



mgr ANDRZEJ NAJMIEC (ORCID: 0000-0002-7712-4488)

dr TOMASZ TOKARSKI (ORCID: 0000-0003-3572-6939)

dr hab. JOANNA BUGAJSKA, prof. CIOP-PIB (ORCID: 0000-0003-3102-8869)

Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy

Kontakt: annaj@ciop.pl

DOI: 10.54215/BP.2024.4.9.Najmiec

Ocena skuteczności kompleksowej rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami na podstawie ICF



Fot. Hannakuprevich/Bigstockphoto

Pilotażowy program kompleksowej rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami był realizowany przez PFRON w partnerstwie z Centralnym Instytutem Ochrony Pracy – Państwowym Instytutem Badawczym (CIOP-PIB) oraz ZUS w latach 2018-2023. W jego trakcie ponad 600 uczestników odbyło kilkumiesięczną kompleksową rehabilitację w czterech ośrodkach. W opracowanym modelu rehabilitacji kompleksowej głównym narzędziem diagnostycznym, które różnym grupom specjalistów umożliwiło współpracę w różnych obszarach oddziaływań, była Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Wielu uczestników osiągnęło zamierzony cel – podjęło aktywność zawodową dostosowaną do ich możliwości, potrzeb i preferencji. Duża część osób uaktywniła się, poprawiła swoje samopoczucie psychiczne i fizyczne oraz zdobyła wiedzę, którą może wykorzystać w przyszłej pracy. Niniejszy artykuł przedstawia wybrane wyniki oceny skuteczności działań rehabilitacyjnych, będącej różnicą końcowych i początkowych wyników badań w różnych kategoriach klasyfikacji ICF.

Słowa kluczowe: rehabilitacja kompleksowa, ICF

Assessment of the effectiveness of comprehensive rehabilitation of persons with disabilities based on the ICF

The pilot comprehensive rehabilitation program for persons with disabilities was implemented by PFRON in partnership with the Central Institute for Labor Protection – National Research Institute (CIOP-PIB) and ZUS in 2018-2023. During it, over 600 participants underwent several months of comprehensive rehabilitation in four centers. In the developed model, the main diagnostic tool that enabled various groups of specialists to cooperate in various areas of impact was the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Many participants achieved their intended goal – they undertook professional activity tailored to their capabilities, needs and preferences. A large number of people became active, improved their mental and physical well-being and gained knowledge that they can use in their future work. This article presents selected results of the assessment of the effectiveness of rehabilitation impacts, which is the difference between the final and initial research results in various categories of the ICF classification.

Keywords: comprehensive rehabilitation, ICF

Wstęp

Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF) [1], przyjęta przez WHO w 2001 r., posługuje się językiem umożliwiającym spójne spojrzenie na człowieka, a jej celem jest standardowe i ujednolicone podejście do opisu zdrowia i stanów z nim związanych. ICF obejmuje wszystkie aspekty funkcjonowania ludzkiego, a także niektóre elementy dobrego samopoczucia fizycznego i psychicznego, które mają znaczenie dla zdrowia, ale również są potrzebne do oceny zmian w trakcie leczenia i rehabilitacji oraz do oceny skuteczności oddziaływań.

Celem artykułu jest przedstawienie wyników oceny skuteczności kompleksowej rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami na podstawie ICF, którą przeprowadzono jako część pilotażowego programu pt. „Wypracowanie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”¹, realizowanego w latach 2018-2023 (w ramach UE POWER) przez PFRON w partnerstwie z CIOP-PIB oraz ZUS. W ramach tego projektu specjaliści z Zakładu Ergonomii CIOP-PIB (lekarze, psycholodzy, biomechanicy)² we współpracy ze specjalistami ośrodków rehabilitacji kompleksowej (ORK) dokonywali oceny kompetencji zawodowych uczestników – przed podjęciem przez nich rehabilitacji i po jej zakończeniu. Porównanie tych wyników było traktowane jako wskaźnik skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych.

Założenia kompleksowej rehabilitacji

Model rehabilitacji kompleksowej [2] to nowe rozwiązanie w polskim systemie zabezpieczenia społecznego, mające ułatwić podjęcie lub powrót do aktywności społecznej i zawodowej osobom,

¹ Projektem kierowała Joanna Długołęcka, natomiast prof. dr hab. n. med. Anna Wilmonska-Pietruszyńska była koordynatorką merytoryczną ds. opracowania modelu rehabilitacji kompleksowej.

² Zespół specjalistów z CIOP-PIB: dr hab. n. med. Joanna Bugajska (liderka zespołu), Joanna Kamińska, Tomasz Tokarski, Joanna Mazur-Różycka, Elżbieta Łastowiecka-Moras, Patrycja Łach, Aleksandra Stachura-Krzyształowicz, Andrzej Najmiec, Łukasz Baka, Łukasz Kapica, Karol Pawlak (konsultant ds. ICF).

które wskutek doznanego urazu lub choroby w różnych okresach życia straciły zdolność do pracy.

Według WHO rehabilitacja to proces odzyskiwania „optymalnych, fizycznych, sensorycznych, intelektualnych, psychologicznych i społecznych funkcji”, na który składają się: rehabilitacja medyczna, zawodowa i społeczna. Tak definiowana rehabilitacja powinna być realizowana przez interdyscyplinarny zespół obejmujący: lekarzy specjalistów, fizjoterapeutów, terapeutów zajęciowych, psychologów, doradców zawodowych i pośredników pracy, rehamenedżerów, pielęgniarki i innych.

Głównymi prekursorami rehabilitacji kompleksowej w Polsce byli profesorowie: Wiktor Dega, Adam Gruca, Kazimiera Milanowska oraz Marian Weiss. Dzięki tej grupie powstała w Polsce idea rehabilitacji oparta na czterech zasadach:

- powszechności – rehabilitacja dostępna dla każdego, kto jej wymaga, i obejmująca wszystkie dyscypliny;
- kompleksowości – rehabilitacja prowadzona przez wielospecjalistyczny zespół;
- wczesnego zapoczątkowania – rehabilitacja podejmowana tak szybko, jak to tylko jest możliwe;
- ciągłości – rehabilitacja medyczna, zawodowa i społeczno-psychologiczna powinny być prowadzone w tym samym czasie [3].

Nie wszystkie z tych zasad byłyby możliwe do wdrożenia w realizowanym projekcie, gdyż miał on charakter pilotażowy, a nie systemowy. Niemniej jednak zastosowano zasady kompleksowości i ciągłości w przypadku wszystkich uczestników, a zasadę wczesnego zapoczątkowania – w przypadku wybranych osób. Ze względu na zasadę powszechności oraz główny cel, jakim było podjęcie aktywności zawodowej, kwalifikowano również osoby z długimi doświadczeniami chorobowymi i długotrwałymi dysfunkcjami. Do rehabilitacji kompleksowej były kwalifikowane osoby z niepełnosprawnością w stopniu powodującym niezdolność do pracy w następstwie chorób lub urazów. W grupie tej znalazły się zarówno osoby, które przed chorobą lub wypadkiem nabyły kwalifikacje zawodowe, jak i osoby, które nie podejmowały wcześniej aktywności zawodowej.

Rehabilitacja kompleksowa, która przede wszystkim miała na celu aktywizację zawodową uczestników i umożliwienie im powrotu do pracy, była realizowana równocześnie w czterech obszarach działań:

- zawodowym – ukierunkowanym na ułatwienie uczestnikom uzyskania i utrzymania zatrudnienia (zgodnego z ich możliwościami i preferencjami) dzięki korzystaniu z doradztwa zawodowego, szkoleń zawodowych i pośrednictwa pracy;
- społecznym – ukierunkowanym na przygotowanie osoby z niepełnosprawnościami do efektywnego uczestnictwa w życiu społecznym i przywróceniu lub nadaniu jej możliwie pełnej samodzielności dzięki uczestnictwu w zajęciach i warsztatach kształtujących zaradność, aktywność społeczną, akceptację sytuacji życiowej, umiejętność radzenia sobie w nowych sytuacjach, dobre relacje z najbliższymi, motywację do realizacji zadań szkoleniowych i zawodowych;

- psychologicznym – ukierunkowanym na przywrócenie lub utrzymanie równowagi psychicznej, odzyskanie poczucia własnej wartości poprzez udział w warsztatach oraz indywidualnych konsultacjach psychologicznych;

- medycznym – obejmującym stosowanie różnych form fizjoterapii – w celu przywrócenia osobie z niepełnosprawnościami możliwie jak największej sprawności – oraz działań edukacyjnych pozwalających na samodzielne ćwiczenia po zakończeniu rehabilitacji.

Czas trwania rehabilitacji w ORK najczęściej nie przekraczał sześciu miesięcy (takie założenie przyjęto w modelu rehabilitacji), jednak w wyjątkowych sytuacjach (zgodnie z deklarowaną potrzebą uczestnika i rekomendacjami zespołu rehabilitacyjnego) był wydłużany.

Ocena skuteczności kompleksowej rehabilitacji na podstawie wyników ICF

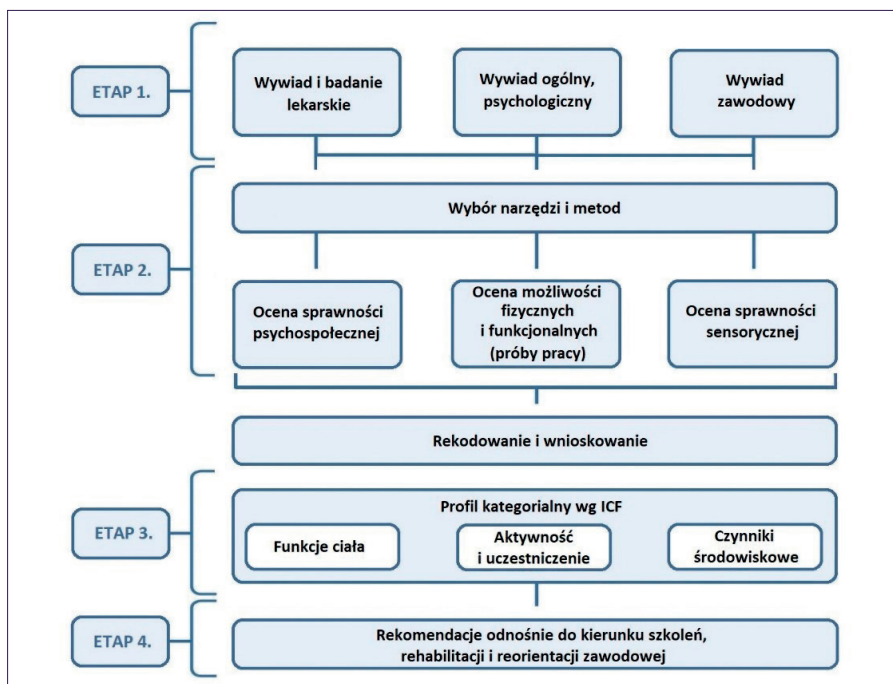
Wykorzystanie ICF w procesie wsparcia osób z niepełnosprawnościami pomaga na każdym etapie – zarówno na etapie diagnozy, jak i na etapie oddziaływań. ICF wskazuje na obszary i sposoby oddziaływań, jakie powinno się wdrożyć w celu jak najszybszego powrotu danej osoby do pełnego uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym. Dlatego tak ważny jest wybór odpowiednich dedykowanych kategorii, gdyż cała klasyfikacja ICF obejmuje ponad 1424 kody. Aby temu sprostac, opracowano profile kategoryjne (Core Sets) ICF odnoszące się do różnych stanów zdrowia i chorób [4]. Odpowiadają one specyficznym chorobom i stanom zdrowotnym oraz mogą być używane np. do oceny postępów rehabilitacji

i skuteczności oddziaływań. Profile kategoryjne zawierają jedynie najpotrzebniejsze kategorie ICF, opisujące spektrum specyficznych problemów funkcjonalnych i zdrowotnych jednostki [5].

Oceny skuteczności oddziaływań rehabilitacyjnych dokonywano na podstawie dwukrotnej oceny kompetencji zawodowych, przeprowadzanej przed podjęciem rehabilitacji i po jej zakończeniu. Celem przeprowadzenia wieloaspektowej oceny kompetencji zawodowych uczestnika kompleksowej rehabilitacji było określenie:

- zaburzeń funkcji organizmu, będących przyczyną utraty zdolności do pracy i pełnienia ról społecznych;
- ograniczeń w poszczególnych dziedzinach aktywności i uczestniczenia w życiu społecznym i zawodowym;
- barier środowiskowych oraz czynników osobowych kluczowych w procesie rehabilitacji kompleksowej;
- zdolności powrotu do pracy na bazie potencjału fizycznego, psychicznego oraz intelektualnego, możliwego do wykorzystania w celu powrotu do funkcjonowania społecznego i zawodowego.

Oceny kompetencji zawodowych dokonuje się przy użyciu opracowanego modelu oceny zdolności do pracy [6]. Model ten jest oparty na klasyfikacji ICF, która przyjmuje całościowe podejście do niepełnosprawności, łączące sferę medyczną i psychospołeczną. Takie podejście pozwala na uwzględnienie zależności między uszkodzeniami struktur ciała, ograniczeniami w funkcjonowaniu, aktywnościami w życiu społecznym oraz czynnikami osobowymi i środowiskowymi, które są zawarte w profilu kategoryjnym. Profil kategoryjny utworzono z wybranych kodów z ICF w obszarach *Funkcji*



Rys. 1. Schemat oceny kompetencji zawodowych (źródło: Model Rehabilitacji Kompleksowej, 2023)
Fig. 1. Scheme for assessing professional competences (source: Comprehensive Rehabilitation Model, 2023)

ciała, Aktywności i uczestniczenia oraz Czynniki środowiskowych. Było to niezbędne do opracowania rekomendacji dla zespołu rehabilitacyjnego, które są uwzględniane w Indywidualnym Programie Rehabilitacji (IPR).

Przeprowadzenie oceny kompetencji zawodowych obejmowało cztery etapy działań diagnostycznych (rys. 1 na s. 19).

Na etapie 1. przeprowadzano: wywiad i przedmiotowe badanie lekarskie, wywiad ogólny psychologiczny i wywiad zawodowy. Na podstawie uzyskanych w ten sposób informacji zespół specjalistów (złożony m.in. z: lekarza, fizjoterapeuty, psychologa, doradcy zawodowego) na etapie 2. dokonywał wyboru narzędzi i metod oceny, a następnie przeprowadzał ocenę możliwości fizycznych, funkcjonalnych, sprawności psychospołecznych oraz sensorycznych, natomiast na etapie 3. dokonywał rekodowania wyników ze skal poszczególnych metod i narzędzi na kategorie ocen według kwalifikatorów ICF i opracowywał profil kategorialny. Etap 4. obejmował opracowanie rekomendacji – odnośnie do kierunku szkoleń i reorientacji zawodowej oraz kompleksowej rehabilitacji – które wynikały bezpośrednio z indywidualnego profilu kategorialnego.

Ocena funkcjonalna według klasyfikacji ICF była przeprowadzana dwukrotnie: przed rozpoczęciem i po zakończeniu kompleksowej rehabilitacji.

Metody badań

Ocena sprawności psychospołecznych, możliwości fizycznych i funkcjonalnych oraz sprawności sensorycznych zakłada wykorzystanie wystandaryzowanych narzędzi i metod, w tym prób pracy. Poza oceną ilościową specjaliści dokonujący oceny zbierają informacje pochodzące z dokumentacji medycznej i psychologicznej oraz z obserwacji zachowania. Do wybranych kodów ICF przyporządkowane są metody i narzędzia, które pozwalają na kompleksową ocenę w zakresie:

- psychospołecznych aspektów zdolności do pracy, w tym m.in.: dobrostanu psychicznego, kompetencji społeczno-zawodowych i motywacji, osobowości i temperamentu, radzenia sobie ze stresem, sprawności psychomotorycznej, motywacji i zaangażowania w sytuacji zadaniowej – oceny tej dokonuje się na podstawie obserwacji i analizy wyników prób pracy;
- sprawności fizycznych i funkcjonalnych ocenianych głównie przy wykorzystaniu prób pracy, w tym: zakresu ruchomości w stawach, siły mięśniowej, równowagi i chodu, pracy w narzuconym tempie, pracy wymagającej koordynacji wzrokowo-ruchowej, pracy wymagającej zręczności manualnej i precyzji ruchów.

Opis grupy uczestniczącej

Analizą porównawczą objęto osoby z różnymi dysfunkcjami, uczestniczące w kompleksowej rehabilitacji w czterech ORK (w Grębiszewie, Nałęczowie, Ustroniu i Wągrowcu) w latach

2019-2023. W projekcie wzięło udział 618 osób, które ukończyły Indywidualny Program Rehabilitacji, lecz z różnych powodów nie wszystkie poddały się badaniom końcowym. W ramach programu przeprowadzono 709 ocen początkowych oraz 549 ocen końcowych (część osób zrezygnowała po okresie próbnym). W analizach przedstawionych w niniejszym artykule uwzględniono wyniki diagnoz 450 uczestników, którzy zostali poddani zarówno ocenie początkowej, jak i ocenie końcowej.

Wyniki analizy porównawczej oceny sprawności psychospołecznej oraz możliwości fizycznych i funkcjonalnych

W analizie porównawczej dokonano zestawienia wyników ocen początkowych i końcowych dla wybranych kategorii z profilu kategorialnego ICF. Profil ten obejmował następujące kategorie pochodzące z trzech grup całej klasyfikacji:

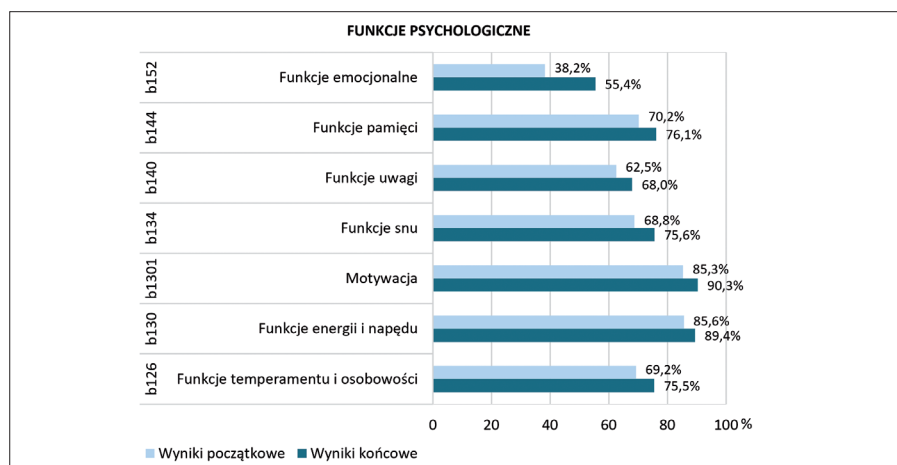
1. *Funkcje ciała* (z włączeniem funkcji psychicznych).
2. *Aktywności i uczestniczenie* – oceniane przez dwa kwalifikatory (*zdolności wykonanie*).

Do oceny skuteczności działań rehabilitacyjnych wykorzystano kwalifikator *wykonanie*, gdyż opisuje on, co dana osoba wykonuje w swoim aktualnym środowisku z uwzględnieniem czynników środowiskowych – zarówno wspierających (*ułatwienia*), jak i ograniczających (*bariery*).

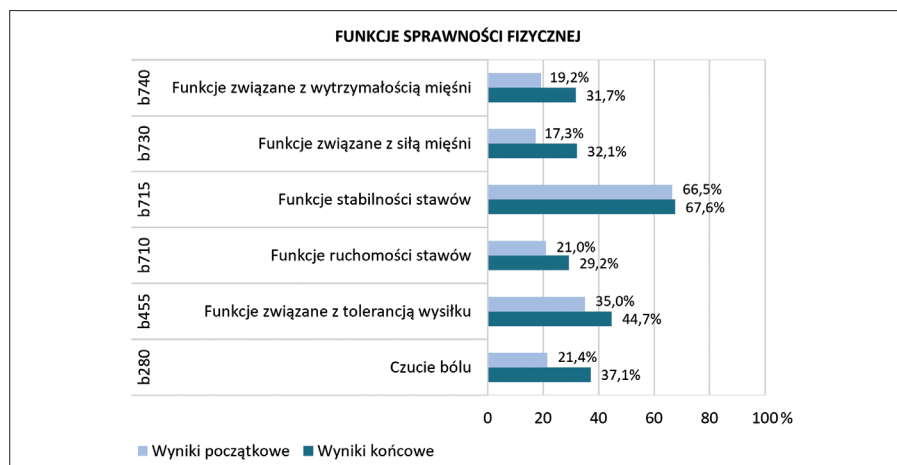
3. *Czynniki środowiskowe* – uwzględniane w ocenie czynniki środowiskowe mogą mieć zarówno wpływ wspierający (*ułatwienia*), jak i ograniczający (*bariery*) w funkcjonowaniu.

Przedstawione dalej wykresy (rys. 2-6) obrazują grupy procentowe uczestników, którzy nie mieli problemów (kwantyfikator „0”) w badaniach przeprowadzonych przed rehabilitacją kompleksową i po niej.

W badaniach początkowych najwięcej ocen świadczących o problemach funkcji psychologicznych na różnym poziomie (rys. 2) stwierdzono w zakresie: funkcji emocjonalnych (61,8% osób z diagnozą problemów), funkcji uwagi (37,5%), funkcji snu (31,2%), funkcji temperamentu i osobowości (30,8%). W stosunkowo niewielkich grupach stwierdzono problemy w zakresie funkcji motywacji (14,7%) oraz funkcji energii i napędu (14,4%). Wyniki te mają swoje wytłumaczenie w kryteriach przyjęcia do programu kompleksowej



Rys. 2. Wyniki wybranych funkcji psychologicznych w badaniach początkowych i końcowych (% grupy bez problemów)
Fig. 2. Results of selected psychological functions in the initial and final assessment (% of the group without problems)



Rys. 3. Wyniki wybranych funkcji sprawności fizycznej w badaniach początkowych i końcowych (% grupy bez problemów)
Fig. 3. Results of selected physical fitness functions in the initial and final assessment (% of the group without problems)

rehabilitacji, które dotyczyły m.in. odpowiedniego poziomu motywacji i działań ukierunkowanych na podjęcie aktywności zawodowej. W zakresie funkcji psychologicznych największa grupa uczestników rehabilitacji zmniejszyła problemy do zera w zakresie: funkcji emocjonalnych (17,2%), funkcji snu (6,9%), funkcji temperamentu i osobowości (6,3%), funkcji pamięci (6%), funkcji uwagi (5,5%) i motywacji (5%).

Funkcje sprawności fizycznej (rys. 3) obejmowały ocenę problemów całego układu mięśniowo-szkieletowego oraz odczuć bólowych. Stopień występowania problemów w badaniach początkowych był dużo większy niż w obszarze funkcji psychologicznych. Najwięcej dysfunkcji na różnym poziomie stwierdzono w zakresie: siły mięśni (82,7% osób z diagnozą problemów), wytrzymałości mięśni (80,8%), ruchomości stawów (79%), odczuć bólowych (78,6%), tolerancji wysiłku (65%). Dużo mniejsza grupa miała problemy w zakresie stabilności stawów (33,5%).

Dzięki oddziaływaniom medycznym i fizjoterapeutycznym, prowadzonym w ramach kompleksowej rehabilitacji, dużej części uczestników udało się zlikwidować problemy do zera. Największa grupa uczestników rehabilitacji zmniejszyła problemy do zera w zakresie: czucia bólu (15,7%), siły mięśni (14,8%) i wytrzymałości mięśni (12,5%). Z problemami związanymi z tolerancją wysiłku całkowicie uporało się 9,7% osób. Stosunkowo niewielka grupa zmniejszyła całkowicie problemy ze stabilnością stawów (1,1%).

Poza sprawnością funkcji oceniany był poziom trudności w realizacji różnych aktywności życiowych i uczestniczenia, rozumianych jako: *wykonanie działania lub zadania przez osobę i zaangażowanie w sytuację życiową.*

Wyniki początkowe w zakresie aktywności psychospołecznych (rys. 4) były zróżnicowane. Najwyższy odsetek występowania problemów stwierdzono w radzeniu sobie ze stresem i z innymi obciążeniami psychicznymi (70,2% osób z diagnozą problemów). W przypadku pozostałych aktywności występowanie problemów było mniejsze – w zakresie rozwiązywania sytuacji problemowych (22,1%), podejmowania decyzji (19,7%), złożonych kontaktów międzyludzkich (17,5%) i kontaktów oficjalnych (11,3%).

Największy postęp zaobserwowano pod względem radzenia sobie ze stresem (rys. 4). W badaniu końcowym już ponad połowa uczestników miała skuteczne sposoby radzenia sobie ze stresem, co oznacza, że na skutek przeprowadzonych działań rehabilitacyjnych poprawa w tym zakresie nastąpiła u 20,4% osób. W przypadku innych aktywności psychospołecznych progres nie był tak duży: w przypadku kontaktów oficjalnych – 4,3%, w przypadku złożonych kontaktów międzyludzkich – 4%, w podejmowaniu decyzji – 3,3%, w rozwiązywaniu problemów – 3,3%.

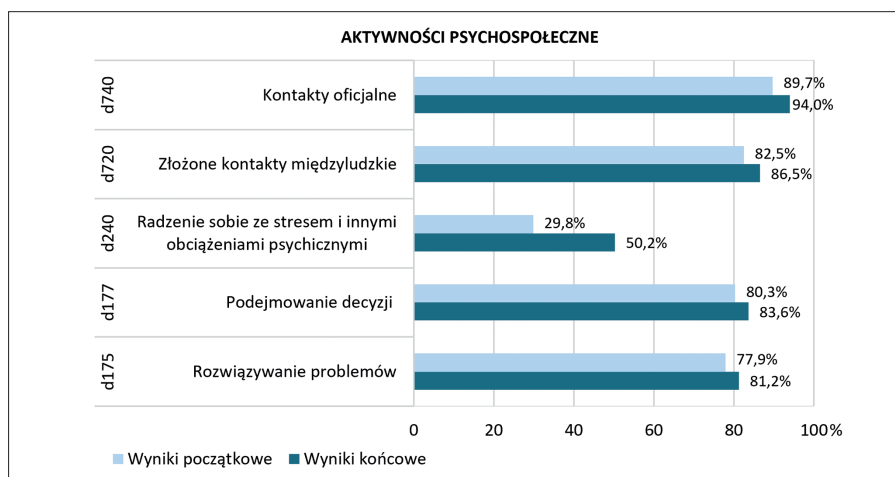
Wyniki oceny aktywności związanych ze sprawnością fizyczną (rys. 5) prezentują się podobnie do wyników oceny funkcji fizycznych. W badaniach początkowych największą grupę uczestników z problemami o różnym nasileniu stwierdzono

w przypadku aktywności związanych z podnoszeniem i przenoszeniem przedmiotów (88,3%), chodzeniem (61,8%) oraz utrzymywaniem pozycji ciała (58,4%). W przypadku aktywności wykorzystujących sprawność kończyn górnych problemy stwierdzono w zakresie używania rąk i ramion (41,2%) oraz w precyzyjnym używaniu ręki (41%).

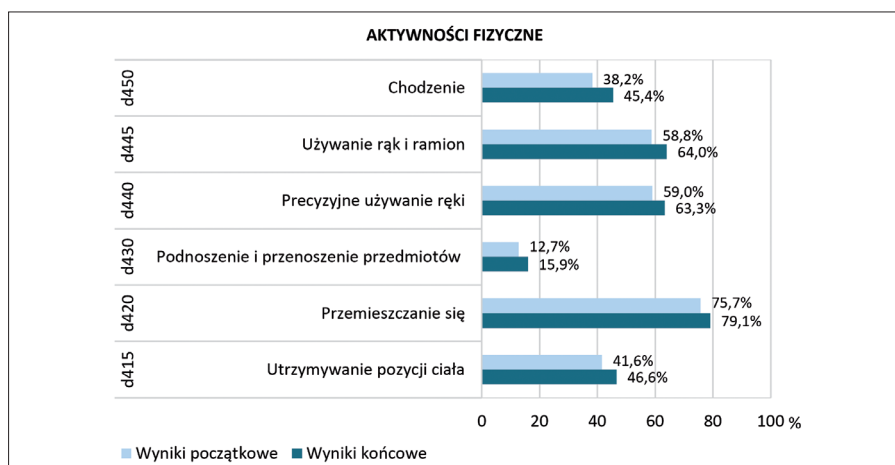
Największy postęp sprawności (rys. 5), mierzony poprzez różnicę liczby uczestników niemających problemów, dokonał się w zakresie

chodzenia (7%), używania rąk i ramion (5,2%) oraz utrzymywania pozycji ciała (5%).

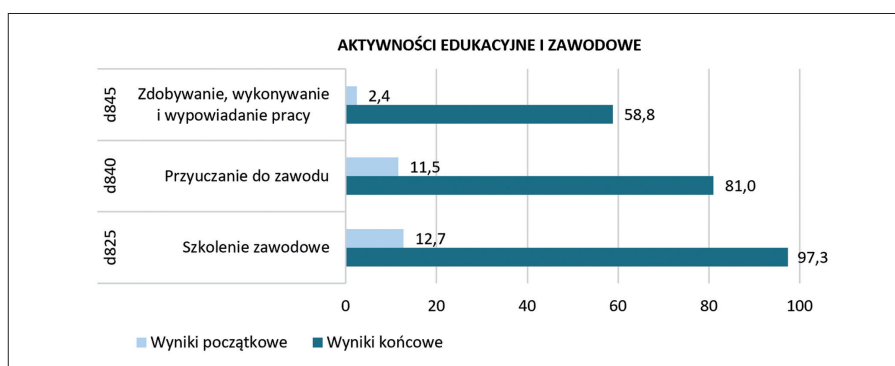
Szczególną grupą ocenianych aktywności były działania uczestników ukierunkowane na zdobywanie nowej wiedzy i podejmowanie działań zmierzających do podjęcia aktywności zawodowej. Jak pokazują wyniki (rys. 6), wymienione aktywności były podejmowane przed przystąpieniem do kompleksowej rehabilitacji przez niewielką część uczestników. W szkoleniach zawodowych uczestniczyło



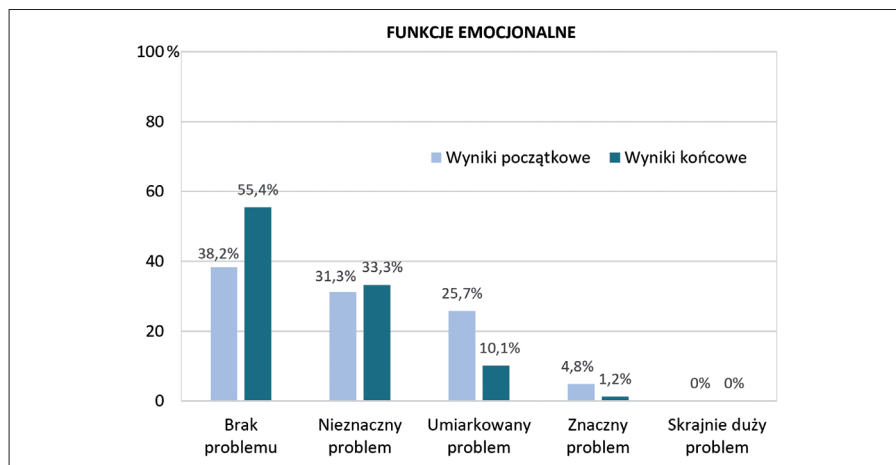
Rys. 4. Wyniki wybranych aktywności psychospołecznych w badaniach początkowych i końcowych (% grupy bez problemów)
Fig. 4. Results of selected psychosocial activities in the initial and final assessment (% of the group without problems)



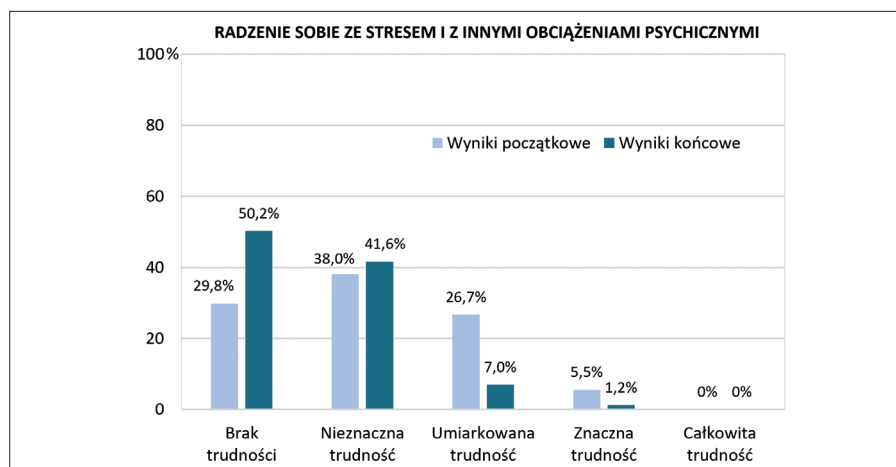
Rys. 5. Wyniki wybranych aktywności fizycznych w badaniach początkowych i końcowych (% grupy bez problemów)
Fig. 5. Results of selected physical activities in the initial and final assessment (% of the group without problems)



Rys. 6. Wyniki wybranych aktywności edukacyjnych i zawodowych w badaniach początkowych i końcowych (% grupy bez problemów)
Fig. 6. Results of selected educational and professional activities in the initial and final assessment (% of the group without problems)



Rys. 7. Wyniki w kategorii funkcji emocjonalnych (b152) w badaniach początkowych i końcowych – skala oceny według ICF
 Fig. 7. Results of emotional functions (b152) in the initial and final assessment – ICF rating scale



Rys. 8. Wyniki w zakresie radzenia sobie ze stresem i z innymi obciążeniami psychicznymi (d240) w badaniach początkowych i końcowych – skala oceny według ICF
 Fig. 8. Results of handling stress and other psychological demands (d240) in the initial and final assessment – ICF rating scale

jedynie 12,7%, w przyuczaniu do zawodu – 11,5%, a działania ukierunkowane na zdobywanie i wykonywanie pracy podjęło zaledwie 2,4%. Na koniec okresu rehabilitacji kompleksowej te grupy zwiększyły się diametralnie: w szkoleniach zawodowych uczestniczyło 97,3% osób, a w różnych formach przyuczania do zawodu – 81%, natomiast działania zmierzające do zdobywania pracy podjęto w trakcie rehabilitacji 58,8% osób. Były to grupy aktywności wpisane w założenia Programu Kompleksowej Rehabilitacji.

Porównanie postępu rehabilitacji – poprzez porównanie wyników sprawności funkcji i trudności w podejmowaniu aktywności, w których nie występowały problemy (kwantyfikator „0”) – jest tylko częścią analizy. Wszystkie kategorie profilu ICF były oceniane ze względu na nasilenie problemów. Przykładem mogą być wyniki szczegółowe w zakresie funkcji emocjonalnych (rys. 7) w pełnym zakresie skal ocen, jakie przewiduje ICF. Zgodnie z założeniami ICF stopniowanie sprawności w obrębie poszczególnych funkcji i aktywności koduje się następująco: 0 – brak problemu, 1 – niewielki problem, 2 – umiarkowany problem, 3 – znaczny problem, 4 – skrajny pro-

blem. Funkcje emocjonalne (b152) są definiowane w ICF jako swoiste funkcje psychiczne odnoszące się do uczuć i afektywnych składników procesów umysłu. Analiza wyników w zakresie funkcji emocjonalnych wskazuje, że w ocenie początkowej 38,2% uczestników nie miało problemów w tym zakresie, 31,3% miało niewielki problem, a 25,7% – umiarkowany problem. Znaczny problem w obszarze funkcji emocjonalnych miało 4,8% uczestników. W ocenie końcowej brak problemu w zakresie funkcji emocjonalnych stwierdzono u 55,4% uczestników. Wynika z tego, że ponad 17% uczestników zmniejszyło do zera wcześniejsze problemy w zakresie funkcji emocjonalnych.

Podobne wyniki otrzymano w zakresie wykonywania aktywności *Radzenie sobie ze stresem i z innymi obciążeniami psychicznymi* (rys. 8), definiowanej w ICF jako: *wykonywanie prostych lub złożonych i skoordynowanych działań, związanych z kontrolowaniem obciążeń psychicznych występujących podczas wykonywania zadań, które wiążą się z ponoszeniem znacznej odpowiedzialności, narażeniem na stres, czynniki zakłócające lub sytuacje kryzysowe*. Analiza wyników w zakresie radzenia sobie ze stresem była jedną z głównych zmien-

nych warunkujących sukces rehabilitacji. W ocenie początkowej tylko 29,8% uczestników nie miało trudności w tym zakresie, 38% miało nieznaczne trudności, a 26,7% – trudności umiarkowane. Znaczna trudność w zakresie radzenia sobie ze stresem miało 5,5% uczestników. W ocenie końcowej brak trudności w zakresie radzenia sobie ze stresem stwierdzono u 50,2% uczestników. Wynika z tego, że ponad 20% uczestników zmniejszyło do zera wcześniejsze problemy w tym zakresie.

Dyskusja i podsumowanie

Na podstawie porównania wyników początkowych i końcowych w zakresie wszystkich funkcji i aktywności wymienionych w profilu kategorialnym, stworzonym specjalnie na potrzeby pilotażu kompleksowej rehabilitacji, można sformułować następujące wnioski:

- we wszystkich ośrodkach i w odniesieniu do zdecydowanej większości uwzględnionych kategorii odnotowano poprawę stanu psychofizycznego i funkcjonalnego;
- wielu uczestników osiągnęło zamierzony cel – podjęło aktywność zawodową dostosowaną do ich możliwości, potrzeb i preferencji;
- duża część osób uaktywniła się oraz zdobyła wiedzę, którą może wykorzystać w przyszłej pracy;
- dla poszczególnych grup uczestników można wyróżnić kategorie funkcjonowania o mniejszej i większej podatności na oddziaływanie i zmiany. Poprawa stanu psychofizycznego i funkcjonalnego dotyczyła tych aspektów, które są bardziej modyfikowalne (np. radzenie sobie ze stresem, siła mięśni), niż tych, które są wrodzone (np. funkcje osobowości i temperamentu) albo wynikają z trwałych zmian chorobowych lub nieodwracalnych dysfunkcji będących konsekwencją wypadku.

Czynnikami warunkującymi skuteczność rehabilitacji kompleksowej (wnioski z oceny jakościowej) były:

- duże znaczenie motywacji wewnętrznej uczestników w procesie kwalifikowania;
- standardy mieszkaniowe, żywieniowe i lokalizacja ORK;
- dodatkowe działania ORK oraz obecność innych grup klientów (pacjentów);
- doświadczenie specjalistów ORK w rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami;
- możliwości dostosowania ścieżki szkoleń zawodowych do potrzeb uczestników.

Realizacja na poziomie krajowym pilotażowego wdrożenia modelu rehabilitacji kompleksowej, umożliwiającej podjęcie pracy lub powrót do pracy, stanowi próbę integracji działań wielu organizacji i specjalistów, obejmującą rehabilitację leczniczą, społeczną, psychologiczną i zawodową. Kompleksowa rehabilitacja, oparta na diagnozie i ocenie funkcjonalnej osoby z niepełnosprawnościami, odbywająca się w jednym czasie i miejscu, ułatwia uczestnikom dostęp do grupy specjalistów: lekarzy, psychologów, fizjoterapeutów i rehabilitantów, doradców zawodowych i pośredników pracy oraz specjalistów ds. zarządzania rehabilitacją,

zaangażowanych zarówno w proces diagnozy, jak i oddziaływań. Proponowane narzędzia diagnozy opartej na klasyfikacji ICF oraz kompleksowość i zakres oddziaływań stanowią nowe podejście do problematyki rehabilitacji osób z niepełnosprawnościami w Polsce.

BIBLIOGRAFIA

- [1] Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012.
- [2] Model Kompleksowej Rehabilitacji (wersja wstępna). Warszawa 2019, https://rehabilitacjakompleksowa.pfron.org.pl/fileadmin/Projekty_UK/Kompleksowa_rehabilitacja/MODEL/Model_kompleksowej_rehabilitacji_listopad_2019.pdf?utm_campaign=pfron&utm_source=df&utm_medium=download.
- [3] WILMOWSKA-PIETRUSZYŃSKA A., CZECHOWSKI K. O potrzebie rehabilitacji kompleksowej. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*. 2016, II (19): 38; <http://yadda.icm.edu.pl/yadda/element/bwmeta1.element.desklight-bfe1d4ea-05e9-429f-b81e-52433dc5bfe3> [dostęp: 8.03.2024 r.].
- [4] CIEZA A. i in. Development of ICF Core Sets for patients with chronic conditions. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004, 44 (Suppl.): 9-11.
- [5] WEIGL M. i in. Identification of relevant ICF categories in patients with chronic health conditions: a Delphi exercise. *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2004, 44 (Suppl.): 12-21.
- [6] BUGAJSKA J., NAJMIEC A., PAWLAK K. Zastosowanie Klasyfikacji ICF do oceny zdolności do pracy. *Niepełnosprawność – Zagadnienia, Problemy, Rozwiązania*. 2018, IV (29): 67-80; <http://cejsh.icm.edu.pl/cejsh/element/bwmeta1.element.desklight-bfe1d4ea-05e9-429f-b81e-52433dc5bfe3> [dostęp: 8.03.2024 r.].

Zespół CIOP-PIB serdecznie dziękuje wszystkim specjalistom zatrudnionym w Ośrodkach Kompleksowej Rehabilitacji, biorącym udział w badaniach kompetencji zawodowych, Zespołowi PFRON koordynującemu tak szerokie działania projektu w zmieniających się

uwarunkowaniach, a także lekarzom i specjalistom ZUS, współrealizującym proces kwalifikowania uczestników.

Oddzielne podziękowania należą się Uczestnikom projektu, którzy pomimo przeciwności losu i trudności wynikających z chorób i niepełnosprawności świadczą swoją postawą, że podjęcie trudu działań rehabilitacyjnych przy odpowiednim wsparciu może doprowadzić do pozytywnej zmiany i realizacji upragnionych celów.

Artykuł powstał na podstawie wyników badań przeprowadzonych w ramach projektu UE POWER (Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój, Działanie 2.6 „Wysoka jakość polityki na rzecz włączenia społecznego i zawodowego osób niepełnosprawnych”, numer naboru POWR.02.06.00-IP.03-00-006/17) pn. „Wyprowadzenie i pilotażowe wdrożenie modelu kompleksowej rehabilitacji umożliwiającej podjęcie lub powrót do pracy”, realizowanego w latach 2018-2023 przez PFRON w partnerstwie z ZUS oraz CIOP-PIB.



SIEĆ BRANŻOWYCH
KONSULTANTÓW
DS. BHP



ZAPRASZAMY

do Sieci Branżowych Konsultantów ds. BHP

Sieć Branżowych Konsultantów ds. BHP

skupia wysokiej klasy specjalistów posiadających unikalne doświadczenie oraz praktyczne umiejętności związane z zapewnieniem bezpiecznych i higienicznych warunków pracy w różnych branżach*.

Głównym celem działalności Sieci jest dzielenie się wiedzą, rozwiązaniami oraz najlepszymi praktykami związanymi z bhp, zgodnie z koncepcją wymiany międzypokoleniowej oraz idei mentoringu, a także aktywna współpraca z CIOP-PIB w działaniach na rzecz budowy kultury bezpieczeństwa w Polsce.

CIOP  PIB

*Pełna lista branż oraz szczegółowe informacje na stronie:

www.ciop.pl/Konsultanci-BHP

tel. 22 623 37 34, e-mail: mamal@ciop.pl