumowanie końcowe

Gdyby można było w kilku punktach podsumować ewaluację Zadania, to można wskazać, że:

- ➔ **Cele Zadania zostały odpowiednio dobrane do potrzeb grupy docelowej.**
- ➔ **Kompleksowe zdefiniowanie grupy docelowej pozwala kierowanie wsparcia w szerszej skali niż tylko same osoby chorujące.** Ważnym jest, aby ze wsparcia korzystały bezpośredni beneficjenci-osoby chorujące, ale i ich rodziny, opiekunowie, a także kadra zatrudniona do realizacji przedsięwzięcia.
- ➔ **Wybrane podmioty odpowiednio organizowały swoją działalność realizując założone cele Zadania.**
- ➔ **Organizatorzy w swojej ofercie realizowali wiele różnorodnych zajęć.** Z badań jakościowych (analizy sprawozdań, konsultacji przeprowadzonych z organizatorami DDP) przeprowadzonych w ramach ewaluacji Zadania w latach 2020-2022 wynikało, że aktywności prowadzone w domach mają duże znaczenie, co potwierdzone zostało dodatkowymi analizami przedstawionymi w niniejszym dokumencie.
- ➔ **Dzięki finansowaniu oferowanych usług, osoby niezamożne z grupy docelowej mogą skorzystać ze wsparcia.**
- ➔ **Ocenia się, że ewaluowana interwencja została zarówno dobrze zdefiniowana, zaplanowana, jak i zrealizowana.**