

Program aktywizacji zawodowej osób z dysfunkcjami ruchu. Studium przypadku projektu „Sprawny pracownik”

Marzena Mamak-Zdanecka

 <https://orcid.org/0000-0003-4746-1165>

AGH Akademia Górniczo-Hutnicza w Krakowie

Streszczenie

Rośnie znaczenie dobrych praktyk na rzecz polepszenia zdrowia psychicznego i fizycznego pracowników. Osoby o naruszonej sprawności organizmu są narażone nie tylko na obniżenie efektywności w pracy, ale też na gorsze samopoczucie. Podstaw do rozważań w artykule dostarczyła dokumentacja projektu „Sprawny pracownik – działania na rzecz osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, którego beneficjentem jest Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie. W artykule przedstawiono studium przypadku działań profilaktyczno-zdrowotnych i edukacyjnych, które mogą mieć wpływ na rozwój programów i rozwiązań w zakresie polityki personalnej przedsiębiorstw w prewencji schorzeń układu mięśniowo-szkieletowego. Celem badawczym była próba oceny korelacji pomiędzy kompleksowością programu a efektami zdrowotnymi rehabilitacji. W artykule znajdzie się również odwołanie do badania społeczności „Niebieskich stref”.

Słowa kluczowe:

aktywizacja zawodowa, długowieczność, dysfunkcje narządu ruchu, kultura organizacyjna, medycyna pracy, neuro różnorodność.

Vocational Activation Program for Individuals with Movement Disabilities: A Case Study of the „Efficient Employee” Project

Abstract

The importance of good practices for the mental and physical health of employees is increasing. Human-centric organizational policies, aimed at social goals, are gaining greater attention. Individuals with impaired physical abilities are not only at risk of reduced work efficiency but also experience poorer well-being. This article draws upon the documentation of the „Efficient Employee” Project, focused on actions for individuals with movement disabilities hindering their professional work. Co-financed by the European Union from the European Social Fund, with the Małopolski Orthopedic-Rehabilitation Hospital named after Prof. Bogusław Frańczuk in Krakow as the beneficiary. The research objective is to assess the correlation between the comprehensiveness of the program and the health outcomes of rehabilitation. The article also refers to the study of the „Blue Zones” community.

Keywords:

longevity, movement disabilities, neurodiversity, occupational medicine, organizational culture, vocational activation.

It is the small everyday deeds of ordinary folk that keeps the darkness at bay – small acts of kindness and love.

„The Hobbit: An Unexpected Journey”

WPROWADZENIE

Współcześnie kultura organizacyjna ma sprzyjać promowaniu nowego wymiaru środowiska pracy, które wdraża wartości szacunku i zaufania, równowagi pomiędzy życiem prywatnym i zawodowym oraz transparentną i otwartą komunikację. Nowe podejście do dobrostanu pracowników nie sprowadza się już do stosowania znanych benefitów, m.in.: karnetów sportowych, pakietów medycznych czy nawet uznania hybrydowego stylu pracy. Dla potwierdzenia, raporty Gallupa *Global Emotions Report 2023*, *Zdrowie psychiczne na polskim rynku pracy 2023* (Grupa Luxmed i Poradnia Zdrowia Psychicznego „Harmonia”, 2023), *Deloitte Global Human Capital Trends, Szczęście w pracy Polaków* przygotowany przez Jobhouse w 2022 r. (Chmiel-Antoniuk, 2023, s. 72–77) wskazują, że dobrostan pracownika zarówno fizyczny, jak i psychiczny, pozytywne doświadczenia w macierzystym miejscu pracy, to inwestycja, która ma swój wymierny zwrot w postaci zaangażowania, produktywności i rozwoju umiejętności pracowników. Korzyści wynikające z działań wpływających na lepsze zdrowie psychiczne i fizyczne pracowników, wzrost zadowolenia i satysfakcji z pracy w efekcie pozwala na szybsze realizowanie celów biznesowych i socjalnych organizacji. Na przeciwnym biegunie są skutki nadmiernego przeciążenia pracowników i wynikające z tego wymierne straty. Triada człowiek – praca – organizacja oznacza holistyczne spojrzenie na jeden z najważniejszych projektów w polityce personalnej przedsiębiorstw: „zdrowy pracownik – zdrowe miejsce pracy”. W taki trend wpisuje się projekt „Sprawny pracownik”, który jest przedmiotem badań i rozważań w niniejszym artykule jako jakościowe studium przypadku. O jego wyborze zdecydowało zainteresowanie konkretnym przypadkiem spersonalizowanego programu rehabilitacji zdrowotnej i jego wpływu na powrót do sprawności zawodowej osób ze schorzeniami układu ruchu. Celem i zaletą wybranej metody studium przypadku jest zarówno proces badawczy nad przypadkiem, jak i jego rezultat. Deskrypcja projektu „Sprawny pracownik” stanowi „zapis przypadku” (Stake, 2014, s. 627) – jego unikatowości z określonymi przez dokumentację wewnętrzną granicami. Analiza jako wynik badania nie ma charakteru interwencyjnego, ale eksplanacyjny ze względu na rekomendację upowszechnienia programu „Sprawny pracownik” jako dobrej praktyki realizowanej w formie benefitów przez przedsiębiorstwa dla osób w nim zatrudnionych. Efektem badania jest opracowany zbiór dokumentacji realizacji świadczenia rehabilitacyjnego 240 uczestników programu i ich doświadczenia w latach 2018–2021, co ma pozwolić na wnioskowanie o skuteczności spersonalizowanej opieki rehabilitacyjnej. W studium przypadku wykorzystano dane jakościowe oraz ilościowe reprezentowane przez kluczowe wskaźniki projektu. Poza danymi pochodzącymi z badania studium przypadku w artykule odwołano się również do badania unikalnych społeczności, określanych przez demografów jako „Niebieskie

strefy” (ang. *blue zones*) (Buettner, 2016), traktując jako element uzupełniający eksplanacyjny tryb studium przypadku. Uwzględnienie danych pochodzących z kontekstowo tutaj traktowanego badania „Niebieskich stref” może okazać się pouczające jako przesłanki do budowania warunków dla promocji zdrowia w realiach biznesowych i socjalnych współczesnych organizacji. Uwzględnianie narracji projektu badawczego „Niebieskich stref” daje możliwość poszerzonej interpretacji studium przypadku projektu „Sprawny pracownik” i tworzenia rekomendacji dla dobrych praktyk dbałości o fizyczną i psychiczną aktywność pracowników.

PRZEWAGA UKRYTA W ZDROWIU PRACOWNIKA

Oferując pracownikom kulturę dobrostanu, należy projektować tak środowisko pracy, aby poprawić ich jakość życia zawodowego. Można uznać to za oczywiste, jednak planowanie działań dla realizacji tego ogólnie akceptowanego celu wymaga złożonego podejścia. Pandemia spowodowała, że zaczęto z większą uważnością traktować komfort psychiczny i fizyczny pracowników. Zadbanie o nich nie sprowadza się do karnetu na siłownię, koncert czy wyjazdy integracyjne. Praca nad dobrostanem pracownika to poszanowanie zdrowia wszystkich zatrudnionych, także tych z niepełnosprawnościami, którzy wymagają innej uważności, np. wpisania na stałe programów specjalistycznej rehabilitacji lub wsparcie w kontaktach z osobami atypowymi. Pozostaniemy przez chwilę przy wątku neuro różnorodności, co odnosi się do tworzenia pozytywnych doświadczeń pracowników neuroatypowych, pracowników wychowujących dziecko z ADHD czy spektrum autyzmu i innych aktorów środowiska pracy. Pracownicy nie zawsze ujawniają swoją neuroatypowość, jest to kwestia ich prywatności i naruszenie jej wymaga zgody. Współcześnie inkluzywna kultura organizacyjna dopuszcza nie tylko dyskusje o zatrudnianiu osób neuroatypowych, ale również wdraża programy z zakresu neuro różnorodności, m.in.: Deloitte, Hewlett Packard Enterprise, Microsoft, EY czy SAP. „Dzięki programowi różnorodności firma SAP poprawiła swoją reputację jako pracodawcy, zwiększyła innowacyjność, a także zanotowała wzrost zaangażowania pracowników. Na przykład jeden z neuroatypowych pracowników tej firmy pomógł rozwiązać problem techniczny, w wyniku SAP zaoszczędził 40 milionów dolarów” (Russo, Ott, Moeller, 2023, s. 63).

Również istotnym aspektem w kreowaniu dobrostanu jest bardziej ogólna kwestia – absencji i prezenteizmu w pracy (ang. *presenteeism*) (Sobolewska, 2009, s. 141). Poszanowanie prawa do zwolnienia lekarskiego jest istotne nie tylko w sensie prawnym (każdy pracownik ma prawo do takiego świadczenia zagwarantowanego przepisami prawa pracy), ale głównie w wymiarze atmosfery w pracy i pozytywnych relacji z innymi. Jeżeli jest taka możliwość z uwagi na stan zdrowia pracownika, warto zaoferować pracę zdalną, a pracownik nie będzie musiał korzystać z tego świadczenia. Firma farmaceutyczna Roche opublikowała raport o pracy i dobrostanie zatrudnionych pracowników, w którym wyraźnie odnosi się do absencji i prezenteizmu pracowników (Career Trends: Work and Wellbeing, 2019, s. 3). Co zatem z punktu widzenia pracodawcy jest bardziej opłacalne – zwolnienie lekarskie i absencja czy brak zwolnienia i prezenteizm? Koszt absencji

i zastępstwa na stanowisku pracy jest oczywiście wymierny, jednak, jak wskazują dane raportu, wymierny jest także koszt obecności pracownika, który wykonuje swoje zadania w złym stanie zdrowia.

Dynamika zmian na rynku pracy wymaga od pracodawców elastycznego podejścia oraz budowania środowiska pracy, gdzie przykładą się wagę do komfortu psychicznego i zdrowia fizycznego. Dobre rezultaty w zarządzaniu dobrostanem pracowników będą przekładać się na KPI (ang. *Key Performance Indicators*) – mierzalne wskaźniki efektywności i zaangażowania pracowników, ale to zależy od działań samej firmy, liderów, menedżerów i otwartości na współpracę z interesariuszami zewnętrznymi, do których należą np. NGOsy, centra medycznej rehabilitacji, centra diagnostyczno-terapeutyczne. Jest to poważne wyzwanie dla pracodawców nie tylko logistyczne i finansowe. Potrzeba do tego dobrej woli tworzenia kultury dobrostanu, strategii, przygotowania i przekonania o tym, że warto.

Wyjdźmy poza środowisko pracy i w dobie wykładniczego rozwoju technologii popatrzmy na najnowszy raport *Global Emotions Report 2023* (Gallup, 2023) jako interesujący zapis danych z badań na temat pozytywnych i negatywnych doświadczeń (emocji i uczuć). Dane dorocznego raportu pochodzą z ponad 147 tys. wywiadów przeprowadzonych z osobami dorosłymi w 142 krajach i regionach. Pytania w wywiadach odnosiły się do pozytywnych i negatywnych doświadczeń. Przykładowe pytania odnoszące się do pozytywnych emocji to: Czy czułeś się wczoraj wypoczęty? Czy przez wczorajszy dzień traktowano cię z szacunkiem? Czy dużo się wczoraj uśmiechałeś lub śmiałeś? Pytaniami wskazującymi na negatywne emocje odczuwane w ciągu dnia, to: odczuwana reakcja na ból fizyczny, zmartwienie, złość, smutek (Chmiel-Antoniuk, 2023, s. 75).

Pomiar indeksu pozytywnych i negatywnych doświadczeń stanowi średnia ważnych odpowiedzi twierdzących pomnożona przez wartość 100, a wskaźniki indeksu rozpięte są na skali od zera do stu (tabela 1 z przykładami wskaźników pozytywnych i negatywnych doświadczeń).

Tabela 1. Najwyższy wskaźnik pozytywnych i najniższy wskaźnik negatywnych doświadczeń na świecie w 2022 roku według kraju

Wskaźnik pozytywnych doświadczeń		Wskaźnik negatywnych doświadczeń	
Indonezja	85	Bułgaria	20
Meksyk	85	Estonia	20
Paragwaj	85	Kosowo	20
Filipiny	85	Malezja	20
Wietnam	85	Mongolia	20
Gwatemala	84	Szwecja	20
Panama	84	Izrael	19
Salwador	83	Kuwejt	19
Kostaryka	82	Kirgistan	18

Malezja	82	Łotwa	17
Nikaragua	82	Kazachstan	15
Nepal	57	Litwa	15
Serbia	57	Polska	15
Turcja	45	Tajwan, Prowincja Chin	14
Afganistan	34	Wietnam	11

Źródło: Gallup (2023). Global Emotions Report, s. 4–13. <https://www.gallup.com/analytics/507719/gallup%202023%20global%20emotions%20report.aspx>

Należy jednak zwrócić uwagę, powołując się na dane w raporcie, że niski indeks negatywnych odczuć nie jest tożsamy z wysokim wskaźnikiem emocji pozytywnych. „Czterech na dziesięciu dorosłych stwierdziło, że doświadcza zmartwień (41%) lub stresu (40%), a prawie jedna trzecia doświadczyła silnego bólu fizycznego (32%). [...] Ból fizyczny był jedyną negatywną emocją, która wzrosła w 2022 r., wzrastając o jeden punkt procentowy i osiągając poziom 32%. [...] jest to najwyższy odnotowany poziom w trendzie Gallupa” (Raport Gallupa, 2023, s. 8–12).

Ważne poznawczo w promocji zdrowia jest podejście wiążące zachowanie, odzyskiwanie i utrzymywanie zdrowia z odczuwanymi emocjami (rolą psychiki), jak również czynnikami zewnętrznymi. Zdrowotność i zachorowalność jest wynikiem kilku elementów, począwszy od funkcjonowania w rodzinie, w lokalnej społeczności oraz w środowisku zawodowym, aż po czynniki geograficzne i instytucjonalne związane z opieką zdrowotną i zaawansowaną opieką medyczną (Kaprańska, Maksymowicz, Mamak-Zdanecka, 2018, s. 31).

DŁUGOWIECZNOŚĆ I SPRAWNOŚĆ SPOŁECZNOŚCI „NIEBIESKICH STREF”

Raport Gallupa *Global Emotions* i promowane holistyczne podejście do dobrostanu pracownika, tym samym jego zdrowia psychicznego i fizycznego, stało się inspiracją do poszukania analogii pomiędzy dobrostanem mieszkańców „Niebieskich stref” a dobrym samopoczuciem psychicznym i fizycznym pracownika. Niejednokrotnie zaniedbywana w programach świadczeń dla pracowników promocja zdrowia zyskała na znaczeniu po pandemii. Kiedyś niszowa, a dzisiaj coraz bardziej istotna grupa problemów, to zarządzanie obciążeniem pracą w znaczeniu fizycznym i psychicznym, które trudno jest bezpośrednio wyliczyć (Matyniak, 2022, s. 17).

Pracodawcy skłonni są zapewnić wsparcie psychologiczne, spersonalizować benefity, motywować do aktywności fizycznej jako profilaktyki zdrowia, zapewnić konsultacje z lekarzem, dietetykiem oraz wspierać pozytywne relacje z rodziną i przyjaciółmi. Drugim powodem, dla którego nie można zaniedbywać promocji zdrowia, to ekonomia i ponoszone koszty. Obciążenie chorobami ma wpływ na efekty pracy i wpływa na

przyszłe koszty opieki zdrowotnej – partycypacji pracodawcy ale i całego społeczeństwa w kosztach ekonomicznych. Promocja zdrowia, jedna z nowych dziedzin nauki, interdyscyplinarna, „zainicjowana i prowadzona przez wielu przedstawicieli nauki działających w dziedzinie medycyny oraz przez szereg medycznych organizacji i instytucji międzynarodowych (...) problematyka ta wykracza daleko poza dziedziny medycyny (...) wiele innych dziedzin życia społecznego i gospodarczego, a także politycznego musi się włączyć do tworzenia odpowiednich warunków życia, które zapewnią możliwość pozyskiwania i utrzymania zdrowia” (Karski, 2023, s. 162).

Zasady i wartości promocji zdrowia uwarunkowane są respektowaniem warunków środowiska naturalnego, społecznego, norm i wartości. Szczególnym przykładem środowisk wspierających zdrowie są unikalne społeczności określane przez demografów jako „Niebieskie strefy” (Buettner, 2016). Długowieczne społeczności pozostają w obszarze interdyscyplinarnych zainteresowań nauki i badań z uwagi na korelację ponadprzeciętnej długości życia z czynnikami środowiska zewnętrznego, stylem i filozofią życia. Zaliczono do nich populację rdzennych mieszkańców takich regionów, jak: Okinawa w Japonii, Sardynia we Włoszech, Loma Linda w Kalifornii, półwysep Nicoya na Kostaryce, Ikaria w Grecji, Swanetia i Abchazja w Gruzji oraz Kaszmir (Kaprańska, Maksymowicz, Mamak-Zdanecka, 2018, s. 32). Wieloletnie badania realizowane od 2000 r. przez Dana Buettnera i jego współpracowników nad zjawiskiem długowieczności i projekt deskrypcji unikalnych społeczności stulatków zostały opisane jako dziewięć lekcji długowieczności (Buettner, 2016). Cechą wyróżniającą „Niebieskie strefy” spośród innych społeczności jest to, że zamieszkujący je stulatkowie nie tylko najdłużej żyją, są zdrowi i sprawni. Mają silnie zdefiniowane poczucie celu. „Na Okinawie było to ikigai – powód, by budzić się rano. Na Kostaryce, (...) nazywa się to plan de vida” (Buettner, 2016, s. 168). Cel, dla którego warto zaczynać kolejny dzień, nie musi być bardzo emfaticzny, może dotyczyć najprostszych codziennych rzeczy. Równie ważnym celem dla badanych członków społeczności „Niebieskich stref” jest praca, hobby, rodzina, kontakty sąsiedzkie. Okinawskie lekcje długowieczności sprowadzają się do 9 zasad, z których na pierwszym miejscu jest ikigai (powód i chęć do życia), następnie dieta opierająca się produktach roślinnych, codzienny rytuał prac, utrzymywanie kręgu przyjaciół pełniącego rolę sieci wsparcia społecznego moai, sympatia i życzliwość wobec innych oraz co istotne – aktywność. „Starsi Okinawczycy lubią spacerować i uprawiać ogródek. W okinawskim domu znajdziesz niewiele mebli; mieszkańcy jedzą posiłki i odpoczywają na podłodze, siedząc na matach ‘tatami’. Konieczność częstego siadania i wstawania wzmacnia dolne partie ciała i ćwiczy równowagę, co z kolei zapobiega niebezpiecznym upadkom” (Buettner, 2016, s. 113). Wszystkim społecznościom „Niebieskich stref” towarzyszą nie identyczne, ale zbieżne zasady, których wspólnym mianownikiem są dobre nawyki zdrowotne i aktywność ruchowa. Społeczność z Lomy Lindy wskazuje na regularne ćwiczenia. „Z badań przeprowadzonych nad zdrowiem adwentystów wynika, że wcale nie trzeba być wyczynowcem od razu, by żyć dłużej. Regularne uprawienie sportu nawet o niedużej intensywności – na przykład codzienne spacerowanie – zauważalnie zmniejsza ryzyko chorób serca i wystąpienia pewnych rodzajów raka” (Buettner, 2016, s. 148).

Projekt badań nad długowiecznością społeczności „Niebieskich stref” udowadnia, że zdrowie ma swój wymiar fizyczny, psychologiczny i społeczny. Takie jego rozumienie odnajdujemy w definicji zdrowia WHO, zawartej w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia, jako „pozytywnego stanu fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko nieobecności choroby lub niepełnosprawności” (ŚOZ, 1947).

Proces pozyskiwania i zachowania zdrowia pracownika jest jednocześnie domeną jednostki i instytucji ochrony zdrowia oraz zatrudniającego go pracodawcy. Najmniej kosztownym działaniem w tej sferze, jednocześnie skutecznym, jest edukacja zdrowotna, zapobieganie chorobom, co można określić mianem „inwestowania w zdrowie”. Triada: edukacja zdrowotna – zapobieganie chorobom – ochrona zdrowia jest egzemplifikacją promocji zdrowia (Karski, 2011, s. 10). Studium przypadku tytułowego projektu „Sprawny pracownik – działania na rzecz osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej” jest rzeczywistym i doskonałym przykładem dobrych praktyk prozdrowotnych wpisując się w triadę.

PRACOWNIK W PODRÓŻY PO ZDROWIE STUDIUM PRZYPADKU PROJEKTU „SPRAWNY PRACOWNIK”

Inspiracją do badań jakościowych nad projektem rehabilitacji zdrowotnej, wspierającej powrót do aktywności zawodowej osób ze schorzeniami układu ruchu, stały się własne doświadczenia wyniesione z uczestnictwa w programach rehabilitacji ogólnoustrojowej jako obserwatora uczestniczącego. Kolejnym istotnym czynnikiem są badania nad długowiecznością społeczności „Niebieskich stref” (najważniejszy jednak był nie tyle czynnik długowieczności, co dobrego zdrowia i sprawności). W tematach do dyskusji Buettner poddaje pod rozagę sposób myślenia o środowisku, tworzeniu i stosowaniu dobrych zdrowych nawyków. Autor przestrzega, „jeśli prowadzisz typowo zachodni styl życia, sam siebie pozbawiasz nawet dziesięciu lat życia i być może nigdy w pełni nie wykorzystasz swego potencjału długowieczności” (Buettner, 2016, s. 253). Mieszkańcy wszystkich opisanych „Niebieskich stref” prowadzą aktywny tryb życia, chociaż nigdy nie korzystali z siłowni. Co jest znaczące – projekt „Sprawny pracownik” zdecydowanie wpisuje się w prozdrowotne idee promowane przez społeczności „Niebieskich stref”. Istotą programu zindywidualizowanej rehabilitacji dla osób ze schorzeniami układu ruchu była nie tylko rehabilitacja schorzeń i zmniejszenie dolegliwości mięśniowo-szkieletowych, ale możliwość ponownego powrotu do czynności zawodowych, a nawet wychodzenie z izolacji społecznej spowodowanej odczuwanym złym stanem zdrowia fizycznego, negatywnymi emocjami i uczuciami.

Program „Sprawny pracownik” realizowany w placówce Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie to unikatowe przedsięwzięcie o takim profilu – spersonalizowanej i zindywidualizowanej rehabilitacji, niezależnie od przysługujących świadczeń każdemu ubezpieczonemu w ramach NFZ (Mamak-Zdanecka, Parus-Jankowska, 2023). W trakcie analizy projektu „Sprawny pracownik” jako studium przypadku zostanie przedstawiony program rehabilitacji, efekty

medyczne oraz odczuwany komfort fizyczny i psychiczny uczestnika programu (UP) – powracającego do pracy pracownika. Podstaw do rozważań i ocen dostarczyła dokumentacja projektu „Sprawny pracownik” – działania na rzecz osób z dysfunkcjami narządu ruchu utrudniającymi wykonywanie pracy zawodowej. Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego 2014-2020 i realizowany na terenie miasta Krakowa. Beneficjentem był Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie, a beneficjentami ostatecznymi uczestnicy projektu. Zrealizowano go od 1.09.2018 do 31.08.2021 r., a finalny termin zakończenia projektu upłynął w grudniu 2021 r. Uzyskanie oficjalnie wydanej zgody przez beneficjenta na wgląd do dokumentacji projektu i analizy oraz publikację wyników badania jakościowego pozwoliło na rozpoznanie sytuacji, jak realizowany był projekt, z jakimi celami, założeniami i rezultatami, co umożliwiło podjęcie decyzji o zaprojektowaniu badań w paradygmacie dla badań jakościowych, czemu została podporządkowana metoda studium przypadku (Yin, 2015; Creswell, 2013).

Projekt „Sprawny pracownik” był innowacyjny, charakteryzujący się kompleksowością (kinezyterapia i fizykoterapia, program ćwiczeń rehabilitacyjnych i wykładów z zakresu prozdrowotnej edukacji). Głównym celem badań nad dokumentacją projektu stała się potrzeba oglądu jedyne go o takim profilu rehabilitacji przedsięwzięcia, zatem próba zdefiniowania wpływu spersonalizowanego i indywidualnego trybu leczenia na aktywność zawodową osób, które z powodu dysfunkcji narządu ruchu mają ją utrudnioną lub uniemożliwioną. Oczywiście do dyskusji pozostaje kwestia efektów rehabilitacji z punktu widzenia pracodawcy (m.in.: zmniejszanie się wskaźnika absencji chorobowej, konieczności rotacji na stanowisku czy też unikania niepotrzebnych kosztów spowodowanych spadkiem efektywności pracy). Do uczestniczenia w projekcie zakwalifikowane zostały osoby w różnym wieku, reprezentujące wykształcenie na poziomie ponadgimnazjalnym, policealnym i wyższym, wykonujące różnorodne zawody i zatrudnione w firmach, instytucjach lub prowadzące własną działalność gospodarczą.

Projekt „Sprawny pracownik” wpisuje się w koncepcję *Design Driven Innovation*, stworzoną przez Roberto Vergantiego – metodykę projektowania innowacji, efektywne go kreowania rzeczywistości, stymulowania kreatywności i planowania otwartego myślenia, a wdrażaną przez wiele firm, m.in. amerykańską firmę Harpo, która opracowała narzędzia do nauki brajla i integracji osób niewidomych z otoczeniem (Marglewska, Chmiel-Antoniuk, 2023, s. 136). W trakcie realizacji projektu „testowane były funkcjonalności” spersonalizowanej i zindywidualizowanej rehabilitacji oraz efekty leczenia wdrożonych procedur. Jednocześnie przyjęte kryteria dla rehabilitacji opracowane były przez mających wiedzę i doświadczenie zespół lekarzy, rehabilitantów i fizjoterapeutów, leczących schorzenia ruchu w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno-Rehabilitacyjnym w Krakowie.

Przyjmując koncepcję badań jakościowych, dla których bazę danych stanowiła dokumentacja 240 osób – uczestników programu „Sprawny pracownik” w latach 2018–2021, postępowanie badawcze polegało na stopniowym zestawianiu i klasyfikowaniu danych. Wymagało też zanurzenia w codzienności sytuacji uczestników programu, ponieważ

w wywiadzie z UP zbierane były dane medyczne i pozamedyczne, dotyczące ich aktywności zawodowej i sytuacji socjalno-bytowej. Badanie, z zachowaniem szczególnych zasad etycznych, realizowane było na terenie Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno-Rehabilitacyjnego w Krakowie, oddziału ambulatoryjnego rehabilitacji, z uwagi na konieczność ochrony podmiotów badania: dokumentacji danych osobowych uczestników projektu (UP), rozpoznania klinicznego, zastosowanego leczenia (procedur w ramach kinezyterapii i fizykoterapii), karty indywidualnej oceny postępów rehabilitacji. Należy zauważyć, że analiza zbioru danych jakościowych (np. opis rozpoznanego schorzenia, rozpisane procedury zabiegów) zawierała uzupełnienia o dane ilościowe, m.in. zestaw wskaźników rezultatów projektu. Po zapoznaniu się z materiałami źródłowymi 240 uczestników projektu, otrzymujemy jako pośrednik w procesie badawczym dokumenty, które odzwierciedlają komunikację z osobami, które zgłaszając się do projektu mają własne motywacje, oczekiwania, ocenę własnego zdrowia czy też efektów leczenia. Dane jakościowe zawarte w dokumentacji projektu (około 50 stron dla każdego uczestnika) w bazie projektu podzielone zostały na następujące kategorie: dane o dotychczasowym przebiegu leczenia schorzeń układu ruchu i współistniejących chorób; kwestionariusz aktywności fizycznej uczestnika programu; karta indywidualnej oceny postępów rehabilitacji (ocena poziomu bólu, sprawności i aktywności fizycznej); dane społeczno-demograficzne i charakteryzujące sytuację socjalno-bytową uczestnika projektu.

Na postawione pytania o funkcjonalność spersonalizowanej opieki i efektywność indywidualnej pracy terapeuty z pacjentem, ukierunkowanej głównie na zmniejszenie dolegliwości bólowych bądź, jeśli to możliwe, zniesienie ich przyczyny – odpowiedzi dostarczają specyficzne wskaźniki. Niezależnie od analizy wskaźników rezultatu w projekcie kluczowymi dla oceny efektywności procesu rehabilitacji są takie mierniki, jak: skala numeryczna NRS (Numerical Rating Scale); kwestionariusz poziomu aktywności; test TIMED and GO (TUG) – ocena sprawności ruchowej, pewności chodu i upadku ryzyka (Zasadzka, Borowicz, Roszak, Pawlaczyk, 2015). Wartość działań mierzona jest skalami i testami oraz oceną programu przez samych pacjentów. Na podstawie danych projektu można wnioskować o poczuciu satysfakcji i zaopiekowania w trakcie realizacji świadczeń programu profilaktyki i rehabilitacji; odczuwaniu przywracania sprawności i aktywności fizycznej; zmniejszaniu się dolegliwości bólowych, ale również zmianie dotychczasowych nawyków i zachowań prozdrowotnych.

Choroby narządu ruchu stanowią w medycynie pracy dużą grupę określaną jako zespoły przeciążeniowe (ZP), wywołane wieloma czynnikami, skategoryzowanymi jako:

- wymuszona pozycja ciała i brak naturalnej postawy przy wykonywaniu pracy,
- wysiłek statyczny,
- powtarzalne ruchy,
- miejscowy ucisk mechaniczny, jak w przypadku pracy siedzącej i stojącej,
- drgania oraz suma przeciążeń i mikrourazów układów, co wywołuje „zmiany w ścięgnach (np. zespół de Querveina), entezopatie (np. zespół tenisisty), zapalenie kaletek, zmiany uciskowe nerwów obwodowych (np. zespół kanału nadgarstka, zespół kanału tenisisty), dyskopatie i inne” (Bugajska, Konarska, Tokarski, Jędryka-Góral, 2007, s. 356–358).

Problemy z wymuszoną postawą ciała i powtarzalnością ruchów plasują się w czołówce ryzyk zawodowych, determinujących zespół przeciążeniowy kończyn górnych i dolnych – chorób układu ruchu i obwodowego układu nerwowego.

Po przedstawieniu struktury dokumentacji można zacząć „rozgrywać mecz z danymi” (Yin, 2015, s. 202). Spójrzmy zatem na kilka zestawień otrzymanych w ramach zarchiwizowanej dokumentacji projektowej. Pierwszym z nich jest zestawienie tabelaryczne wskaźników kluczowych w projekcje: produktu (pkt 1–2) i rezultatu (pkt 3) oraz wskaźników specyficznych (pkt 4–8).

Tabela 2. Wskaźniki projektu „Sprawny pracownik” – program aktywizacji zawodowej osób z dysfunkcjami ruchu w latach 2018–2021

Nazwa wskaźnika	Ogółem osób	2018	2019	2020	2021
1. osób objętych programem zdrowotnym dzięki EFS	240	26	80	80	54
2. osób w wieku 50 lat i więcej objętych wsparciem w programie	72	6	24	24	18
3. osób, które po opuszczeniu programu podjęły pracę lub kontynuowały zatrudnienie	128	13	43	43	29
4. osób, u których stwierdzono obniżenie natężenia dolegliwości bólowych na podstawie skali NRS – zmniejszenie dolegliwości bólowych o co najmniej 20%	48	3	8	8	5
	K (24)	3	8	8	5
	M (24)	6	16	16	10
5. osób, u których stwierdzono zwiększenie poziomu aktywności fizycznej – osiągnięcie min. poziomu aktywności fizycznej u co najmniej 50% oraz zwiększenie poziomu aktywności fizycznej co najmniej 20% u co najmniej 50%	120	13	40	40	27
	K (60)	6	20	20	14
	M (60)	7	20	20	13
6. osób, u których stwierdzono zwiększenie sprawności fizycznej – poprawa sprawności u co najmniej 20%	48	6	16	16	10
	K (24)	3	8	8	5
	M (24)	3	8	8	5
7. osób, u których stwierdzono wzrost poziomu wiedzy na temat profilaktyki chorób narządu ruchu na podstawie kwestionariusza poziomu wiedzy na temat profilaktyki narządu ruchu – wzrost wiedzy nt. chorób narządu ruchu u co najmniej 20%	48	6	16	16	10
	K (24)	3	8	8	5
	M (24)	3	8	8	5

8. Liczba osób usatysfakcjonowanych udziałem w programie na podstawie ankiety satysfakcji i oceny jakości świadczeń – co najmniej 80% satysfakcji	192	21	64	64	43
	K (96)	10	32	32	22
	M (96)	11	32	32	21

Źródło: dokumentacja projektu „Sprawny pracownik” – program aktywizacji zawodowej osób z dysfunkcjami narządu ruchu. Materiały wewnętrzne.

- Pomiar wskaźnika opracowany został na podstawie rejestru uczestników na liście programu, oświadczenia składanego przez daną osobę, zaświadczenia potwierdzającego wstępną kwalifikację z uwzględnieniem dokumentacji medycznej – wymaganych badań diagnostycznych w momencie przystąpienia do formy wsparcia.
- Pomiar wskaźnika rezultatu konstruowany był na podstawie danych o zatrudnieniu, mierzony do 4 tygodni od zakończenia przez uczestnika programu (UP) udziału w projekcie. Każdy UP zobowiązał się do pozostawienia w biurze projektu zaświadczenia o zatrudnieniu lub prowadzeniu własnej działalności gospodarczej.
- Wskaźniki specyficzne natomiast powiązane były z takimi miernikami, jak: skala numeryczna NRS (Numerical Rating Scale), która ma zastosowanie w badaniach naukowych i pozwala na porównywanie wyników; kwestionariusz poziomu aktywności; test TIMED and GO (TUG).

Bardzo istotny dla oceny zdrowia danej osoby i stopnia nasilenia dolegliwości bólowych był pomiar za pomocą skali numerycznej NRS. Każdy z UP w trakcie badania lekarskiego proszony był na początku udziału w projekcie i w końcowym etapie o ocenę nasilenia bólu na 11-stopniowej skali, gdzie 0 oznacza całkowity brak bólu, natomiast 10 – najgorszy wyobraźalny ból. Pomiar przeprowadzano dwukrotnie (w sytuacjach uzasadnionych, np. przedłużenia rehabilitacji – trzykrotnie).

Oceniając zakres aktywności ruchowej – pomiar dokonywany na podstawie kwestionariusza poziomu aktywności – struktura kwestionariusza obejmowała trzy obszary:

1. Lekki wysiłek fizyczny typu: spacer min. 30 min; lekka gimnastyka min. 15 min; inne aktywności do uzupełnienia przez UP.
2. Umiarkowany wysiłek fizyczny typu: nordic walking min. 30 min; marszobiegi lub trucht min. 30 min; intensywna gimnastyka min. 15 min; jazda na rowerze min. 30 min; spokojne pływanie min. 30 min; inne aktywności do uzupełnienia przez UP.
3. Intensywny wysiłek fizyczny typu: bieg min. 30 min; jazda na rowerze min. 30 min; intensywne ćwiczenia fizyczne min. 30 min; intensywne pływanie min. 30 min; inne aktywności do uzupełnienia przez UP.

Uczestnicy programu dwukrotnie wypełniali „Kwestionariusz aktywności fizycznej”, określając swoją aktywność w ciągu tygodnia, co pozwalało na ocenę minimalnego i maksymalnego poziomu aktywności każdej z osób i odpowiadającej każdemu poziomowi wysiłku

liczby punktów. Pomiar podczas wstępnego i końcowego badania fizjoterapeutycznego pozwalał na skonfrontowanie, w jakim zakresie czterotygodniowa celowana rehabilitacja wpływa na zmniejszenie dolegliwości bólowych i zwiększenie aktywności ruchowej. Przyjęcie jako ważnego w projekcie kryterium osiągania poziomu aktywności ruchowej u co najmniej 50% UP oraz zwiększenie poziomu aktywności fizycznej o co najmniej 20% u co najmniej 50% UP jest bardzo dobrą rekomendacją do zmiany stylu życia, wydłużenia trwania życia w sprawności, której „ambasadorami” są długowieczni mieszkańcy „Niebieskich stref”.

Odniesmy się do kolejnego wymienionego już wskaźnika specyficznego Testu TUG. Dla oceny, w jakim stopniu i dla ilu UP rehabilitacja pozwoliła na podniesienie sprawności fizycznej – przyjmując poprawę o co najmniej 20% – dwukrotnie dokonywano pomiaru (na wstępie i przy końcowym badaniu fizjoterapeutycznym) testem TIMED and GO (TUG) oraz dynamometrycznym pomiarem siły ścisku globalnego ręki.

Karta „Indywidualnej oceny postępów rehabilitacji” dla każdego UP zawierała dane tabelaryczne dotyczące oceny bólu (w badaniu lekarskim) wg NRS, ocenę sprawności fizycznej (badanie fizjoterapeutyczne) wg TUG, ocenę sprawności fizycznej (badanie fizjoterapeutyczne) – badanie dynamometryczne oraz ocenę aktywności fizycznej (badanie fizjoterapeutyczne) – kwestionariusz wypełniany przez badanego. Dla celów skuteczności rehabilitacji istotna jest interpretacja wyników badania UP. Konfrontując wyniki tych samych badań i testów na etapie badania wstępnego (NRS 1) i końcowego (NRS 2) można ocenić, czy nastąpiło zmniejszenie dolegliwości bólowych i poprawa ruchowości lub też czynnej stabilizacji. Szczegółowe zestawienie skali punktowej dolegliwości bólowych poprzez pomiar za pomocą skali numerycznej NRS w badaniu wstępnym (NRS 1) i badaniu końcowym (NRS 2) dla poszczególnych lat realizacji projektu wskazuje na zasadność procedur medycznych i sposobu pracy z pacjentem.

Wymogiem dla dokumentowania jakości świadczeń z przebiegu programu „Sprawny pracownik” była anonimowa ankieta satysfakcji, zawierająca kategorie pytań dotyczące: oceny własnej stanu zdrowia w zakresie schorzeń kwalifikujących do programu, poziomu zadowolenia z przebiegu rehabilitacji, oceny wzrostu aktywności ruchowej oraz planowana aktywność zawodowa i kontynuacja zatrudnienia. Uzyskane opinie UP potwierdziły jakość i skuteczność programu leczenia. Rekomendacją niech będzie wskaźnik satysfakcji z udziału w programie rehabilitacji, który spowodował potrzebę przedłużenia programu „Sprawny pracownik” o cztery miesiące – do końca grudnia 2021 r.

PODSUMOWANIE

Na tym etapie analizy danych studium przypadku „Sprawny pracownik” należy wyraźnie podkreślić, że efekty leczenia zawsze są uzależnione od stopnia dysfunkcji, indywidualnych predyspozycji organizmu, chorób współistniejących i uwarunkowań środowiska społecznego. Doświadczenia zebrane w trakcie badania tytułowego studium przypadku umożliwiają formułowanie wniosków i rekomendacji.

Po pierwsze, ważne jest zwrócenie uwagi, że projekty współfinansowane ze środków zewnętrznych, tak jak w przypadku programu „Sprawny pracownik” nie stanowią wsparcia cyklicznego. Idea ich polega na tworzeniu wspólnej wartości CSV (*Creating Shared Value*) (Mamak-Zdanecka, 2020, s. 18–20) i przyczynianiu się do pozytywnych zmian wewnątrz środowiska pracy, jak i na zewnątrz. Pracodawca wykorzystując swoje zasoby i wiedzę o ergonomii projektowania stanowisk pracy, czynnikach ryzyka chorób zawodowych, przeciążenia pracą, zjawisku prezenteizmu – może kreować programy, działania, projektować innowacje. Nie powinny się one koncentrować na efektach krótkotrwałych, ale przynieść efekty długofalowe. Wiąże się to oczywiście z koniecznością definiowania problemów i ich rozwiązywania, co w efekcie powinno przynieść wymierne skutki dla przedsiębiorstwa i jego pracowników.

Po drugie, punktem wyjścia jest zdefiniowanie kultury organizacyjnej, jednego z wymiarów triady człowiek – praca – organizacja. Pracownicy muszą wiedzieć, z jakimi wartościami mają się utożsamiać, do czego zmierzają i po co wykonują swoją pracę. Jest to nic innego, jak silnie zdefiniowane poczucie celu „ikigai” lub „plan de vida” w opisie mieszkańców „Niebieskich stref”. Cel, dla którego warto codziennie przychodzić do pracy, może dotyczyć najprostszycych zadań zawodowych. Pracodawcy cenią sobie zaangażowanych, zadowolonych i uśmiechniętych pracowników, ponieważ to buduje efekty i wartość. Jednocześnie zaangażowanie jest wskaźnikiem pożądanego dobrostanu pracownika jako przeciwstawność rutynizacji, prezenteizmu i wypalenia zawodowego. Przed pracodawcami i działami HR stoi zadanie badania poziomu dobrostanu pracowników, m.in. samopoczucia, odczuwanej z pracy satysfakcji i poczucia sprawstwa, pozytywnych i negatywnych emocji. Wyzwaniem jest również dostrzeganie indywidualnych potrzeb pracowników i trafne dostosowywanie benefitów.

Po trzecie, istotnym dla rozważań w niniejszym artykule jest odniesienie się do tej grupy benefitów, które związane są programami profilaktyki schorzeń układu ruchu i opieki medycznej. Dolegliwości bólowe, które dotyczą w równym stopniu pracowników fizycznych, jak biurowych, są wynikiem chorób zwyrodnieniowych stawów, chorób reumatycznych, osteoporozy czy też chorób kręgosłupa – najczęściej reprezentowanych w epikryzie uczestników projektu „Sprawny pracownik”. Dolegliwości bólowe układu mięśniowo-szkieletowego, które początkowo przebiegają powoli, dając niewielkie objawy, z czasem nasilają się, stając się przyczyną nieefektywnej obecności w pracy. Podawane przez UP strategie radzenia sobie z bólem poprzez stosowanie leków przeciwbólowych jest działaniem objawowym, który nie likwiduje przyczyny, a nawet ją pogłębia. Zatem bardzo ważne jest zwrócenie uwagi na ergonomię w miejscu pracy, wdrażanie leczenia profilaktycznego, rehabilitacji i uwrażliwienia na zmianę stylu życia. Projekt „Sprawny pracownik” jest zdecydowanie przykładem dobrych praktyk leczniczo-rehabilitacyjnych, które można wdrożyć jako niestandardową ofertę benefitu dla pracowników, realizowaną w zewnętrznych placówkach. Skierowanie pracownika na odpłatną rehabilitację (finansowaną przez pracodawcę, ale nie w ramach pakietu medycznego i z wyłączeniem świadczenia L4) z pewnością będzie odpowiedzią na indywidualne potrzeby pracownika, budowaniem jego dobrostanu i opłacalną inwestycją. Działania w ramach programu „Sprawny pracownik” obejmowały także edukację w zakresie zmiany stylu życia, aktyw-

nego wypoczynku, poprawy komfortu pracy. Prowadzenie szkoleń, akcji edukacyjnych, aktywnych wyjazdów integracyjnych ze sprofilowanymi ćwiczeniami rehabilitacyjnymi, edukacja poprzez podcasty, webinary, wykłady ze specjalistami z dziedzin medycyny – może stać się zbiorem dobrych praktyk budowania świadomości i wiedzy o stanie zdrowia, przeciwdziałaniu lub łagodzeniu dolegliwości mięśniowo-szkieletowych. Ergonomiczne wyposażenie stanowisk pracy jest wymaganiem prawnym i normatywnym dla przedsiębiorstw, ale nie zastępuje aktywności fizycznej pracowników, która ma udowodniony wpływ na zmniejszanie się dolegliwości bólowych i zmęczenia. Potwierdzeniem są również dane „Kwestionariusza aktywności fizycznej” UP „Sprawny pracownik”. Zaprojektowanie kultury organizacyjnej w przedsiębiorstwie w duchu wartości „Niebieskich stref” może przeciwdziałać zagrożeniu rosnącego odsetka osób, które ze stanu niesprawności przejdą do stanu niepełnosprawności.

BIBLIOGRAFIA

- Buettner, D. (2016). *Niebieskie Strefy. 9 lekcji długowieczności od ludzi żyjących najdłużej*. Galaktyka.
- Bugajska, J., Konarska, M., Tokarski, T., Jędryka-Góral, A. (2007). Występowanie objawów zespołów przeciążeniowych kończyn górnych u pracowników różnych grup zawodowych. *Reumatologia*, 45(6), 355–361.
- Career Trends: Work and Wellbeing* (2019). <https://www.science.org/content/resource/career-trends-work-and-wellbeing>
- Chmiel-Antoniuk, P. (2023). Nowe podejście do dobrostanu pracowników. *MIT Sloan Management Review Polska*, 20, 72–77.
- Creswell, J.W. (2013). *Projektowanie badań naukowych. Metody jakościowe, ilościowe i mieszane*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Dokumentacja Programu „Sprawny Pracownik”* (2018–2021). Małopolski Szpital Ortopedyczno-Rehabilitacyjny im. prof. Bogusława Frańczuka w Krakowie.
- Gallup (2023). *Global Emotions Report*. <https://www.gallup.com/analytics/507719/gallup%202023%20global%20emotions%20report.aspx>
- Kapralska, Ł., Maksymowicz, A., Mamak-Zdanecka, M. (2018). *Starość niepokorna. O niektórych niestereotypowych rolach seniorów*. Wydawnictwa AGH.
- Karski, J.B. (2011). *Promocja zdrowia dziś i perspektywy jej rozwoju w Europie*. CeDeWu sp. o.o.
- Karski, J.B. (2023). *Praktyka i teoria promocji zdrowia*. CeDeWu sp. o.o.
- Korporowicz, V. (2015). *Zarządzanie progresywnie zdrowiem*. Wolters Kluwer Polska.
- Mamak-Zdanecka, M. (2020). *Dylematy etyczne i społeczna odpowiedzialność biznesu. Zagadnienia wybrane*. Open AGH. Otwarte zasoby. <https://zasoby.open.agh.edu.pl/zasob/dylematy-etyczne-i-spoeczna-odpowiedzialnosc-biznesu-zagadnienia-wybrane/>
- Mamak-Zdanecka, M., Parus-Jankowska, M. (2023). Dobrostan pracownika. Program aktywizacji zawodowej – studium przypadku projektu „Sprawny pracownik”. Manuskrypt złożony do *Miscellanea Anthropologica et Sociologica*.
- Marglewska, A., Chmiel-Antoniuk, P. (2023). Innowacja produktowa czy nowe rynki?. *MIT Sloan Management Review Polska*, 18, 135–137.
- Matyniak, S. (2022). Dziesięć wyzwań dla menedżera HR. *Personel Plus*, 12, 14–17.
- Russo, Emily R., Ott, Dana L., Moeller, M. (2023). Jak wspierać neuroatypowych pracowników. *MIT Sloan Management Review Polska*, 20, 62–70.
- Sobolewska, K. (2009). Dolegliwości mięśniowo-szkieletowe – empiryczna ocena skali i konsekwencji zjawiska. W: Wiesława M. Horst (red.), *Prewencja ergonomiczna schorzeń uwarunkowanych pracą* (s. 137–146). Wydawnictwo Politechniki Poznańskiej.
- Stake, Robert E. (2009). Jakościowe studium przypadku. W: Norman K. Denzim, Yvonna, S. Lincoln (red.), *Metody badań jakościowych. Tom 1* (s. 623–654). Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Yin, R.K. (2015). *Studium przypadku w badaniach naukowych. Projektowanie i metody*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Zasadzka, E., Borowicz, A.M., Roszak, M., Pawlaczyk, M. (2015). Assessment of the risk of falling with the use of timed up and go test in the elderly with lower extremity osteoarthritis. *Clinical Interventions in Aging*, 10, 1289–1298. <https://www.dovepress.com/getfile.php?fileID=26378>