

# **DIPLOMOVÁ PRÁCE**

**2007**

**Marcela Kryski**

**JIHOČESKÁ UNIVERSITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH  
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**Ergodiagnostika a zaměstnávání osob se zdravotním postižením  
v Českých Budějovicích**

**Diplomová Práce**

Jméno autora: Bc. Marcela Kryski

Jméno vedoucího práce: Doc. PhDr. Jiří Jankovský, PhD.

28. 5. 2007

## **Ergodiagnosics and employment of handicapped people in České Budějovice**

This study concerns the possibilities of ergodiagnosics (pre-work rehabilitation), appraisal diagnostics, in the area of employment of medically handicapped people. It emphasises the value of work and being employed for the medically disadvantaged. It familiarises those interested with this matter with the means of a complete system of rehabilitation where occupational rehabilitation is irreplaceable. The study informs where legislation on (pre-work) ergodiagnosics can be found, through vocational rehabilitation we discover more detailed information and furthermore what a medically disadvantaged person should do to be able to participate actively in ergodiagnosics. It also offers a thorough overview of ergotherapy which plays an important role in diagnostics, particularly ergodiagnosics of medically handicapped people. It leads you through individual evaluations which are currently used by ergotherapists in complete rehabilitation centres where ergodiagnosics is practised. It is not only ergotherapists, however, who participate in vocational rehabilitation but a whole multi-discipline team which cooperates with job centres.

The practical part is oriented on the field of ergodiagnosics or else vocational rehabilitation. Two suppositions were made for the research. The first supposition explores how well-informed people with a medical handicap are about ergodiagnosics. The second then assumes that ergodiagnosics plays a significant role in searching for suitable vacancies for the medically handicapped.

The study should serve as informative material for all interested in the problem concerned. It should be especially useful to those who work with the medically handicapped and who want to have an integral view of (pre-work) ergodiagnosics, vocational rehabilitation.

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové, a to v nezkrácené podobě – Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 28.5. 2007

-----

Podpis studenta

## **Poděkování**

Na tomto místě bych chtěla poděkovat vedoucímu mé diplomové práce Doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci.

Děkuji MUDr. Evě Peštové z rehabilitačního centra při Nemocnici České Budějovice, a.s. za poskytnutí informací k mému výzkumu a Ing. Vladimíře Sýkorové z úřadu práce za poskytnutí rad ohledně zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Rovněž chci poděkovat všem lidem se zdravotním postižením za jejich ochotu a vstřícný postoj k vyplňování dotazníků.

Na závěr bych chtěla moc poděkovat svému manželovi a rodičům, kteří mi byli velkou oporou při studiu.

## Obsah:

Úvod.....	8
<b>1 Úvod do problematiky ergodiagnostiky</b>	
<b>(předpracovní rehabilitace).....</b>	<b>9</b>
1.2 Ucelený systém rehabilitace.....	10
1.2.1 Složky ucelené rehabilitace.....	11
1.2.2 Centra ucelené rehabilitace.....	12
1.3 Úřad práce a zaměstnávání osob se zdravotním postižením... ..	13
1.3.1 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením	
<i>dle zákona o zaměstnanosti</i>	
<i>(platnost od 1.10. 2004 č. 435).....</i>	<i>13</i>
1.3.2 Pracovní rehabilitace a příprava k práci	
<i>osob se zdravotním postižením.....</i>	<i>15</i>
1.3.3 Právo osob se zdravotním postižením na zaměstnání.....	16
1.4 Co je ergoterapie?.....	17
1.4.1 Historie Ergoterapie.....	17
1.4.2 Vznik ergoterapie u nás.....	17
1.4.3 Kdo je ergoterapeut?.....	18
1.4.4 Prostředky ergoterapie.....	18
1.4.5 Dělení ergoterapie.....	19
1.4.6 Kde se ergoterapie provádí?.....	20
1.5 Ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace).....	20
1.5.1 Multidisciplinární tým .....	21
1.5.2 Hlavní problémy ergodiagnostiky .....	23
1.6 Ergoterapeutická hodnocení.....	25
1.6.1 Barthel index – BADL, IADL.....	26
1.6.2 FIM test (funkční míra nezávislosti	
= Functional Independence Measure).....	28
1.6.3 Statický a dynamický test úchopů horních končetin.....	29

1.6.4	<i>Funkční test motoriky horních končetin</i> .....	30
1.6.5	<i>Test dle Jacobsové (JPSA)</i> .....	32
1.6.6	<i>Kanadský model lidského zaměstnávání a Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (CMOP a COPM)</i> .....	35
1.7	Modelové pracovní činnosti v dílnách.....	36
1.7.1	<i>Hodnocení modelových činností</i> .....	38
1.7.2	<i>Vytvoření modelové činnosti</i> .....	38
1.7.3	<i>Modelové činnosti</i> .....	39
1.8	Případová studie .....	40
1.8.1	<i>Kasuistika č.1</i> .....	40
1.8.2	<i>Kasuistika č. 2</i> .....	43
1.8.3	<i>Kasuistika č. 3</i> .....	44
1.9	Možnosti využití profesiogramů v předpracovní rehabilitaci.....	46
1.9.1	<i>Analýza pracovního místa</i> .....	47
<b>2</b>	<b>Cíle práce a hypotézy</b> .....	48
2.1	Cíle.....	48
2.2	Hypotézy .....	48
<b>3</b>	<b>Metodika</b> .....	49
3.1	Použitá metodika .....	49
3.2	Charakteristika souboru 1.....	50
3.3	Harmonogram výzkumu 1.....	52
3.4	Charakteristika souboru 2.....	52
3.5	Harmonogram výzkumu 2.....	54
<b>4</b>	<b>Výsledky</b> .....	55
4.1	Výsledky kvalitativního dotazníku 1.....	55
4.2	Výsledky kvalitativního dotazníku 2 .....	67
<b>5</b>	<b>Diskuse</b> .....	77
5.1	Diskuse k dotazníku 1.....	77
5.2	Diskuse k dotazníku 2.....	79
<b>6</b>	<b>Závěr</b> .....	84

<b>7</b>	<b>Seznam použití literatury.....</b>	<b>85</b>
<b>8</b>	<b>Klíčová slova.....</b>	<b>88</b>
<b>9</b>	<b>Přílohy.....</b>	<b>89</b>



## 1 Úvod

Domnívám se, že Česká republika urazila dlouhou cestu v zaměstnávání osob se zdravotním postižením. Nejen na poli legislativním, ve vzdělávání nových odborníků podílejících se na ergodiagnostice (předpracovní rehabilitaci), ale i v předsudcích nás lidí ostatních. Nemyslím si však, že by současná situace byla taková, že by se již nemuselo nic měnit, nic zlepšovat.

V oblasti ergoterapie a ergodiagnostiky se pohybuji od roku 2002, kdy jsem ukončila bakalářské studium na Lékařské fakultě University Karlovy, obor ergoterapie. Po skončení studia jsem nastoupila do Nemocnice České Budějovice, nyní akciové společnosti. Už tehdy jsem se začala v rámci multidisciplinárního týmu podílet na ergodiagnostice (předpracovní rehabilitaci) prováděné při rehabilitačním centru nemocnice. I v současné době, kdy pracuji v Dětském centru ARPIDA, se o ergodiagnostiku a zaměstnávání osob se zdravotním postižením, více než kdy jindy, zajímám. Neboť každý den na pracovišti řešíme možné pracovní uplatnění našich žáků.

Zvláště mě trápí malá informovanost zdravotně postižených lidí o ergodiagnostice (předpracovní rehabilitaci), o možnostech zaměstnávání vůbec. Z tohoto důvodu jsem si zvolila toto téma diplomové práce. Zajímá mě nejen míra informovanosti zdravotně postižených o ergodiagnostice, ale také mě zajímá, jak významně ergodiagnostika přispěla k nalezení vhodného pracovního místa u lidí, kteří předpracovní rehabilitaci absolvovali.

Rehabilitační centrum při Nemocnice České Budějovice, a.s. spolupracuje s úřadem práce České Budějovice na ergodiagnostice (předpracovní rehabilitaci) od února roku 2002. Za tuto dobu prošlo ergodiagnostikou pouze třináct osob. Často jsem si při své práci pokládala otázku: „Z jakých důvodů je těchto osob takto málo?“ „Zda lidé, kteří ergodiagnostikou prošli, pracují“ a „Zda jim ergodiagnostika pomohla najít vhodné pracovní uplatnění či nikoliv?“ Doufám, že se mi v této diplomové práci podaří najít odpovědi na mé otázky.

Zajímala mě informovanost zdravotně postižených v Českých Budějovicích.

## 1.1 Úvod do problematiky ergodiagnostiky (předpracovní rehabilitace)

*Člověk se narodil k činnosti. Nebýt ničím zaměstnán a neexistovat je pro člověka totéž.. Pracujme bez dlouhého hloubání, je to jediný prostředek, jak si udělat život snesitelným.*

[Voltaire]

Práce má nezastupitelné místo v životě člověka. Dává mu pocit jistoty, potřebnosti, pocit lidské důstojnosti. Zdravotně postižený člověk musí urazit dlouhou cestu k tomu, aby mohl být zaměstnán. Ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace) by měla být nápomocna lidem se zdravotním postižením k nalezení vhodného pracovního místa, vzhledem k jejich zdravotním omezením a trhu práce. Jde o objektivní hodnocení, na kterém se podílí celý tým odborníků ve spolupráci s Úřadem práce nejlépe v místě bydliště hodnoceného člověka (Pfeiffer, 2001).

V následujících kapitolách se vás pokusím provést ergodiagnostikou (předpracovní rehabilitací), tak jak se nyní provádí v Centrech ucelené rehabilitace. Čím vším by měl člověk se zdravotním postižením projít, aby mohl pracovat. A jakým způsobem spolupracují Rehabilitační centra s Úřady práce.

Je nutné vás ještě seznámit s dalšími používanými termíny k této problematice. V současné době se užívají mimo termínu ergodiagnostika ještě další názvy, jako např.: předpracovní rehabilitace, v zákoně č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, užíli naši zákonodárci termínu pracovní rehabilitace. Na úřadu práce, pokud budete mluvit s tamními „úředníky“, kteří se zabývají problematikou zaměstnávání osob se zdravotním znevýhodněním, se můžete setkat s termínem bilanční diagnostika. Dále v této diplomové práci bude užit termín ergodiagnostika či předpracovní rehabilitace. Přičemž „ergasis“ znamená v latině práce a „diagnóstica“ pak, dle latinského slovníku znamená diagnostika, nauka o poznání nemocí (Kábrt, 1979).

## 1.2 Ucelený systém rehabilitace

Pojem ucelené rehabilitace - jde o překlad anglického termínu comprehensive rehabilitation, což v překladu znamená úplný, ucelený, celkový. Někdy se tento výraz počestňuje na komprehenzivní.

Definice Světové zdravotnické organizace z roku 1969 říká: „*Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jednotlivce (jedince) k nejvyšší možné funkční schopnosti*“ (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005 s.8). Definice z roku 1994 charakterizuje rehabilitaci jako: „*proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti*“ (Jankovský, 2006 s.20).

Standardní pravidla vymezují rehabilitaci: „*Rehabilitace je proces, jehož cílem je umožnit osobám se zdravotním postižením (disabled), aby dosáhly a zachovaly si optimální fyzickou, smyslovou, intelektovou, psychickou a sociální úroveň funkcí, tedy poskytnout jim prostředky pro změnu jejich života k dosažení vyšší úrovně nezávislosti. Rehabilitace může zahrnovat opatření k zajištění a obnově funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkčního omezení.*“ (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005 s.6)

Cílem rehabilitace je návrat k původnímu stavu zdraví. (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005)

Definice zdraví dle Světové zdravotnické organizace: „*tělesná, duševní a sociální pohoda, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (MZ, 2004 s. 22).

Poskytování ucelené rehabilitace by mělo být včasné, plynulé a koordinované úsilí, které by mělo směřovat k zamezení či omezení vzniku zdravotního postižení, popř. minimalizaci jeho negativních důsledků. Provádění ucelené rehabilitace je důležité nejen pro osobu se zdravotním znevýhodněním, ale je ve svém důsledku efektivní i pro stát a celou společnost (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

### ***1.2.1 Prostředky ucelené rehabilitace***

Léčebné prostředky – jde o rehabilitaci, která je zajišťována zdravotníky ve zdravotnických zařízeních (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005). Může však mít i charakter interdisciplinární (Jankovský, 2006).

Patří sem např.: fyzikální terapie, léčebná tělesná výchova, ergoterapie, animoterapie (př.: hipoterapie, canisterapie,...), specifické terapie (arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie,...) a další postupy související s léčebnými prostředky rehabilitace (farmakoterapie, chirurgické zákroky, kompenzační pomůcky, životospráva atd.) (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

Sociální prostředky – navazují na léčebnou rehabilitaci. Neboť každý jedinec má již od narození určité sociální vazby. Tyto sociální vazby si jedinec udržuje i při pobytu v nemocnici a do společnosti se navrácí, pokud mu k tomu vytvoříme předpoklady (Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

Pedagogické prostředky – zvláště u dětí a mládeže se zdravotním postižením. Pedagogické prostředky rehabilitace se prolínají s prostředky léčebnými, sociálními i pracovními. Využívá se zvláště speciální výchovy a vzdělávání (Jankovský, 2006). Doménou uvedené oblasti je speciální pedagogika, která se podle druhu postižení a metod práce dělí na jednotlivé „pedie“: somatopedii, která se zabývá problematikou tělesně postižených; psychopedie řeší problematiku mentálně postižených, speciální pedagogika zabývající se poruchami chování je etopedie; tyflopédie je důležitá pro jedince se zrakovým postižením, surdopedií se zabývají speciální pedagogové, kteří pracují s jedinci se sluchovým postižením a další (Pipeková, 1998).

Pracovní prostředky – jde o přípravu na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního procesu. Předpokladem toho je obnovení pracovního potenciálu u lidí, kteří mají v důsledku zdravotního postižení změněnou pracovní schopnost, nebo jsou práce neschopni. Práce patří mezi základní potřeby člověka, a proto je pracovní integrace velice důležitá.

Závěrem lze říci, že jednotlivé prostředky ucelené rehabilitace se prolínají a jednotliví odborníci podílející se na léčebné rehabilitaci spolu spolupracují. Každý

odborník podílející se na ucelené rehabilitaci musí vědět, který odborník je za jednotlivé složky zodpovědný a s kým tedy bude při řešení jednotlivých problémů spolupracovat. Též bychom mohli říci, že všechny prostředky uceleného systému rehabilitace se podílejí na ergodiagnostice ( Jankovský, Pfeiffer, Švestková, 2005).

### ***1.2.2 Centra ucelené rehabilitace***

První centra léčebné rehabilitace vznikla v roce 1991. Tehdy Ministerstvo zdravotnictví České republiky (MZ ČR) vydalo metodický návod k provádění léčebné rehabilitace a zajištění její návaznosti na pedagogicko-výchovnou, sociální rehabilitaci a pracovní rehabilitaci. Rehabilitační centra vznikala po celém území České republiky (Švestková, 1999).

V roce 1997 MZ ČR vydalo příručku „Činnost center rehabilitace“, která shrnuje odborné názory na rehabilitaci, provoz rehabilitačních center, materiálně technické a personální vybavení center (Votava, 2005).

Již v roce 2000 přijala vláda České republiky usnesení č. 418 o Národním plánu zaměstnanosti. Zpracování koncepce ucelené rehabilitace a její následné zavedení do praxe jako předpokladu znovu začlenění osoby se zdravotním postižením do pracovní činnosti (Švestková, 1999).

Rehabilitační centrum je pracoviště určené k poskytování rehabilitace především osobám ohroženým dlouhodobým nebo trvalým zdravotním postižením a osobám se zdravotním postižením. Usiluje o minimalizaci omezení a o optimální zařazení těchto osob do společnosti. Vzniká jako součást lůžkového zdravotnického zařízení. Využívá prostředky diagnostické, léčebné, sociální, vzdělávací a pracovní.

Rehabilitační centra zajišťují:

- a) diagnostickou a léčebnou činnost
- b) poradenství a pomoc při výběru technických pomůcek (tj. výběr a zácvik rehabilitačních a kompenzačních pomůcek)
- c) poradenství v oblasti zdravotní, sociální, psychologické, právní, pracovní a v oblasti dalšího vzdělávání

d) návaznost rehabilitace na jiné resorty, zejména MPSV, MŠMT.

V působnosti MPSV jde zejména o návaznost na činnost těchto orgánů:

- České správy sociálního zabezpečení (posudkové komise)
- úřady práce
- sociálních odborů
- zařízení pečovatelské služby
- občanských sdružení (Švestková, 1999).

Důležitá je zde spolupráce Rehabilitačních center s Úřady práce při ergodiagnostickém hodnocení (Votava, 2003).

### **1.3 Úřad práce a zaměstnávání osob se zdravotním postižením**

Úřady práce jsou správními úřady. Správní obvody úřadů práce jsou shodné s územními obvody okresů. Místní příslušnost úřadu práce se řídí místem, kde je nebo má být zaměstnání vykonáváno, pokud zákon o zaměstnanosti nestanoví jinak.

Úřady práce za účelem posouzení vhodné formy pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením vytvářejí odborné pracovní skupiny. Tyto skupiny jsou složeny zejména ze zástupců organizací zdravotně postižených a zástupců zaměstnavatelů, kteří zaměstnávají více než 50% osob se zdravotním postižením.

Na úřadech práce jsou zřizovány pracovní skupiny za účelem posouzení vhodných forem pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením.

V jednotlivých okresech úřady práce zabezpečují státní politiku zaměstnanosti (Leiblová, 2006).

#### ***1.3.1 Zaměstnávání osob se zdravotním postižením dle zákona o zaměstnanosti (zákon č. 435/2004 Sb., v platnosti od 1.10. 2004)***

Zákon o zaměstnanosti upravuje a definuje přístup k zaměstnávání osob, kterým je poskytována zvýšená péče. Zdravotní postižení je zde zohledněno tak, aby odpovídalo mezinárodně uznávaným hlediskům zdravotně znevýhodněných osob.

Dle tohoto zákona se za osoby se zdravotním postižením považují:

- a) fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidní (plně invalidní osoby jsou považovány automaticky za osoby s těžším zdravotním postižením)
- b) fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidní
- c) fyzické osoby, které byly orgánem sociálního zabezpečení uznány za osoby zdravotně znevýhodněné.

Těmto osobám je věnována na trhu práce zvýšená péče.

#### Zaměstnávání plně invalidních osob

Dle zákona o zaměstnanosti požívají tyto osoby mnohé výhody. O skutečnosti, že jde o plně invalidní osobu, ji osvědčuje rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení. Osoba plně invalidní se nemůže stát, dle tohoto zákona, uchazečem o zaměstnání (Lieblová, 2006).

#### Zaměstnávání částečně invalidních osob

Za částečně invalidní osobu je považována osoba se zdravotním postižením (dříve osoba se změněnou pracovní schopností). Doklad o Rozhodnutí o částečné invaliditě, nebo Rozhodnutí o přiznání částečného invalidního důchodu je dostatečně průkazný.

#### Zaměstnání osob zdravotně znevýhodněných

Dříve se jednalo o osoby se změněnou pracovní schopností.

Dle tohoto zákona se za osobu zdravotně znevýhodněnou považuje osoba, která má takovou funkční poruchu zdravotního stavu, při které má stále zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost. To vše s ohledem na svůj dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Má omezeny možnosti uplatnění stávající kvalifikace nebo její získávání.

Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se považuje takový zdravotní stav, který dle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok a musí podstatně

omezovat psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti. A tím omezuje možnost i pracovního uplatnění.

Aby osoba získala rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení (posudkové komise), že je osobou zdravotně znevýhodněnou, nestačí jen dlouhodobá pracovní neschopnost, ale neschopnost konat soustavně výdělečnou činnost nebo jinou výdělečnou činnost (Leiblová,2006). (Pracovní rehabilitace viz. zákon o zaměstnanosti, viz. příloha 3.)

### ***1.3.2 Pracovní rehabilitace a příprava k práci osob se zdravotním postižením***

Za pracovní rehabilitaci je považována taková souvislá činnost, která je zaměřena na získání či udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Pracovní rehabilitace zahrnuje poradenskou činnost, která je zaměřena na volbu povolání, na volbu zaměstnání nebo k výkonu samostatné výdělečné činnosti včetně praktické a teoretické přípravy a vytváření podmínek pro výkon pracovní nebo výdělečné činnosti.

Osoby se zdravotním postižením mají právo na pracovní rehabilitaci, a to i neuchazeči o zaměstnání. Úřady práce, podle místa trvalého bydliště osoby se zdravotním postižením, zabezpečují pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitace je prováděna ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky. Úřad práce také může uzavřít písemnou dohodu s jinou právnickou osobou nebo fyzickou osobou, kterou pověří zabezpečením pracovní rehabilitace pro osoby se zdravotním postižením.

Zdravotně postižená osoba musí o pracovní rehabilitaci a přípravu k práci požádat úřad práce.

Žádost musí obsahovat:

- a) identifikační údaje žadající osoby
- b) doklad či osvědčení že je osobou zdravotně postiženou.

Úřad práce spolu s osobou zdravotně postiženou sestaví individuální pracovní plán pracovní rehabilitace. Individuální pracovní plán sestaví podle zdravotní



způsobilosti a schopností zdravotně postižené osoby. (Žádost o pracovní rehabilitaci viz. příloha 11.)

Individuální pracovní plán obsahuje:

- a) formy pracovní rehabilitace, sestaveny pro osobu se zdravotním postižením
- b) předpokládaný časový průběh pracovní rehabilitace
- c) cíl pracovní rehabilitace
- d) termíny a způsoby hodnocení účinnosti stanovených forem pracovní rehabilitace

Pracovní rehabilitace se mohou zúčastnit i osoby dočasně práce neschopné.

K tomuto postačí kladné vyjádření jejich ošetřujícího lékaře.

Některé náklady spojené s pracovní rehabilitací jsou hrazeny úřady práce, na základě uzavřené dohody a v souladu s vyhláškou o pracovní rehabilitaci (Leiblová, 2006; zákon č.435/2004 Sb. o zaměstnanosti).

### ***1.3.3 Právo osob se zdravotním postižením na zaměstnání***

Dle listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky, má každý občan právo na práci (Krejčířová, 2005).

*„Právo na zaměstnání je právo fyzické osoby, která chce a může pracovat a o práci se uchází“* (Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., hlava VI – Právo na zaměstnání § 10).

Při uplatňování práva na zaměstnávání je dle zákona o zaměstnanosti zakázána diskriminace z důvodu pohlaví, sexuální orientace, rasového nebo etnického původu, národnosti, státního občanství, sociálního původu, rodu, jazyka, *zdravotního stavu*, věku, náboženství, majetku, atd. Není tedy v žádném případě možné, aby osoba se zdravotním postižením byla při ucházení o zaměstnání odmítnuta jen z důvodu potřeby speciálních podmínek pro vykonávání práce apod. Pokud však odmítnutí spočívá v povaze zaměstnání, které by občan z důvodu svého zdravotního stavu nemohl vykonávat, není toto odmítnutí považováno za diskriminaci (Krejčířová, 2005).

## **1.4 Co je ergoterapie?**

Ergoterapie je zdravotnická disciplína, která nabízí aktivní pomoc lidem každého věku, kteří jsou fyzicky nebo psychicky postižení, nebo trpí postižením intelektu omezujícím jejich funkční kapacitu a samostatnost (Votava, 2003).

*Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti klientů (aktivní začlenění do společnosti) a zvýšení kvality jejich života (Votava, 2003).*

### **1.4.1 Historie ergoterapie**

Vlastní ergoterapie byla založena v Americe v r. 1910, kdy vycházeli z křesťanské tradice. Po tomto roce začaly vznikat první školy. Jejich hlavním programem byla ruční práce (arts and crafts – doktor a řemeslo).

Ve 30. letech vznikají odborné společnosti. Nejprve vznikají ve Velké Británii, v roce 1932 ve Skotsku a v roce 1934 v Anglii.

Velký rozvoj ergoterapie nastává po 2. světové válce. V roce 1954 se konal první kongres ergoterapeutů ve Skotsku WFOT (World Federation of Occupational Therapists).

První škola byla otevřena v roce 1925 v Chicagu a byla orientována na práci s mentálně postiženými a duševně nemocnými (Lippertová – Grunerová, 2005). Další školy pak vznikaly v Kanadě, severských zemích, v Austrálii, Brazílii a jinde. Nejprve šlo o krátkodobé kursy, poté se výuka přenesla na zdravotnické školy a nakonec na školy vysoké jako bakalářské studium

### **1.4.2 Vznik ergoterapie u nás**

V 19. století se ergoterapie nejprve zaváděla v psychiatrii. Po 2.světové válce se ergoterapie stala součástí rehabilitace. V roce 1913 prof. Jedlička založil Jedličkův ústav, kde léčil postižené děti. Vzniká zde první ergoterapeutická práce.

První školy vznikly díky postgraduálnímu studiu rehabilitace, poté vznikaly na vyšších zdravotnických školách (diplomovaný ergoterapeut) a od roku 1992 vzniká samostatná

výuka na vysokých školách formou bakalářského studia. Od roku 1995 došlo i k podstatné změně náplně studia - od ručních prací k náplni řešení soběstačnosti, předpracovní přípravy. To vše za účelem zvýšení či udržení kvality života klientů, pacientů.

Česká asociace ergoterapeutů - je dobrovolnou profesní organizací ergoterapeutů České republiky. Byla založena v roce 1994 v Ostravě a je registrována Ministerstvem vnitra ČR jako nezisková organizace pod číslem II/s- OS/1-26 011/94-R.

V současné době sídlí Česká asociace ergoterapeutů v Praze, Klinika rehabilitačního lékařství, Albertov 7.

### ***1.4.3 Kdo je ergoterapeut?***

Ergoterapeut je odborně vzdělaný pracovník, který pracuje na základě indikace lékaře. Provádí specifické ergoterapeutické postupy s jednotlivcem i ve skupině na základě svých odborných znalostí. Stanovuje krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie v návaznosti na program komplexní rehabilitace. Dále provádí s klientem cílené praktické činnosti a postupy, provádí nácvik všedních denních činností a výcvik komunikačních schopností a kognitivních funkcí ve spolupráci s ostatními odborníky. Navrhuje kompenzační a technické pomůcky a učí klienty, popřípadě členy rodiny je používat. Poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí. Spolupracuje na stanovení plánu předpracovní přípravy klienta. Dále dokumentuje průběh a výsledky ergoterapie (Česká asociace ergoterapeutů = ČAE – výroční zpráva 2006).

### ***1.4.4 Prostředky ergoterapie***

Diagnostické - odhalit na základě postižení, nemoci či úrazu u klienta disabilitu či riziko vzniku znevýhodnění pomocí analýzy zbylých funkčních schopností (v oblastech mobility, všedních denních činností, funkčního vyšetření horních i dolních končetin, vyšetření kognitivních a smyslových funkcí, *zjištění zbylého pracovního potenciálu* a možnosti využití kompenzačních pomůcek)

Preventivní - přispět pomocí cíleného terapeutického plánu a výběrem správných metod a technik k prevenci vzniku disability a znevýhodnění.

Terapeutické - na základě terapeutického hodnocení spolu s klientem stanoví ergoterapeut cíle terapeutického plánu, které směřují k zachování či zlepšení soběstačnosti, pracovních činností i aktivit volného času.

Ergoterapie se proto plně podílí na ucelené rehabilitaci v návaznosti na její ostatní složky, tedy na rehabilitaci pracovní, pedagogickou a sociální (Votava, 2003).

#### ***1.4.5 Dělení ergoterapie***

Ergoterapii cílenou na postiženou oblast - zaměřuje se na funkčnost horních končetin (např.: zvětšení svalové síly, zlepšení svalové koordinace, zvětšení rozsahu pohybu), cílený trénink kognitivních funkcí (pozornost, paměť, orientace, myšlení apod.), facio-orální stimulace atd.

Ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti - nácvik ADL (Activities of Daily Living = aktivity všedního dne – dále jen ADL). Ergoterapeut provádí nácvik BADL (basální Activities of Daily Living) = základní aktivity všedního dne (patří sem např.: oblékání, příjem potravy, koupání, osobní hygiena, kontinence, přesuny, lokomoce) a nácvik IADL (instrumentální Activities of Daily Living) tzv. rozšířené aktivity všedního dne sem řadíme např.: (jízdu dopravním prostředkem, nakupování, přípravu pokrmu, telefonování atd.). Informace pro hodnocení ADL nejlépe získáváme prostřednictvím přímého pozorování klienta či pomocí ne/standardizovaných dotazníků nebo škál vyplněných rodinou klienta, nebo se samotným klientem.

Ergoterapii zaměřenou na předpracovní hodnocení a trénink (předpracovní rehabilitace) – ergodiagnostika využívá modelových činností a dalších testů, které umožňují posoudit klientovy předpoklady pro budoucí pracovní náplň.

Ergoterapie kondiční (k naplnění volného času a zlepšení celkové kondice) – zde jede ergoterapeutovi především o odpoutání pozornosti pacienta, klienta od nepříznivého vlivu onemocnění a využití volného času. Program terapie vychází především ze zájmů klienta, pacienta (Votava, 2003).

#### ***1.4.6 Kde se ergoterapie provádí?***

Ergoterapeut pracuje s pacienty každého věku s různým druhem zdravotního postižení a s pacienty, klienty, kteří jsou znevýhodněni ve výkonu všedních denních aktivit. Snahou ergoterapeuta je pomoci svým pacientům a klientům udržet si, zvýšit či navrátit soběstačnost v aktivitách, které jsou pro ně důležité. Pro dosažení tohoto cíle musí ergoterapeut znát a respektovat nejen zdravotní obtíže, ale též sociální podmínky a faktory prostředí, z kterého pacient a klient přicházejí. Díky tomu se ergoterapie uplatňuje nejen ve zdravotnických, ale též v sociálních službách. Široké uplatnění díky svému zaměření mohou ergoterapeuté nalézt v oblasti domácí a rané péče, v sociálních službách pro seniory a v zařízeních pro osoby s fyzickým, kombinovaným či psychickým onemocněním. Ergoterapeuté také pracují v programech předpracovní rehabilitace a ve školách pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami (ČAE – výroční zpráva 2006).

#### **1.5 Ergodiagnostika**

Předpracovní rehabilitace, nazývaná též ergodiagnostika (v překladu ergon = práce, diagnosko = rozlišuji), se dostává v poslední době na první místo v celé ergoterapii (Pfeiffer, 2001). Tento termín označuje podrobné vyšetření všemi členy rehabilitačního týmu. A proto můžeme říci, že má své nezastupitelné místo v celé rehabilitaci (Švestková, 1999).

Vzhledem k tomu, se každá moderní společnost snaží, aby každý občan v produktivním věku měl možnost pracovat, neboť práce není jen zdrojem finančních příjmů, ale přináší člověku pocit užitečnosti a důstojnosti.

Aby to mohlo být naplněno, bylo důležité přijmout určitá legislativní opatření. Velký význam měla deklarace Organizace spojených národů o vyrovnání rozdílů mezi zdravotně postiženými osobami a zdravými občany. A dále Mezinárodní organizace práce, která vydala Směrnice pro aktivní politiku výcviku a zaměstnanosti pro lidi s postižením ve střední a východní Evropě (r. 1995). Dnes i u nás máme potřebné

legislativní opatření - zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, který řeší problematiku ergodiagnostiky viz. níže.

### ***1.5.1 Multidisciplinární tým (odborníci podílející se na pracovní rehabilitaci)***

Rehabilitační, multidisciplinární tým představuje skupinu odborníků, kteří v rámci pracoviště vzájemně spolupracují na dosahování společných rehabilitačních cílů (názorné schéma multidisciplinárního týmu viz. příloha 4).

Rehabilitační lékař – je vedoucím týmu, působí jako koordinátor. Provádí vstupní vyšetření klienta, který je přijímán k posouzení zbylého pracovního potenciálu. Ve vstupním vyšetření začíná podrobnou anamnézou klienta. Ta zahrnuje i velice podrobnou anamnézu sociálně pracovní. Dále rehabilitační lékař provádí základní objektivní vyšetření a posouzení neurologického nálezu, rozsahu aktivních a pasivních pohybů končetin, vyšetření páteře včetně bolestivosti a hybnosti. Lékař též indikuje vyšetření klienta dalšími odbornými lékaři (neurology, internisty, chirurgy, ortopedy apod.). V závěru určuje, kteří členové týmu se budou podílet na dalších vyšetřeních klienta.

Fyzioterapeut – je nezastupitelným členem rehabilitačního, multidisciplinárního týmu. Zaměřuje se na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového systému. Fyzioterapeut nejvíce spolupracuje s rehabilitačním lékařem a ergoterapeutem. Fyzioterapeuté vycházejí z vlastního vyšetření a zhodnocení stavu klienta. Hodnotí svalovou sílu (pomocí svalového testu), rozsah pohybu (goniometrie) a provádí podrobný kineziologický rozbor.

Ergoterapeut - hodnotí funkční schopnosti klienta v oblasti aktivit, které jsou pro člověka nepostradatelné. Napomáhá klientovi řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti. Provádí především nácvik basálních či personálních ADL = základních všedních denních činností, ke kterým se řadí např.: příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, nácvik přesunů, použití WC, manipulace s předměty denní potřeby a tzv. instrumentálních ADL = rozšířené činnosti všedního dne. To jsou činnosti potřebné pro život v domácím prostředí (především

příprava jídla, nakupování, běžný úklid, manipulace s penězi, obstarávání osobních záležitostí atd.). Důležitou oblastí ergoterapie je doporučení vhodných kompenzačních a technických pomůcek a úpravy domácího či pracovního prostředí (ergonomie) dle potřeb a funkčního stavu osoby. Souhrnný přehled činností ergoterapeuta upravuje § 6, vyhlášky č. 424/ 2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (Výroční zpráva ČAE, 2006).

Do kompetence ergoterapeuta spadají následující činnosti:

- a) provádí ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu činností pacienta, hodnocení senzomotoriky, mobility a lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (ADL),
- b) provádí hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) personálních a instrumentálních v nemocničním i ve vlastním sociálním prostředí,
- c) provádí hodnocení v oblasti pracovních aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí,
- d) na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavuje krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie, vybírá specifické ergoterapeutické postupy a metodiky, v rámci multidisciplinárního týmu se podílí na zpracování dlouhodobého plánu ucelené rehabilitace,
- e) aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii s cílem zlepšení funkčních schopností pacienta,
- f) navrhuje a případně zhotovuje kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty, jimi určené osoby a ošetrovatelský personál tyto pomůcky využívat,
- g) poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů, spolupracují v tomto směru s ošetrovatelským personálem a rodinnými příslušníky klienta,
- h) zabývá se poradenstvím v oblasti adaptace a kompenzace poruch a onemocnění i v otázkách adaptace a úprav domácího prostředí i pracovního prostředí (v rámci individuálních domácích návštěv indikovaných lékařem),

- i) podílí se na ergodiagnostickém vyšetření (analýza pracovních činností a zbytkového pracovního potenciálu) a předpracovní rehabilitaci (tréninku tolerance zátěže, vytrvalosti, nácviku pracovních dovedností apod.) a ve spolupráci s ostatními odborníky doporučuje vhodné pracovní a studijní začlenění osob se zdravotním postižením,
- j) ve spolupráci s ostatními odborníky se podílí na rehabilitaci kognitivních funkcí a nácviku komunikačních a rozumových dovedností,
- k) podílí se na sociální rehabilitaci osob se zdravotním postižením (Výroční zpráva ČAE, 2006).

Psycholog, klinický psycholog, neuropsycholog – v dnešní době i on je nezastupitelným členem týmu. V rehabilitačních centrech, na lůžkových odděleních rehabilitace či v ambulantním provozu klinický psycholog provádí psychodiagnostiku, kognitivní rehabilitaci, psychologické poradenství, psychoterapii a posouzení psychické způsobilosti k určitým činnostem (např.: řízení motorových vozidel, návrat k určitému zaměstnání po úrazu či léčbě atd.). Pro posouzení psychické způsobilosti k návratu k určitému zaměstnání využívá psycholog nejčastěji tyto testy: test rozumových schopností – WAIS – 3 (3. verze Wechslerova inteligenčního testu), test k posouzení paměťových funkcí – WMS (Wechslerova škála paměťových schopností), projektivní techniky např.: FDT (kresba postavy) a Baum test, Bentonův vizuálně retenční test – při podezření na organické postižení CNS, osobnostní dotazníky např.: osobnostní dotazník klinické analýzy – CAQ a sebesposuzovací škála depresivity – BDI - 2.

### ***1.5.2 Hlavní problémy ergodiagnostiky***

Po důkladném vyšetření klienta (osoby se zdravotním postižením) všemi členy týmu, musíme posoudit, zda je klient, pacient schopen:

- a) vrátit se do původního zaměstnání
- b) vrátit se do původního zaměstnání, ale s úpravami pracovního programu
- c) vrátit se do původního zaměstnání, ale s úpravami prostředí
- d) práce podle ergodiagnostického hodnocení jen po rekvalifikaci



- e) práce jen v omezeném rozsahu s finanční pomocí částečného nebo plného invalidního důchodu
- f) jenom zaměstnání podle zbytkových pracovních schopností. Ekonomický efekt práce je malý a plný invalidní důchod je nutný.

a) Pacient, klient je schopen vrátit se do původního zaměstnání

Pacient (klient) popíše své původní zaměstnání, zda vyžaduje spíše intelektuální schopnosti – práce v kanceláři, či fyzicky náročná práce – větší nároky na přesnou a jemnou motoriku, a sdělí své stanovisko, zda se domnívá, že se snadno vrátí do práce, nebo že očekává obtíže.

b) Pacient (klient) je schopen vrátit se do původního zaměstnání, ale s úpravou pracovního programu

Je nutné přesně stanovit, v čem by se úprava pracovního programu projevila.

Je pravděpodobné, že úprava pracovního programu se odrazí na výši příjmu. Při velkém poklesu výdělku je možné dát částečný invalidní důchod alespoň na přechodnou dobu.

c) Pacient (klient) je schopen vrátit se do původního zaměstnání, ale s úpravou prostředí

Nejčastěji se tato úprava týká architektonických bariér. (pro rehabilitanty upoutané na mechanický či elektrický vozík).

Pacient (klient) bude mít problémy dostat se do práce, s přístupností dostat se na vlastní pracoviště a do všech dalších nezbytných místností (hygienická zařízení).

d) Pacient (klient) je schopen práce podle ergodiagnostického hodnocení jen po rekvalifikaci

Rehabilitační pracoviště, kde ergotesting probíhá, musí mít dobrou spolupráci s úřadem práce.

Rekvalifikace je hrazena úřadem práce, ale ten je odpovědný za následné uplatnění na reálném trhu práce.

Pro rekvalifikaci se posuzuje stáří pacienta (klienta) nejvýše však do 45 roků

Rekvalifikace by měla pokud možno navazovat na původní kvalifikaci pacienta, klienta.

e) Pacient (klient) je schopen práce jen v omezeném rozsahu s finanční pomocí ČID nebo PID

Pacienti (klienti), kteří nedosáhnou původní výkonnosti dostávají částečný invalidní důchod. Důchod se stanovuje podle pomyslné hranice snížené pracovní kapacity.

Podle zákona je pojištěnec *plně invalidní*, jestliže z důvodů dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost výdělečné činnosti o 66% nebo je schopen výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek.

Pojištěnec je *částečně invalidní*, jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla jeho schopnost soustavné výdělečné schopnosti nejméně o 33%.

Příloha k zákonu o důchodech - *Procentní míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti* – tato příloha je jen administrativní, pokud nefunguje ergoterapie a ergodiagnostika (Pfeiffer, 2001).

f) Pacient (klient) je schopen jenom zaměstnání podle zbytkových pracovních schopností

Invalidní důchod je jen existenční zajištění a většinou nestačí k dosažení optimální integrace při těžkém zdravotním postižení.

V současné době přejímají větší iniciativu sdružení a asociace, které mají ve své náplni integraci zdravotně postižených osob.

Jedná se o tzv. chráněné dílny – začlenit postiženého do užitečné činnosti, byť s malým finančním efektem (Pfeiffer, 2001).

## **1.6 Ergoterapeutická hodnocení**

Ergoterapeut kromě běžných ergoterapeutických postupů a testů, jako jsou Barthel index, Test úchopů apod., využívá i některé testy speciální, např.: FIM test (Funkční míra nezávislosti), Test dle Jacobsové, Test CMOP (Kanadský model lidského zaměstnávání). Bohužel v naší republice jsou všechna používaná hodnocení pouze nestandardizovaná. K tomu, aby mohly být standardizované by musela Česká asociace

ergoterapeutů zakoupit všechna práva na tyto hodnocení, a vydat, je v české verzi, popř. připravit specializované kurzy, a to je zatím pro naši asociaci, bohužel velice nákladné. Doufejme, že se tato situace v budoucí době zlepší. První standardizované hodnocení, které připravuje Česká asociace ergoterapeutů k překladu uvádím v kapitole 1.6.6 a jde o *Kanadský model lidského zaměstnávání a Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (CMOP a COPM)*.

I přesto mají doposud používaná hodnocení svou vypovídající hodnotu.

Se všemi těmito hodnoceními, testy vás podrobněji seznámím v následujících podkapitolách.

### **1.6.1 Barthel index – BADL, IADL**

Barthel index, nebo také test Dorothy Barthelové, je velice jednoduchý test, který hodnotí osobní nezávislost. Vznikl v roce 1995. Původně byl sestaven pro hodnocení funkční zdatnosti a míry soběstačnosti u chronických neuromuskulárních onemocnění. (Vaňásková, 2004) Jde o velice rychlý test, ve kterém hodnotíme rozsah stávající pomoci, když klient není schopen některou aktivitu vykonat. Barthel index se ještě rozděluje na dva odlišné testy: Barthel index bazálních ADL (Activities of Daily Living), který hodnotí základní aktivity všedního dne (to co člověk vykonává každý den od rána do večera) – (záznamový list viz. příloha 5) a Barthel index instrumentálních ADL (Activities of Daily Living), který hodnotí tzv. rozšířené aktivity všedního dne (záznamová list viz. příloha 6) (Pfeiffer, 2001).

#### Barthel index basálních ADL = BADL

V indexu Barthelové hodnotíme tyto sebeobslužné dovednosti: příjem potravy, osobní hygienu, koupání, použití toalety, kontrolu moči a stolice, oblékání, přesun z vozíku a zpět, chůzi po rovném terénu nebo jízdu na mechanickém vozíku, chůzi do schodů a ze schodů.

Plnou hodnotu dáváme klientovi tam, kde nepotřebuje ani minimální pomoc druhé osoby, ale také nepotřebuje při vykonávané činnosti ani dohled (např.: při příjmu

potravy musí být klient schopen používat příbor, rozkrájet si jídlo, osolit si apod.). Klient může k hodnocené činnosti používat kompenzační pomůcky např.: mechanický vozík, sedačku do vany, madla, podavače apod., ale musí být s touto pomůckou zcela samostatný a musí s ní i umět sám manipulovat. Pokud klient toto splní, hodnotíme jeho výkon deseti body. Pokud klient při vykonání činnosti potřebuje dohled druhé osoby či minimální pomoc, hodnotíme jeho výkon pěti body. Pokud jakoukoli hodnotící činnost nezvládne a je tedy v té činnosti plně závislý na pomoci druhé osoby, hodnotíme jeho výkon nulou (Collin, 1988).

#### Barthel index instrumentálních ADL = IADL

V indexu rozšířených aktivit všedního dne hodnotíme: jízdu dopravním prostředkem, nákup potravin, uvaření, domácí práce, vyprání osobního prádla, telefonování, užívání léků, odeslání poukázky na poště.

Při bodovém hodnocení postupujeme stejně jako u indexu BADL (Pfeiffer, 2001).

Oba tyto indexy mají v ergodiagnostice své místo. Rychlé ohodnocení soběstačnosti je důležité a dá nám přehled o tom, zda je klient např. schopen se ráno obléknout, udělat si snídani a dojet do zaměstnání. Jak už ale bylo napsáno, jde o velice rychle testy, a proto je důležité udělat si ještě další podrobnější test, který také hodnotí sebeobsluhu. Kromě sebeobsluhy hodnotí i komunikační a sociální dovednosti. Určí nám procentuální míru pomoci, kterou klient potřebuje. Jde o FIM test (funkční míra nezávislosti = Functional Independence Measure), který popisují v následující kapitole 1.6.2.

### ***1.6.2 FIM test (funkční míra nezávislosti = Functional Independence Measure)***

Test byl vytvořen v USA institucemi American Academy of Physical Medicine a American Congress of Rehabilitation Medicine v roce 1984. Vychází z Indexu Dorothy Barthelové. Jde o sedmiúrovňový test hodnotící základní soběstačnost. Měří to, jak je klient aktuálně schopen vykonávat jednotlivé činnosti, ne to, co by možná mohl zvládnout. Předností FIM testu je, že současně hodnotí schopnosti lokomoce a aktivity všedního dne s funkcemi kognitivními (Iwanenko, 1998). V položkách, kde hodnotíme fyzické zvládnutí úkolu, patří tento test k nejcitlivějším hodnotícím škálám v oblasti ADL. Naopak v položkách hodnotících kognitivní funkce, je test již méně citlivý. Oproti Barthel indexu je tedy ucelenější a citlivější.

Test obsahuje osmnáct položek, každá se hodnotí škálou od sedmi do jednoho bodu. Maximum dosažených bodů je pak 126 bodů, minimum 18 bodů.

Testované položky: soběstačnost – příjem potravy, osobní hygiena, koupání,  
oblékání horní i dolní poloviny těla,  
použití WC  
kontrola sfinkterů – kontinence moči a stolice  
mobilita – přesuny – postel, vozík, záchod, vana  
lokomoce – chůze nebo jízda na vozíku, schody  
komunikace – porozumění a vyjadřování  
sociální porozumění – sociální interakce, schopnost řešit  
problémy, paměť

Hodnocení je tedy sedmibodové, ještě rozdělené na dvě úrovně: nezávislý (nevyžaduje asistenci) a závislý (vyžaduje asistenci druhé osoby). Klient je úplně nezávislý, pokud zvládne popsané úkony zcela sám, bez jakékoliv modifikace, respektive bez kompenzační pomůcky či dohledu druhé osoby = plná soběstačnost. Nebo také může být klient nezávislý s použitím kompenzační pomůcky tzv. modifikovaná nezávislost. Pokud klient vyžaduje asistenci, je hodnocený jako částečně závislý. Tuto částečnou závislost pak ještě rozdělujeme na supervizi = dohled (klient vyžaduje vedení, povzbuzování, nebo oporu bez fyzického kontaktu), minimální

asistence (klient vyžaduje asistenci druhé osoby, ale vynaloží více jak 75% nebo více úsilí při provádění činnosti), mírná asistence (klient vyžaduje více pomoci, zvládne 50% prováděné činnosti). Plnou závislostí pak hodnotíme klienta, který vyžaduje výraznou asistenci (klient spolupracuje při prováděné činnosti, vynakládá více než 25% úsilí) nebo je klient úplně závislý na pomoci jiné osoby (záznamový list viz. příloha 7) (Vaňásková, 2004).

### ***1.6.3 Statický a dynamický test úchopů horních končetin***

Úchopy nejčastěji rozdělujeme na primární – úchop provádíme zdravou rukou, sekundární – tento úchop provádíme pomocí některé jiné části těla než rukou (např.: stiskem zubů, tlakem brady apod.) a terciální – ten je pomocí technické pomůcky, nejčastěji protézy. Dále pak na úchop statický (záznamový list viz. příloha 8) a dynamický – ten je spojený nejčastěji s pohybem ruky. Úchop můžeme ještě dělit podle toho, kolik prstů se na úchopu podílí. Pak mluvíme o úchopu bidigitálním, pluridigitálním a úchopu palmárním (s pomocí dlaně)

Vlastní úchop má několik fází, které musí ergoterapeut též zhodnotit. Jde o přiblížení ruky k předmětu (apropinquace), rozevření sevřené pěsti (extense), sevření předmětu v ruce (inluse), držení předmětu (retence) a opětné uvolnění předmětu (relaxace) (Trojan, 2001). Též hodnotíme rychlost, sílu a výdrž (Pfeiffer, 2001).

#### **Statický úchop:**

- a) Nehtový úchop – je nejmenší úchop. Provádí ho nehet palce a nehet ukazováku ve vzájemné opozici a mohou tak uchopit velmi malý předmět.
- b) Pinzetový úchop – provádí ho opozice posledních článků palce a ukazováku při sbírání též malého předmětu.
- c) Tužkový úchop – palec tlačí tužku proti posledním článkům druhého a třetího prstu. Držený předmět se opírá o první článek druhého prstu.
- d) Klíčový úchop – palec se opírá bříškem druhého článku o radiální stranu druhého článku ukazováku.

- e) Válcový úchop – všechny prsty ruky svírají válcový předmět. Prsty tlačí předmět proti dlani.
- f) Kulový úchop – zde prsty objímají kulový tvar a rovněž ho tlačí proti dlani.

Dynamický úchop - sem patří např.: lusknutí prsty, úchop nůžek a střihání, tlak dlaně do podložky, cvrknutí do kuličky, úder pěstí a úder prsty, úchop orientálních tyčinek či modelování apod.

K hodnocení pak můžeme použít Test úchopů dle Kapanjiho. Ten rozeznává úchop bez jakéhokoli omezení (zn. N), pak můžeme rozeznat u úchopu mírné omezení (zn. MO) či silné omezení (zn. SO). Pokud pacient, klient, úchop neprovede (zn. O) (Pfeiffer, 1997).

#### ***1.6.4 Funkční test motoriky horních končetin***

Tento test hodnotí motoriku horních končetin, jak pravé tak levé horní končetiny. Celkem hodnotíme 25 položek. Každou činnost provádí klient nejprve dominantní horní končetinou, poté končetinou druhou. Pokud není uvedeno, že uvedenou činnost provádí klient současně oběma horními končetinami. U každé činnosti je stanoven časový limit, za který se má daná činnost provést (záznamový list viz. příloha 9) (Pfeiffer, 1997).

##### Hodnocené položky:

1. manipulace s klíči
2. šněrování a vázání kličky – obě horní končetiny
3. šroubování matice prsty
4. šroubování šroubu prsty
5. šroubování šroubu šroubovákem - obě horní končetiny
6. manipulace s dřevěným kolíkem
7. manipulace s konektorem

8. zapínání spínače (5x)
9. manipulace se zástrčkou
10. vytáčení čísel na telefonu
11. otáčení plynovým kohoutem
12. šroubování žárovky na panelu
13. otáčení vodovodního kohoutu
14. šroubování žárovky ve vzpažení
15. oblékání zástěry
16. úchop „talíře“ - O12cm
17. manipulace s válci – O 1 – 10 cm
18. navlečení gumiček na válec O 7cm
19. vystřížení kolečka z papíru O 10cm
20. zapíchnutí 5 špendlíků
21. balíčky
22. test bez podložek PHK/LHK
23. test s podložkami - obě horní končetiny
24. svorky
25. navlékání korálků o O 2cm (Vávra, 2005).

Pracovní deska:





### ***1.6.5 Test dle Jacobsové (JPSA)***

Jde o hodnocení předpracovních dovedností = The Jacobs Prevocational Skills Assessment (JPSA). Byl vyvinut v roce 1979 Kanadankou paní Jacobs pro adolescentní mládež s poruchou učení. Od té doby byl několikrát přepracován, aby jednotlivé úkoly co nejvíce odpovídaly reálné situaci. Jde o standardizovaný test. Screeningový test pro získání informací pro terapii, navržení rehabilitačního plánu, nebo pro výběr vhodného zaměstnání. Testování je založeno především na pozorování klienta, resp. pacienta, při jednotlivých úkolech. Podle Jacobsové si ergoterapeut všímá pracovních návyků, dovedností, schopností a fyzických předpokladů pro práci (Faktorová, 2000).

Pracovní návyky jsou nezbytné pro zapojení se do jakéhokoli pracovního procesu. Řadíme mezi ně – mezilidské vztahy, chování, sebekontrolu, pojem o čase, započítání a dokončení aktivity, uspořádání práce, řešení problémů, pozornost a bezpečnost. Pracovní dovednosti, jsou, dle Jacobsové, manuální činnosti, při kterých pracujeme s různými nástroji. Pracovní schopnosti jsou vlastnosti všeobecné, jejich úroveň je pro jedince typická. Úroveň je dána činností našeho kognitivního, percepčního a psychomotorického systému. Patří sem: inteligence, verbální schopnosti, vnímání tvaru a prostoru, motorická koordinace, koordinace oko – ruka, jemná motorika, barevné rozlišení atd. U fyzických předpokladů se jedná o základní pohybové činnosti jako je zvedání, tlačení, nošení, tahání břemene, plazení, rovnovážné reakce, ohýbání krčení apod.

Časové limity byly naměřeny na vzorku zdravé populace adolescentů a jsou vynásobené dvěma.

#### **Vlastní hodnocení JPSA**

Hodnocených položek je celkem patnáct a patnáct je i úkolů. Některé úkoly jsou ještě dále rozděleny na další podúkoly.

- a) Hodnocené položky – hodnotíme koordinaci oko- ruka, motorický plán (schopnost plánovat nové a nezvyklé pohyby), pozornost na detail úkolu, třídění

(schopnost třídít podle různých znaků), klasifikace a řízení (schopnost uspořádat položky, předměty podle typu a ve správném pořadí), učinit rozhodnutí (schopnost bez dlouhého otálení dojít k nějakému závěru), řešení problémů, organizační dovednosti, používání nástrojů, schopnost řídit se podle verbálních, psaných nebo vizuálních instrukcí, praktické znalosti běžného života, soustředění se na úkol, pozorování chování (komunikační dovednosti, perseverace, motivace, spolehlivost, iniciativa, správná postura, upravený vzhled klienta, pozitivní postoj k terapeutovi a ostatním), jemná motorika, koordinace.

b) Popis jednotlivých úkolů:

1. Kontrola kvality – potřebujeme 26 hřebíků různých velikostí (16 hřebíků jedné velikosti a 10 hřebíků různých velikostí).
2. Abeceda, kartotéka – a) připravíme si 26 karet. Se slovy vztahujícími se k práci je seřadíme podle abecedy, přičemž musí mít různá začáteční písmena; b) zde si připravíme 13 karet s příjmením, která mají různá začáteční písmena; c) zde budeme potřebovat 6 karet s různými slovy, která začínají na stejná začáteční písmena.
3. Truhlářské spojování dřeva.
4. Třídění – v tomto úkolu třídíme různé obrázky.
5. Kancelářská práce – a) potřebujeme 5 čistých papírů a 5 tvrdých kartiček, které má klient sešít k sobě pomocí sešívачky; b) v tomto bodě vloží klient papír do obálek; c) 5 druhů barevných papírů, 5 obálek, kancelářské sponky a instrukce zní: „Zasponkujte papíry a vložte je do obálky“.
6. Telefonní seznam – a) zde vyhledáváme údaje v telefonním seznamu a přepíšeme zjištěné údaje na připravený blanket; b) přepíšeme získanou adresu na obálku, na obálku napíšeme svoji zpáteční adresu a nalepíme známku.

7. Práce v továrně – připravíme prkénko se 6 šrouby, které jsou ve dvou řadách, na kterých máme po dvou či třech maticky různých velikostí, budeme sundávat všechny matice a opětovně je našroubujeme.
8. Pohyb po okolí – a) před klienta položíme mapu města, ve kterém bydlí, a položíme na ni průhlednou fólii – úkol zní dostat se z bodu A do bodu B, přičemž by měl klient komentovat, kudy jeho zvolená cesta vede (př.: zda jede metrem, tramvají, kde bude přestupovat apod.); b) terapeut dá klientovi instrukce, podle kterých má projít trasu po budově (př.: dojít na sekretariát a vyzvednout poštu terapeutovi a vrátit se zpět, apod.).
9. Představa o penězích – a) před klienta předkládáme jednotlivé bankovky, mince a ptáme se na jejich hodnotu; b) sčítání bankovek – před klienta předložíme čtyřikrát několik mincí o různé hodnotě, klient říká jejich celkovou hodnotu; c) před klienta položíme běžný účet z obchodu a vyzveme klienta aby nahlas přečetl celkovou sumu, která byla zaplacená. Poté ho požádáme, aby tuto sumu oddělil od peněz, které před něho položíme; d) před klienta položíme peníze a časopis. Předvádíme situaci, že si klient onen časopis jde koupit (časopis stojí cca 30 Kč a klient jde platit 100 korunovou bankovkou), sledujeme, jak si klient poradí s vráceným obnosem peněz, zda zkontroluje správné vrácení obnosu.
10. Orientace na složence – a) použijeme vyplněnou složenkou a prázdný blanket a požádáme klienta o vyplnění blanketu podle údajů na složence. Jde o tyto údaje: jméno, adresa odesílatele, adresa adresáta, placená částka, konstantní a variabilní symbol apod.; b) položíme před klienta kalkulačku a písemnou instrukci. Z písemné instrukce se klient dozví, kolik stojí poslání složenkou, a že odesílatel platí tisícovou bankovkou. Otázka: Kolik pošťačka dotyčnému vrátí?
11. Pojem o čase – a) terapeut položí před klienta troje dětské hodinky s různými časovými údaji a klient má přečíst jednotlivé časy; b) terapeut ponechá dvoje hodinky a požádá klienta, aby mu ukázal, které hodinky

ukazují pozdější čas; c) v tomto úkolu použijeme digitální hodinky, které ukazují 12:40 a požádá druhou osobu, aby mu řekl, jaký čas bude za třicet minut.

12. Postoj k práci – a) terapeut položí před klienta pět karet, každá znázorňuje krok jedné činnosti. Klient má tyto karty poskládat za sebou ve správném sledu činnosti; b) pokládáme klientovi otázky a zaznamenáváme jeho odpovědi př.: „ Jste v práci a najednou začne hořet. Co uděláte?“.
13. Tělesné schéma – klientovi ukážeme obrázek chlapce, po patnácti vteřinách ho odstraníme a dáme klientovi pět podobných rozstříhaných kreseb chlapce (jedna je identická s původním obrázkem). Klient má z rozstříhaných obrázků sestavit obrázek chlapce, totožného s ukázaným.
14. Sešívání kůže.
15. Příprava potravy – Před klienta postavíme 5 karet s pracovním postupem přípravy pokrmu. Klient má vybrat správný postup k přípravě pokrmu, který mu zadáme (Jacobs, 1985).

#### **1.6.6 Kanadský model lidského zaměstnávání a Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání ( CMOP a COPM)**

Kanadský model lidského zaměstnávání (The Canadian of Occupational Performance, COMP) a Kanadské hodnocení výkonu zaměstnávání (The Canadian Occupational Performance Measure, COPM) oba tyto dokumenty jsou připravovány Českou asociací ergoterapeutů do českého překladu. Hodnotící instrument hodnotí klientovy problémy zaměstnávání v následujících oblastech: sebeobsluha, produktivita a volný čas (Bulletin ČAE, 2003/II).

V letošním roce se České asociaci ergoterapeutů podařilo získat nejen práva k přeložení dokumentů do českého jazyka, ale i k vydání publikace a její používání nejen ergoterapeuty při ergodiagnostice v běžném životě. Jde o standardizované hodnocení klienta ve vztahu k zaměstnávání.

## 1.7 Modelové pracovní činnosti v dílnách

Modelové pracovní činnosti v dílnách jsou nedílnou součástí ergodiagnostiky a předpracovní rehabilitace. Jsou doménou ergoterapeutů.

Vždy volíme takovou modelovou činnost, která je pracovní nejblíže našemu klientovi. Snažíme se vycházet z toho, čím se dotyčný živil doposud, jaké má dosažené vzdělání, v jakém oboru atd. Pokud se klient vzhledem ke svému postižení nemůže již vrátit do původního zaměstnání, na původní pracovní místo, snažíme se vycházet z jeho koníčků. Ptáme se ho, co by rád dělal. Ale také bereme v úvahu, aby pak tato činnost byla smysluplná a zcela uplatnitelná na trhu práce. Pokud si klient není jistý tím, co by rád dělal, vybereme spolu s klientem více modelových dílen.

Někdy můžeme mít již vybranou modelovou činnost. Z úřadu práce nám pošlou klienta, pro kterého mají určitou práci a naším úkolem je zjistit, zda je klient schopný tuto práci vykonávat. Pak našeho klienta budeme hodnotit přímo pro určité pracovní místo, pro přesně danou modelovou činnost.

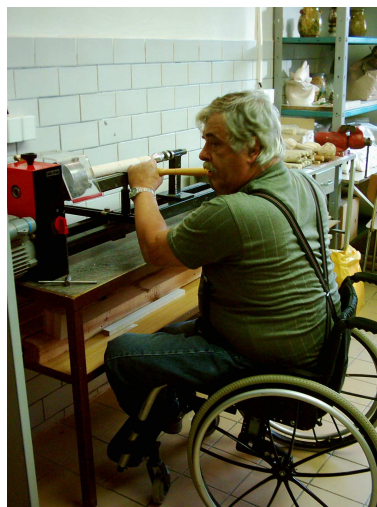
### Tři typy pracovního zatížení:

1. lehká práce fyzická např.: práce se dřevem, práce s textilem, práce elektrikářské apod.:
2. těžká práce fyzická např.: nošení břemen, zvedání břemen, práce v terénu, výkopy – práce s lopatou, krumpáčem apod.
3. duševní práce, administrativa např.: zakládání kartotéky, práce s počítačem, psaní na stroji, hledání a předávání informací – jízdní řád, telefonní seznam, poštovní komunikace, vyhledávání informací na internetu apod. (Pfeiffer, 1997).

Keramická dílna



Truhlářská dílna



Textilní dílna



Administrativní dílna



Každá modelová činnost by měla trvat minimálně 2 hodiny, a s klientem bychom se měli setkat opakovaně. Je to z toho důvodu, abychom byli schopni např.: zhodnotit, zda je dochvilný. Pokud se nemůže dostavit, zda se omluví, jak přijde oblečen atd.

### ***1.7.1 Hodnocení modelových činností***

Při každé modelové činnosti hodnotíme (záznamový list viz. příloha 10):

Postoj k činnosti, může být pozitivní – klient je velmi aktivní, snaživý, či negativní – pochybuje o významu práce, je neukázněný i přesto, že jsme se na této modelové činnosti domluvili, snaží se jí vyhnout.

Manuální dovednosti klienta při činnosti jsou dobré – klient zručně zachází s používaným náčiním, nebo má manuální dovednosti nedostatečné – při činnosti je nešikovný.

Při každé modelové činnosti je důležitý též sociální kontakt – pak hodnotíme, zda je intenzivní – klient spolupracuje velmi dobře, snaží se pomáhat druhým. Na druhé straně může být až hostilní, kdy odmítá spolupráci, může působit rušivě.

Velice důležitou složkou, kterou hodnotíme, je snášenlivost zátěže – ta je dobrá, pokud klient vydrží pracovat právě dvě hodiny bez přestávky, bez znatelné únavy a bolesti. Pokud je klient při práci unaven a únava či bolest přetrvává i po skončení činnosti, hodnotíme snášenlivost zátěže jako nedostatečnou.

Sledujeme i stejnoměrné zapojení postižených částí těla do činnosti, zvláště pak zapojení horních končetin – to může být plné či nedostatečné.

Neméně důležitá je pak kvalita práce, motivace k práci, vnímavost k dopomoci, a zda je možné využít předchozí rekvalifikaci.

### ***1.7.2 Vytvoření modelové činnosti***

Zvolená činnost by měla být snadno proveditelná v testovacím zařízení. Při vytváření jednotlivých modelových činností je potřeba dodržovat určitou strukturu.

1. Název činnosti.
2. Stručné kroky činnosti.
3. Cíl činnosti (testovací, terapeutický, nároky činnosti).
4. Předpokládaný čas pro provedení činnosti.

5. Prostředí pro provedení činnosti.
6. Pomůcky a materiál.
7. Instrukce pro terapeuta (přesný způsob zadání instrukcí, příprava prostředí atd.).
8. Instrukce pro klienta (písemné, obrázkové, jednoduché, víceúrovňové).
9. Instrukce pro hodnocení.
10. Výsledný produkt (vlastní výrobek, fotka atd.).

### ***1.7.3 Modelové činnosti***

Dílna pro modelové činnosti slouží ergoterapeutovi k objektivnímu zjištění pracovní výkonnosti klientů na modelových pracovních činnostech.

- Příklad modelových činností v dílnách:

#### ***❖ Keramická dílna – modelové činnosti***

##### Práce s licí hmotou:

Seznámení s technikou vylévání (pomůcky: licí hmota, sádrové formy pro vylévání).

##### Glazování:

Seznámení s technikou glazování (pomůcky: předmět na glazování – hrneček atd., bezolovnaté barvy na keramiku, štětce).

##### Práce s keramickou hmotou:

Modelování (pomůcky: modelovací špachtle, oboustranné očko, oboustranný nožík).

##### Práce na hrnčířském kruhu:

Vytáčení (pomůcky: keramická hmota, hrnčířský kruh, manuální zručnost)

#### ***❖ Truhlářská dílna – modelové činnosti***

##### Práce se stroji – obrábění dřeva:

Soustružení – vysoustružení dřevěných válečků (pomůcky: soustruh, soustružnická dláta na dřevo, modelářské rašple, smirkový papír).



### Práce s truhlářskými nástroji:

Výroba geometrických tvarů ze dřeva, vyřezávání (pomůcky: pilka na dřevo, nůž, smirkový papír, lak na dřevo).

### Falcování dřeva:

Postup – 2 dřevěné čtyřhrany - na jednom vytvoříme vnitřní zářez a na druhém vnější - spasovat do sebe (pomůcky: pilka, pravítko, tužka, lepidlo). Důležitá je přesnost.

#### ❖ *Textilní dílna – modelové činnosti*

### Šití v ruce :

Přišití knoflíku (pomůcky: látka, knoflík, niť, jehla, nůžky)

### Šití na šicím stroji:

Volný styl – seznámení se s elektrickým šicím strojem.

Ušití polohovacího polštářku na šicím stroji.

#### ❖ *Administrativní dílna – modelové činnosti*

### Psaní na psacím stroji:

Strojopis - opis textu, různé délky

### Práce na PC :

WORD, EXCEL (opis textu na PC, práce s tabulkami)

### Práce s internetem:

Založení internetové adresy – seznámení s internetem -) vyhledávání informací

## **1.8 Případová studie**

### ***1.8.1 Kazuistika č.1***

#### Paní H., 51 let

Klientka je vedena na Úřadu práce od roku 2001. Je zde vedena jako dělnice. Trvale pobírá částečný invalidní důchod od roku 1995. Klientka má dvě dcery – jedna žije sama, druhá dcera studuje. Klientka je vyučena jako pánská krejčová. Nyní je trvale léčena pro potíže s páteří a bolestí zápěstí obou rukou.

- Byla testována pro výběr vhodného zaměstnání.

Testy:

- Funkční test motoriky horních končetin (dále jen HKK).
- Vyšetření úchopů.
- Dynamometrie.
- Elektromyografie – zjištěn syndrom karpálních tunelů vpravo -) lehká motorická porucha vedení, ostatní vyšetření nervů (motorické i senzitivní vedení) je v normě.
- Psychologické vyšetření – nebyly zjištěny žádné poruchy kognitivních a intelektuálních funkcí.
- Modelové pracovní činnosti – testována pro činnost v administrativní a textilní dílně.

❖ Funkční test motoriky horních končetin

Testované činnosti byly prováděny vsedě, HKK v předpažení. Testovaná nejprve pravá horní končetina (dále jen PHK), poté levá horní končetina (dále jen LHK).

Klientka při testování upozorňuje na bolest v ramenním kloubu a mezi lopatkami. Celkově snížené motorické tempo, více u PHK, která je dominantní. Časové limity jsou zvláště u PHK několikanásobné.

Spolupráce klientky při testování je dobrá.

❖ Test úchopů

LHK – statické i dynamické úchopy bez omezení.

PHK – bidigitální úchopy – nehtový a mincový úchop neprovede, ostatní bez omezení;

pluridigitální provede s minimálním omezením; palmární úchopy bez omezení,

- u PHK se vyskytoval třes při relaxaci předmětu a oddálení od něj

❖ Modelové pracovní činnosti

Byly vybrány následující činnosti - administrativní dílna – strojopis, opis textu (vhodné pro rekvalifikaci, přání klientky) a textilní dílna – šití na šicím stroji (vycházeli jsme z předchozího zaměstnání klientky, pracovala jako pánská krejčová)

Administrativní dílna – opis textu

- délka textu (formát papíru A5)

- Klientka píše celý text jedním až dvěma prsty, údery jsou tvrdé, neplynulé, hledá každé písmenko.
- Po 20 min uvádí bolest zad vystřelující mezi lopatky, po 1 hod křeče do rukou.
- Celkově je klientka při psaní nemotorná, pomalá – nesnaží se tempo zvýšit.
- Po zakončení činnosti sama uvádí, že by touto pracovní činností žít nechtěla.

#### Textilní dílna – šití na šicím stroji

- šití polohovacího polštářku
- dobře zvládá ovládání šicího stroje, tato činnost jí není cizí
- ušití zvládá bez větších problémů, nemotornost při plnění polštářku
- subjektivně při činnosti neuvádí žádnou bolest
- Poté co jsem ji upozornila, že by se mohla k této pracovní činnosti vrátit, uvádí že je na ni moc nešikovná.

#### ❖ Hodnocení modelových činností:

Postoj k činnosti dobrý, manuální dovednost snižená – menší obratnost, pracuje pomaleji. Sociální kontakt pasivní, snižená snášenlivost zátěže, plné zapojení postižených částí těla do činnosti, kvalita práce dobrá, vyžaduje pravidelnou kontrolu a dohled.

#### Závěr:

Z provedených vyšetření a testů vyplývá:

Klientka je schopna práce s vyloučením větší statické zátěže páteře, s možností změny pracovní polohy či častého odpočinku cca 20 min. Mohla by pracovat eventuálně na kratší pracovní úvazek.

Nedoporučujeme práci, která vyžaduje rychlost, přesnost a manuální zručnost. Vhodná by byla práce např.: vrátné, šatnářky apod.

Při pozitivní motivaci je schopna rekvalifikace.

## ***1.8.2 Kasuistika č. 2***

Pan P., 19 let

Klient doposud nepracoval, tudíž se jedná o první evidenci na úřadu práce. Klient absolvoval základní školu speciální a jednoletou praktickou školu.

Byl testován k výběru vhodného zaměstnání – typu chráněné dílny pro Domov sv. Anežky v Týně nad Vltavou.

Testy:

- Funkční test motoriky horních končetin (dále jen HKK).
- Vyšetření úchopů.
- Dynamometrie.
- Svalový test.
- Psychologické vyšetření .
- Modelové pracovní činnosti.

❖ Funkční test motoriky HKK:

Testované činnosti byly prováděny vsedě, HKK v předpažení. Testovaná nejprve PHK, poté LHK.

Test prováděn modifikovaně, několikanásobky časového limitu, bylo nutno více pokusů provedené činnosti, problém v pravolevé orientaci. Celý test komentuje, počítá si nahlas, ujišťuje se o správnosti provedeného úkolu. Snížené motorické tempo.

Pracuje s velkou snahou.

❖ Test úchopů:

LHK i PHK – statické i dynamické úchopy provede bez omezení.

Před zahájením testování bylo nutno HKK rozcvíčit.

Klient je rychle unavitelný, odpočinek mezi jednotlivými úkoly byl nutný.

❖ Modelové pracovní činnosti:

Byla vybrána truhlářská dílna – práce s truhlářskými nástroji – vyřezávání.

- klient je velice aktivní, až hyperaktivní
- zajímá se o všechny předměty, které bude používat, spolupracuje s mistrem, klade časté dotazy týkající se prováděné práce

- musí se neustále hlídat, aby si neublížil
- celkově pracuje dobře, snaží se

❖ Hodnocení modelových činností:

Postoj k činnosti pozitivní, manuální dovednost dobrá; sociální kontakt intenzivní, snížená snášenlivost zátěže, plné zapojení postižených částí těla do činnosti, kvalita práce dobrá, vyžaduje pravidelnou kontrolu a dohled.

Závěr:

Z provedených vyšetření a testů vyplývá:

Klient je fyzicky zdatný, lehce vážne jemná motorika a koordinace ruky.

Rozumová dispozice je v pásmu lehké mentální retardace.

Je schopen vykonávat jednoduché úkoly, středně těžké manuální práce, s vyloučením užívání strojů. Je nutný trvalý dohled a kontrola. Jako vhodná se jeví práce v truhlářské dílně, o kterou projevil zájem.

### ***1.8.3 Kasuistika č. 3***

Pan B., 39 let

Klient již dva roky nepracuje, jeden rok byl veden v pracovní neschopnosti a od 19.10. 2002 je veden na Úřadu práce. Zde je veden jako dělník. Klient se vyučil na Středním odborném učilišti, obor traktorista, mechanizátor – učil se podprůměrně. Po ukončení učebního oboru pracoval jako mechanizátor, později pracoval v bytovém družstvu, cca 10 let, po propuštění pracoval např. jako pomocník v kuchyni, myl nádobí v hotelu apod.

- Testován k výběru vhodného zaměstnání.

Testy:

- Funkční test motoriky HKK.
- Vyšetření úchopů.
- Dynamometrie.
- Svalový test.
- Psychologické vyšetření.

- Modelové pracovní činnosti.

❖ Funkční test motoriky HKK:

- Klient je motoricky velice zdatný.
- Zadané úkoly chápe ihned – postoj k nim je pasivní.
- Několikanásobně dlouhé časy z důvodu pasivity klienta.

❖ Test úchopů:

Testované statické i dynamické úchopy PHK i LHK – testované úchopy obou HKK v normě.

❖ Modelová pracovní činnost:

Klient projevil zájem o rekvalifikaci pro práci v truhlářské dílně.

Byla vybrána činnost soustružení a práce s truhlářskými nástroji

- Klient je vnímavý k novému učení, spolupracuje s mistrem, snaží se odvést dobrou práci – zprvu trochu nemotorný.
- Po větší intenzitě práce bolestivost do PHK a krku, nutná 10-15 min pauza, poté je schopen plně pracovat dále.

❖ Hodnocení modelových činností:

Postoj k činnosti pozitivní je velmi aktivní, manuální dovednost snižená a to výrazněji na počátku práce. Sociální kontakt intenzivní, střední snášenlivost zátěže, plné zapojení postižených částí těla do činnosti. Kvalita práce je dobrá, motivace k práci výborná.

Závěr:

Z provedených vyšetření a testů vyplývá následující:

U klienta je svalová síla velmi dobrá, při vyšetření vytrvalosti je LHK výrazněji lepší.

Úchopy a jemná motorika je zcela bez problémů.

Intelektový profil se pohybuje v pásmu průměru, koncentrace na velmi dobré úrovni.

Osobnostně potíže s přizpůsobením, nedostatečná volní složka a motivace k řešení dané situace. Nejsou přítomny poruchy kognitivních funkcí.

Při větší intenzitě činnosti PHK je nutná občasná pauza či změna polohy končetiny.

Je schopen vykonávat lehčí manuální práce s vyloučením delšího zatížení PHK.

Při pozitivní motivaci je schopen rekvalifikace.

## 1.9 Možnosti využití profesiogramů v předpracovní rehabilitaci

Profesiogramy a analýza pracovního místa jsou důležitým bodem získávání informací nejen o pracovním místě, ale i o pracovníkovi. Proto by měly být profesiogramy využívány právě v oblasti pracovní rehabilitace, jejíž součástí je poradenství, hodnocení a obnova ztracených nebo snížených schopností, učení nových dovedností, hledání práce a podpora v zaměstnání.

### Využití profesiogramů:

1. Profesiogramy umožňují klasifikaci pracovního místa podle potřeb klientů. Jsou sestavovány tak, aby podávaly důležité informace o pracovním místě, a to vzhledem k znevýhodnění klienta. Tyto profesiogramy mohou v první řadě napomoci samotným profesionálům (ergoterapeutům, sociálním pracovníkům, apod.), pomohou přiblížit nabízené pracovní místo a poté předávat ucelené informace klientovi, jenž se zajímá o toto zaměstnání. Vše pak může klientovi pomoci při výběru vhodného pracovního místa.
2. Profesiogramy mohou tvořit podklady pro výběr jednotlivých profesí, které jsou vhodné pro zaměstnávání osob se změněnou pracovní schopností.
3. Profesiogramy by se měly významně podílet v poradenství pro volbu vhodného povolání znevýhodněných klientů.
4. Profesiogramy mohou pomoci při zácvičení nově přijatého pracovníka tím, že terapeut instruuje klienta podle pevně vymezeného postupu pracovních činností
5. Profesiogramy předkládají klientovi stanovené pracovní povinnosti a odpovědnosti.
6. Profesiogramy by měly přispívat ke zkvalitnění práce, odstranění nesprávných pracovních způsobů a k získání podkladů pro odstraňování únavy a monotonie.
7. Profesiografické informace mohou napomáhat k odstranění přetěžování.
8. Profesiogramy lze využít k adekvátnímu individuálnímu opatření - přizpůsobení pracovního postupu, úpravě pracovního režimu.

9. Prostřednictvím profesiogramu mohou být zjištěny příčiny případných osobních neúspěchů.

Profesiogram má též osobní význam pro klienta. Poskytuje mu ucelené informace o pracovním místě, podmínkách a požadavcích, které vyžaduje. Klient si tak může vytvořit vlastní představu, která přispívá k jeho osobní motivaci a zájmu realizovat se v dané práci. Jde vlastně o krok směrem ke klientovi, projev důvěry v jeho schopnosti a zároveň výzva k spoluodpovědnosti. Klient může sám posoudit a rozhodnout zda jeho schopnosti a dovednosti vyhovují požadavkům pracovního místa.

Terapeutovi profesiogram poskytuje dvě informace. Zaprvé podává informace o nabízeném pracovním místě, které jsou aktuální a pravdivé a za druhé je určitým vodítkem při nabídce vhodné profese pro klienta (umožňuje posoudit její adekvátnost vzhledem ke klientovým předpokladům). V neposlední řadě poskytuje zpětnou vazbu o samotném klientovi a jeho schopnostech (Červená,2004).

### ***1.9.1 Analýza pracovního místa***

Analýza pracovního místa nám poskytuje obraz práce na pracovním místě a tím vytváří i představu o pracovníkovi, který vykonává dané úkoly. Během analýzy pracovního místa jde o proces zjišťování, zaznamenávání, uchování a analyzování informací o úkolech, metodách vykonávané práce, odpovědnosti a podmínkách, za nichž se práce vykonává.

Cílem je zpracování získaných informací v podobě tzv. popisu pracovního místa. Popis pracovního místa je podkladem pro odvození požadavků, jež klade posuzované pracovní místo na pracovníka. Jedná se tedy o zpracování tzv. specifikace pracovního místa (Koubek, 2001) .



## **2 Cíle práce a hypotézy**

### ***2.1 Cíle***

Cílem této diplomové práce je zmapování míry informovanosti osob se zdravotním postižením o ergodiagnostice. Dále pak, zda ergodiagnostika významně přispěla k nalezení vhodného zaměstnání těm, kteří se ergodiagnostiky zúčastnili.

### ***2.2 Hypotézy***

Hypotéza č. 1: Osoby se zdravotním postižením jsou málo informováni o možnostech ergodiagnostiky, předpracovní rehabilitace.

Hypotéza č. 2: Ergodiagnostika, předpracovní rehabilitace přispěla k nalezení vhodného zaměstnání.

## 3 Metodika

### 3.1 Použitá metodika

Pro účely získání potřebných dat jsem použila kvantitativní metodiku, dotazníkové šetření. Dotazník je efektivní technika, postihne vysoký počet jedinců v nízkých nákladech a je časově nenáročný (Bártová, S., Hnilicová, H. 2000).

Pro potřebu této práce jsem vypracovala dva dotazníky (viz příloha 1 a 2). První dotazník jsem distribuovala do zařízení - Dětského centra ARPIDA (dále jen DC ARPIDA); Kontaktu bB – občanské sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér (dále jen BB Kontakt); Centrum sociálních služeb Empatie (dále jen Empatie); Městská charita České Budějovice - Centrum denních služeb Domino (dále jen Empatie) a sport zdravotně postiženým - Florbal vozíčkářů České Budějovice (dále jen Florbal vozíčkářů ČB). Druhý jsem rozesílala prostřednictvím České pošty, a.s. - 13 lidem se zdravotním postižením, kteří se zúčastnili v letech 2002 – 2006 ergodiagnostiky a předpracovní rehabilitace.

U prvního dotazníku jsem v záhlaví respondenta informovala, za jakým účelem budou získané údaje použity a o jeho anonymitě. K druhému dotazníku jsem přiložila samostatný list, ve kterém respondenta informuji, za jakým účelem ho žádám o vyplnění dotazníku, jak budou informace zpracovány a také o jeho anonymitě.

Oba dotazníky obsahují pět otázek. V prvním dotazníku jsou kombinované otázky otevřené s otázkami uzavřenými, resp. první dvě otázky jsou otevřené – dávají prostor respondentovi napsat svůj názor na danou otázku a tři otázky uzavřené - nabízejí respondentovi možnost výběru z více odpovědí, z toho pak jednu otázku, kde respondent odpovídá pouze ano/ne. Na samém začátku dotazníku pak ještě zjišťuji věk a pohlaví respondenta. U druhého dotazníku jsem pro sběr dat využila jednu otázku otevřenou a čtyři otázky uzavřené. První otázka, otevřená, zjišťuje, ve kterém roce se respondent ergodiagnostiky zúčastnil. Taktéž i zde na samém začátku tohoto dotazníku zjišťuji pohlaví a věk dotazovaných.

První dotazník zjišťuje míru informovanosti zdravotně postižených osob, ve věku od 18 let, o ergodiagnostice.

Druhý dotazník pak zjišťuje, jak významně se ergodiagnostika, předpracovní rehabilitace podílela při nalezení vhodného pracovního místa u lidí, kteří se ergodiagnostiky zúčastnili.

Touto metodikou jsem zjišťovala údaje pro potvrzení hypotéz H1 a H2 v této diplomové práci.

### ***3.2 Charakteristika souboru 1***

Zde zkoumaný soubor respondentů tvoří zdravotně postižení občané ve věku od osmnácti let. Výběrová skupina byla získána náhodným kvótním výběrem, kde kvótou byla docházka do jednoho z výše uvedených zařízení, sportovního klubu (Dětského centra ARPIDA, BB Kontakt, Empatie, Domino a sport zdravotně postiženým = Florbal vozíčkářů České Budějovice) a splnění věkové hranice osmnácti let.

Výzkum probíhal na jednotlivých pracovištích, kde jsem kontaktovala ředitele zařízení či vrchní sestru a požádala jsem o povolení provést v jejich zařízení vlastní výzkum pro potřeby své diplomové práce. Po získání povolení jsem kontaktovala doporučenou osobu a požádala o distribuci dotazníků v jejich zařízení a o jejich vyplnění (v BB Kontaktu jsem kontaktovala Lubomíra Bičuje, v Empatii Mgr. Danu Pokornou vedoucí centra sociálních služeb, v Dominu vedoucí denního centra Mgr. Pavlu Šťastnou a ve sportovním klubu – Florbal vozíčkářů České Budějovice p. Fesslovou a v DC ARPIDA, kde pracuji, jsem dotazníky klientům distribuovala sama). Vyplnění dotazníků bylo dobrovolné.

Celkem jsem distribuovala 110 dotazníků.

Návratnost těchto dotazníků z jednotlivých zařízení znázorňuje tabulka 1 (v absolutních číslech).

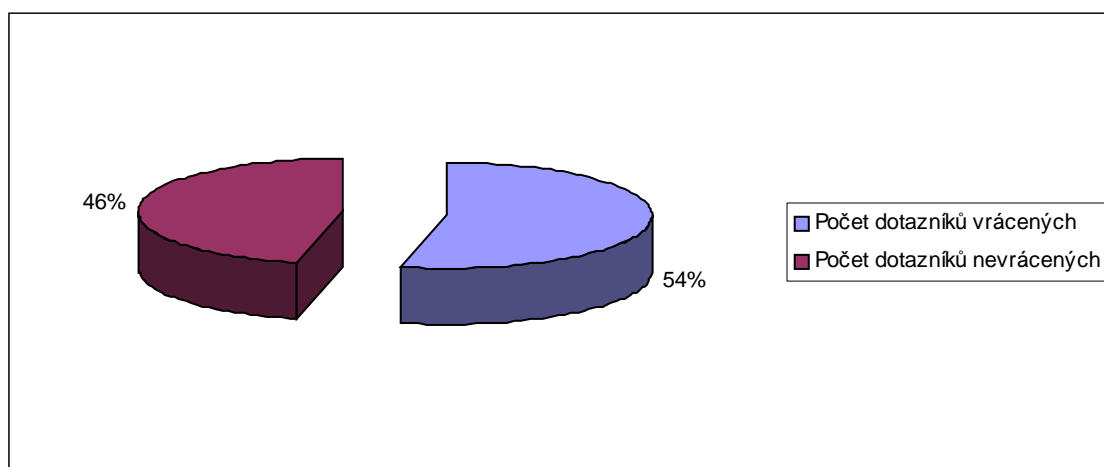
**Tabulka 1: Návratnost dotazníku č. 1. z jednotlivých zařízení**

	DC ARPIDA	Empatie	Domino	BB Kontakt	Florbal vozíčkářů ČB
Počet dotazníků rozdaných	20	40	20	15	15
Počet dotazníků vrácených	16	19	12	6	6
Počet dotazníků nevrácených	4	21	8	9	9

Tabulka uvádí počet distribuovaných dotazníků do jednotlivých zařízení. Konkrétně do DC ARPIDA bylo distribuováno celkem 20 dotazníků, z toho 16 dotazníků řádně vyplněných, které jsem mohla použít. V Empatii bylo distribuováno celkem 40 dotazníků, z toho 19 respondentů odevzdalo vyplněný dotazník zpět. Z Domina se navrátilo 12 dotazníků z 20. Z celkového počtu 15 dotazníků se z BB Kontaktu navrátilo 6. Také 15 dotazníků bylo distribuováno klientům docházejících do sportovního klubu, Florbal vozíčkářů ČB, a 6 se jich navrátilo řádně vyplněných. Tabulka pak ještě uvádí rozdíly mezi dotazníky rozdanými a navracenými – uvádí počty dotazníků, z jednotlivých zařízení, nevrácených.

Celkového počtu 110 distribuovaných dotazníků (100%), bylo řádně vyplněno 59 (54%) dotazníků, ty všechny byly použity pro tento výzkum. 51 (46%) dotazníků zůstalo nevyplněných. Jak uvádí Graf 1 viz níže (v %).

**Graf 1: Návratnost dotazníku č.1. (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro zpracování dat z dotazníku jsem použila tabulky i grafy, vždy k jednotlivé otázce. A zjištěné výsledky jsou v tabulce uváděny v absolutních hodnotách. Grafy jsou pak uváděny převážně v procentech.

### ***3.3 Harmonogram výzkumu 1***

V prosinci 2006 jsem písemně kontaktovala ředitele jednotlivých zařízení, do kterých jsem chtěla své dotazníky distribuovat. V únoru jsem obdržela kladné odpovědi k distribuci dotazníků a již v druhém týdnu února jsem donesla vždy domluvený počet dotazníků do konkrétního zařízení.

Jelikož vyplnění dotazníků bylo dobrovolné, ze žádného zařízení se mi nevrátil plný počet distribuovaných dotazníků (návratnost dotazníků z jednotlivých zařízení uvedena v tabulce 1 a grafu 1). U vrácených dotazníků byly vyplněny všechny otázky a tudíž jsem je všechny mohla použít pro vlastní výzkum. Do výzkumu bylo tedy zařazeno celkem 59 řádně vyplněných dotazníků.

Poslední vyplněný dotazník jsem obdržela v prvním týdnu dubna roku 2006.

### ***3.4 Charakteristika souboru 2***

Zde zkoumaný soubor tvořilo 13 zdravotně znevýhodněných osob, které se od února roku 2002 do listopadu 2006 zúčastnily ergodiagnostiky či předpracovní rehabilitace v Rehabilitačním centru Nemocnice České Budějovice, a.s.

Kontakty na tyto osoby mi poskytla MUDr. Eva Peštová, která je koordinátorkou celého multidisciplinárního týmu v rehabilitačním centru Nemocnice.

Rozeslání dotazníků jsem konzultovala jak se svým vedoucím diplomové práce doc. Jiřím Jankovským, tak s MUDr. Evou Peštovou a koordinátorem pro pracovní rehabilitaci na úřadě práce s Mgr. Antonínem Kubkou.

Jak již jsem napsala výše, dotazníky jsem rozeslala Českou poštou, a.s. vždy na uvedenou adresu, kterou respondent uvedl při vstupním pohovoru v rehabilitačním centru Nemocnice České Budějovice, a.s.

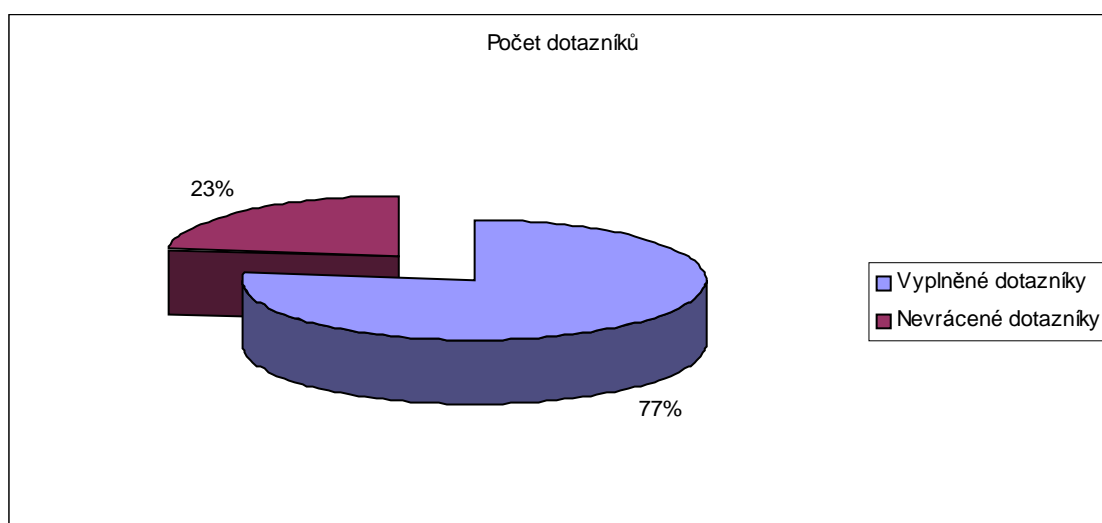
Celkem bylo rozesláno 13 dotazníků. Návratnost dotazníků charakterizuje tabulka 2 (v absolutních číslech) a graf 2 (v procentech).

**Tabulka 2: Návratnost dotazníku č. 2.**

Vyplněné dotazníky	10
Nevrácené dotazníky	3

Tabulka uvádí návratnost druhého dotazníku. Z celkového počtu 13 distribuovaných dotazníků se 10 dotazníků vrátilo řádně vyplněných. Pak tedy 3 dotazníky zůstaly u respondentů nevyplněné. Graficky vše znázorňuje graf 2 (v %). Z grafu 2 vyplývá, že návratnost dotazníků byla 77% (10) z celkového počtu 100% (13).

**Graf 2: Návratnost dotazníku II. (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Pro zpracování dat z dotazníku jsem použila tabulky i grafy, vždy k jednotlivé otázce. A zjištěné výsledky jsou v tabulce uváděny v absolutních hodnotách. Grafy jsou pak uváděny převážně v procentech.

### ***3.5 Harmonogram výzkumu 2***

V říjnu 2006 jsem kontaktovala MUDr. Evu Peštovou a seznámila ji se svým záměrem rozeslání dotazníků k jednotlivým účastníkům ergodiagnostiky (předpracovní rehabilitace), za účelem potvrzení druhé hypotézy. Ta mi poskytla hned druhý týden v říjnu potřebné materiály k získání kontaktů. Třetí týden v říjnu jsem již dotazník odeslala respondentům. V průběhu prosince se deset řádně vyplněných dotazníků navrátilo. Všechny tyto navracené dotazníky jsem použila pro vlastní výzkum a pro potřeby této diplomové práce.

## 4 Výsledky

### 4.1 Výsledky k dotazníku 1

**Tabulka 1a: Rozdělení respondentů z jednotlivých zařízení, dle věku**

	18 - 25	26 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60
BB Kontakt	1	2	2	0	1
DC ARPIDA	9	3	4	0	0
Empatie	4	5	4	2	4
Domino	3	2	3	3	1
Florbal vozíčkářů ČB	0	5	0	1	0

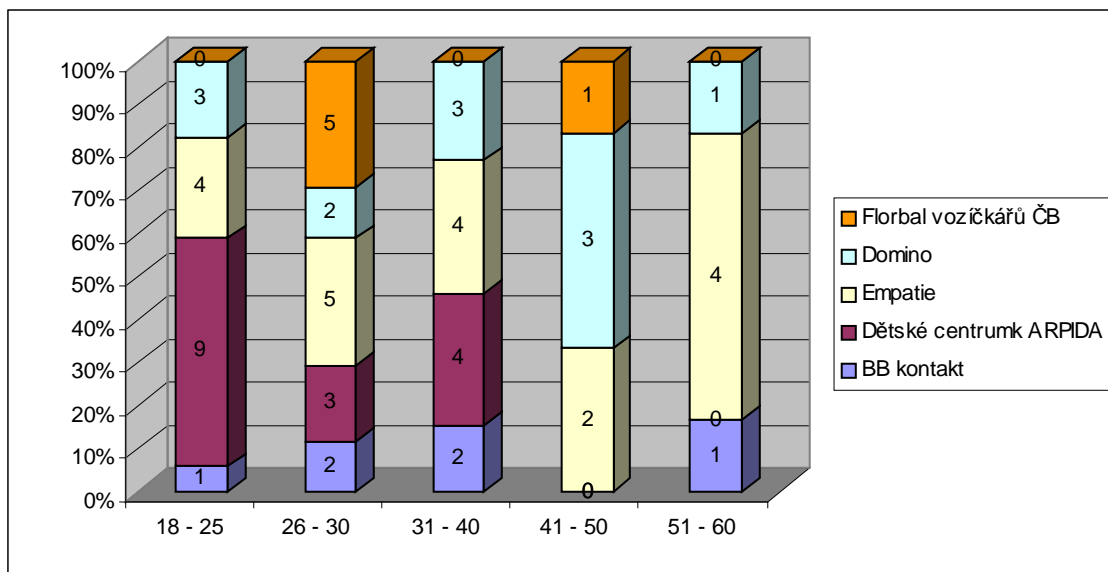
Tabulka 1a rozděluje respondenty dle jednotlivých zařízení, podle jednotlivých věkových hranic – z celkového počtu 59 respondentů. 1 respondent ve věku 18 – 25 z Kontaktu bB – občanského sdružení pro studium, rehabilitaci a sport bez bariér (dále jen BB Kontakt), 9 respondentů a Dětského centra ARPIDA (dále jen DC ARPIDA), 4 z Centra sociálních služeb Empatie (dále jen Empatie); 3 z Centra denních služeb Domino (dále jen Domino) a žádný dotazovaný v tomto věku ze sportu zdravotně postižených – z Florbalu vozíčkářů České Budějovice (dále jen Florbal vozíčkářů ČB). Ve věku 26 – 30 odpovídali 2 respondenti z BB Kontaktu, 3 z DC ARPIDA, 5 respondentů z Empatie a z Florbalu vozíčkářů ČB a 2 dotazování z Domina. Ve věkové hranici 31 – 40 odpovídali 2 respondenti z BB Kontaktu, po 4 dotazovaných z DC ARPIDA, 3 z Domina a žádný z Florbalu vozíčkářů ČB. Žádný respondent nebyl ve věkové hranici 41 – 50 z BB Kontaktu a z DC ARPIDA, 2 dotazování byli z Empatie, 3 z Domina a 1 z Florbalu vozíčkářů ČB. V poslední věkové hranici bylo složení respondentů: 1 respondent z BB Kontaktu, žádný z DC ARPIDA a z Florbalu vozíčkářů ČB a 4 z Empatie.

Tabulka je uvedena v absolutních číslech.

Graf 1a znázorňuje jednotlivé výsledky z tabulky 1a. Je také uváděn v absolutních číslech.



**Graf 1a: (v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

**Tabulka 1b: Věk respondentů (celkově ze všech zařízení)**

**Věk**

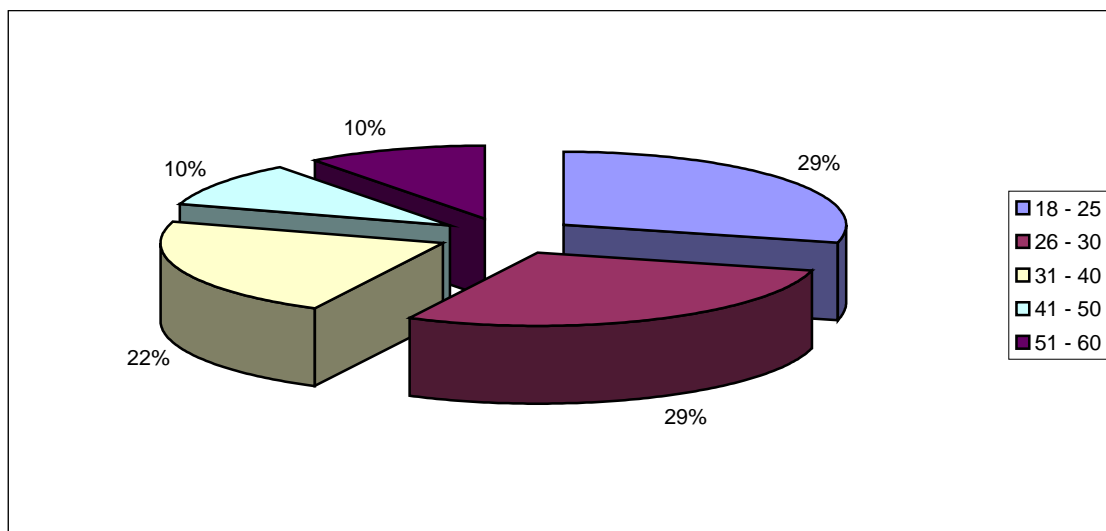
18 - 25	17
26 - 30	17
31 - 40	13
41 - 50	6
51 - 60	6

Tabulka 1b rozděluje dotazované respondenty dle jednotlivých věkových hranic. Nejpočetnější skupinou dotazovaných, z celkového počtu 59 (100%), ve věku 18 – 25 let, z věkové hranice 26 – 30 let po 17 dotazovaných (29%). 13 (22%) respondentů ve věku od 31 do 40 let a po 6 (10%) dotazovaných ve věku 41 – 50 let a 51 – 60 let.

Výsledky v tabulce 1b jsou uvedeny v absolutních číslech.

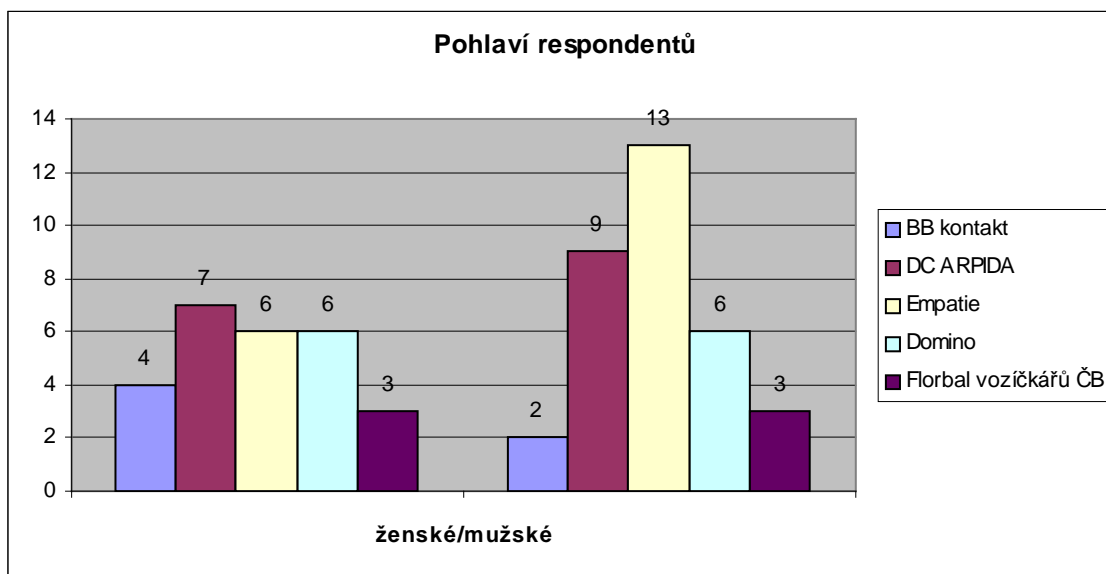
Graf 1b znázorňuje zjištěné výsledky z tabulky 1 a je uvedený v procentech.

**Graf 1b: Věk respondentů (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

**Graf 2a: Pohlaví respondentů, dle zastoupení v jednotlivých zařízeních (v absolutních číslech)**

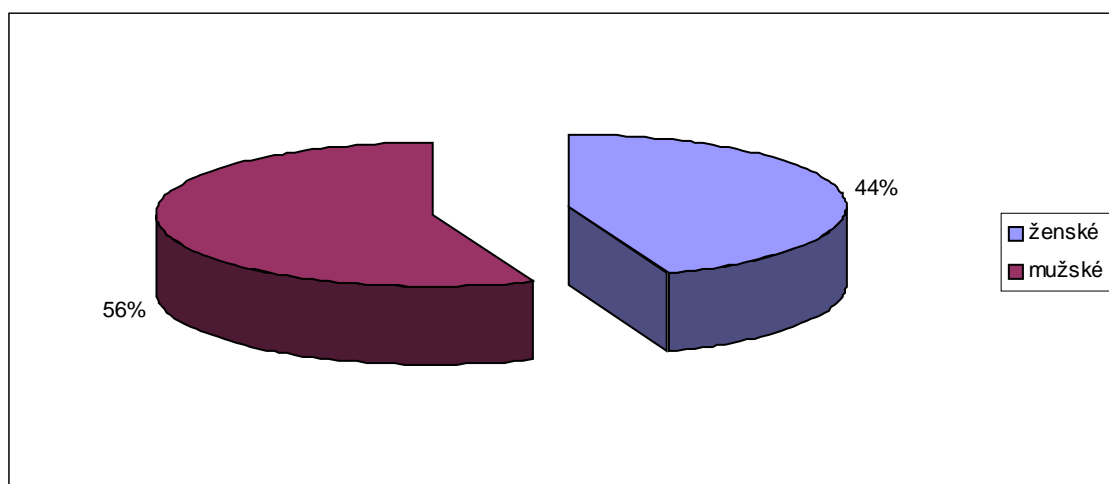


Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2a rozděluje respondenty z jednotlivých zařízení, dle pohlaví. Z BB Kontaktu byly dotazovány 4 ženy a 2 muži. 7 žen a 9 mužů vyplnilo dotazník

z Dětského centra ARPIDA. V Empatii vyplnilo dotazník 6 žen a 13 mužů. Z Domina pak bylo dotazováno shodně 6 žen i mužů, a taktéž z Florbalu vozíčkářů České Budějovice vyplnilo dotazník po 3 ženách a 3 mužích.

**Graf 2b: Celkový počet respondentů rozdělen dle pohlaví (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2b znázorňuje celkové rozdělení respondentů, podle pohlaví dotazovaných. Z grafu 2b vyplývá, že z celkového počtu 59 respondentů (100%) bylo dotazováno 26 žen (44%) a 33 mužů (56%). Výsledky v tomto grafu jsou uvedeny v procentech.

**Tabulka 2: Otázka č. 1**

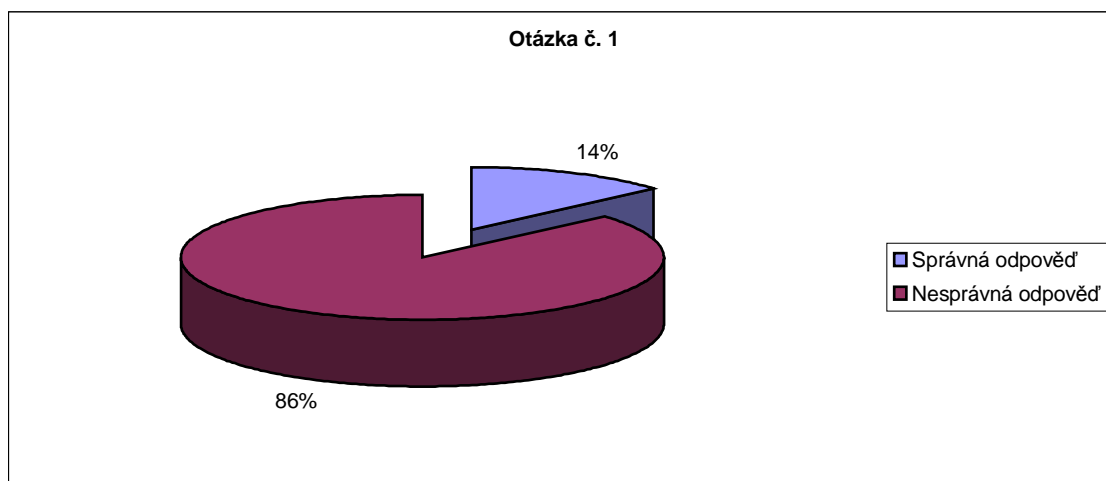
zabývá se diagnostikou, k nalezení vhodného zaměstnání	8
zabývá se nakupováním	1
jde o práci zdravotních sester	1
jde o rehabilitační školu	1
sebeklasifikace	1
léčba prací	2
nevím	45

Tabulka 2 zpracovává odpovědi na první, otevřenou, otázku v dotazníku: Co je ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace)? Podle odpovědí jednotlivých respondentů.

Správná odpověď je v tabulce vyznačena červeným písmem. Na tuto otázku odpovědělo 8 respondentů z 59 správně. Domnívali se, že ergodiagnostika se zabývá diagnostikou, k nalezení vhodného zaměstnání. 45 dotazovaných odpovědělo neví, což byla nejčastější odpověď. Dalo by se říci, že další odpovědi, 6 dotazovaných, souvisely s pracovní rehabilitací, ale nebyly správnou odpovědí na otázku (1 dotazovaný/ná odpověděl, že ergodiagnostika se zabývá nakupováním, další pak že jede o práci zdravotních sester. Opět 1 se domníval, že jde o rehabilitační školu a 1 že jde o sebeklasifikaci. 2 dotazovaní se domnívají, že jde o léčbu prací).

Hodnoty v tabulce jsou uvedeny v absolutních číslech.

**Graf 3: (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3 znázorňuje, pro přehlednost, pouze správné a nesprávné odpovědi, na otázku č.1 v prvním dotazníku, v procentech. 14% (8) z celkového počtu 100% (59) dotazovaných odpovědělo na tuto otázku správně a 86% (51) odpovědělo nesprávně.

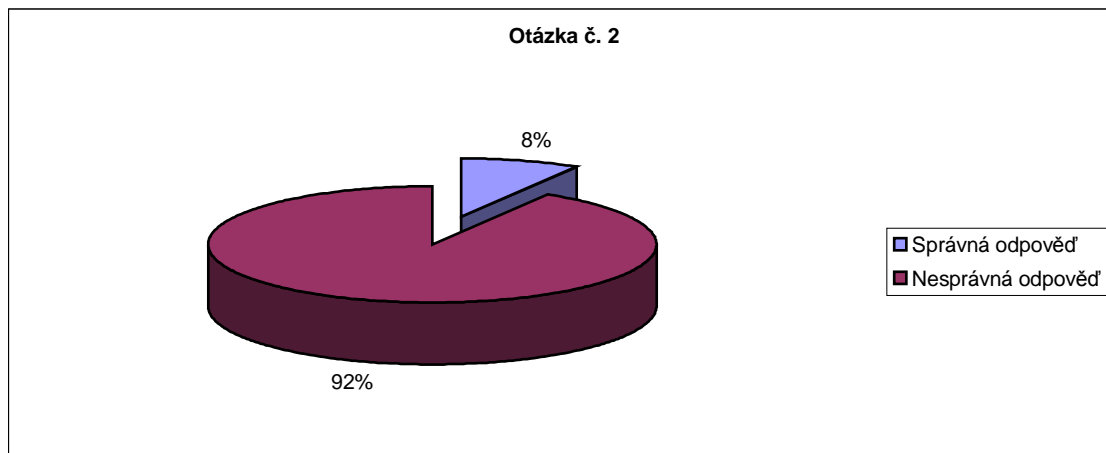
**Tabulka 3: Otázka č. 2**

k nalezení vhodného pracovního místa	5
pomůže mi k lepší soběstačnosti	2
zabývá se masážemi	1
pomůže mi k lepší náladě	1
pomůže mi k lepší komunikaci a mobilitě	1
k obratným horním končetinám	2
ke zlepšení zdravotního stavu	1
ke komplexní péči	1
znovu začlenění člověka do běžného života dle postižení	1
nevím	44

Tabulka 3 popisuje odpovědi respondentů k otevřené otázce č. 2 - V čem Vám může ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace) pomoci? Správná odpověď je v tabulce vyznačena červeně. Správně odpovědělo, z celkového počtu 59 respondentů, 5 dotazovaných. Opět nejčastější odpovědí respondentů byla odpověď nevím, 44 dotazovaných. 10 respondentů na otázku odpovědělo, ale odpovědi byly vyhodnoceny jako špatné (po 2 dotazovaných se domnívají, že jim ergodiagnostika může pomoci ke zlepšení soběstačnosti a k obratnějším horním končetinám; po 1 respondentovi se dotazovaní domnívají, že jim může ergodiagnostika pomoci k lepší náladě, ke zlepšení komunikačních dovedností a k zlepšení mobility, k zlepšení celkového zdravotního stavu, pomůže ke komplexní péči a pomůže k znovu začlenění do běžného života).

Odpovědi v tabulce jsou uvedeny v absolutních číslech.

**Graf 4: (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4 vyhodnocuje pouze správné a nesprávné odpovědi, na otázku č. 2 z druhého dotazníku, v procentech. Správně na tuto otázku odpovědělo 8% (5) dotazovaných a nesprávně pak odpovědělo 92% (54), z celkového počtu 100% (59).

**Tabulka 4: Otázka č. 3**

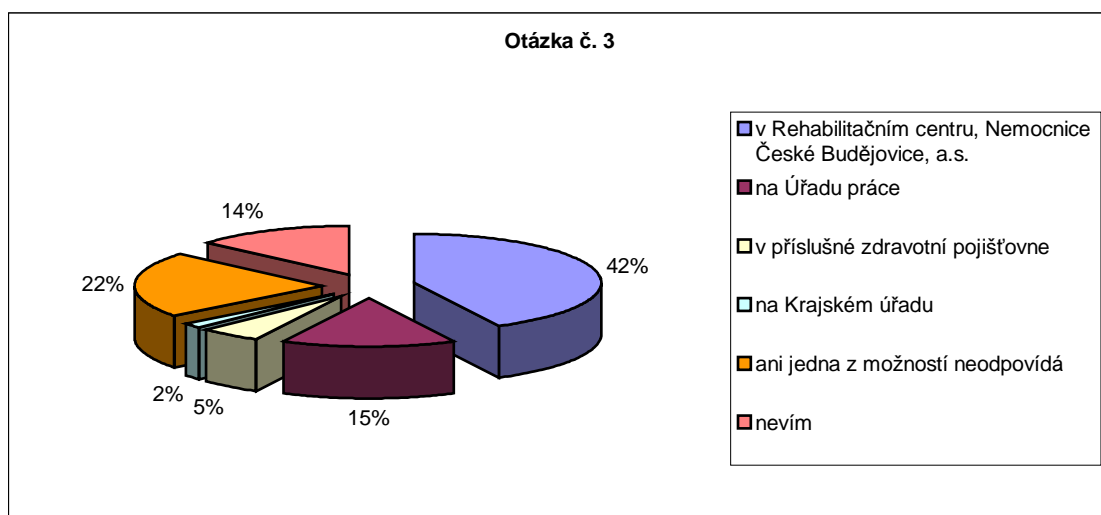
<b>v Rehabilitačním centru, Nemocnice České Budějovice, a.s.</b>	<b>25</b>
na Úřadu práce	9
v příslušné zdravotní pojišťovně	3
na Krajském úřadu	1
ani jedna z možností neodpovídá	13
nevím	8

Tabulka 4 zpracovává odpovědi na první uzavřenou otázku v dotazníku. Otázka č. 3 zněla: Na kterém z uvedených míst se ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace) provádí? Správné odpovědi jsou v tabulce vyznačeny opět červeným písmem. Z celkového počtu 59 (100%) respondentů odpovědělo 25 (42%) dotazovaných na tuto otázku správně. Oproti dotazníku jedna je zde jedna odpověď navíc. Dotazník jedna nenabízel odpověď - nevím, ale dotazovaní takto odpovídali velice často a z tohoto důvodu zde tuto odpověď uvádím. Odpovídalo tak 8 (14%) dotazovaných. 13 (22%) dotazovaných se domnívá, že ani jedna z výše nabídnutých odpovědí neodpovídá.

9 (15%) respondentů odpovědělo, že se ergodiagnostika provádí přímo na úřadě práce. 3 (5%) pak odpověděli, že ergodiagnostiku provádí příslušná zdravotní pojišťovna a 1 (2%) respondent se domníval, že se provádí na krajském úřadě.

Odpovědi v tabulce 5 jsou uvedeny v absolutních číslech.

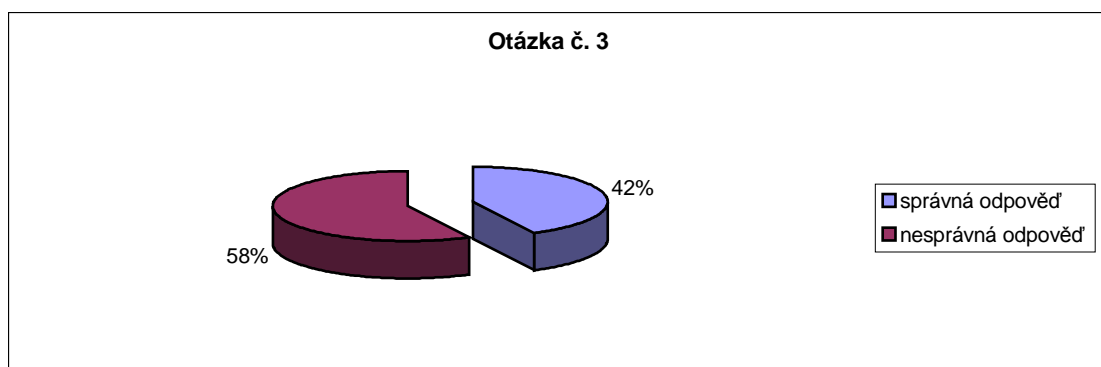
**Graf 5a: (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5a zpracovává jednotlivé odpovědi dotazovaných v procentech. Jednotlivé procentuelní odpovědi, které z grafu 5a vyplývají, uvádím za absolutními hodnotami, v závorkách, v textu, viz. výše (popis k tabulce 4).

**Graf 5b: (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

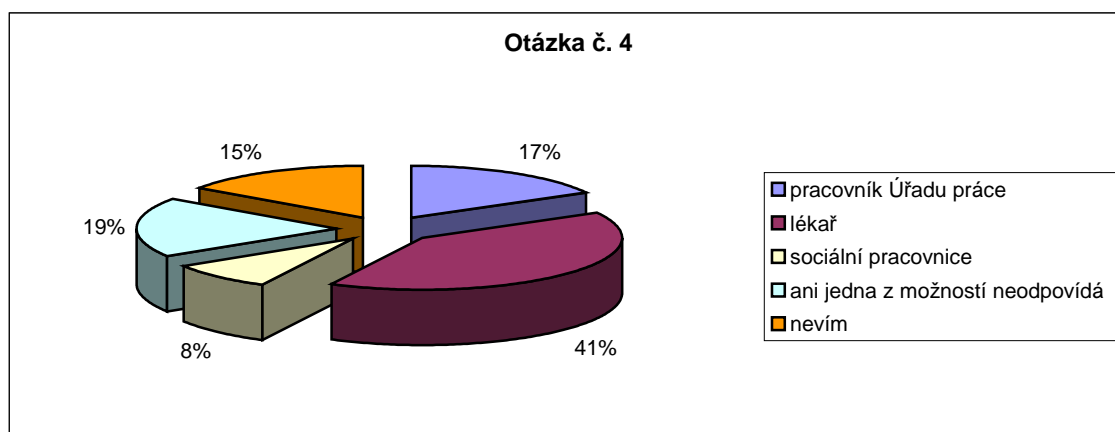
Graf 5b zpracovává pouze správné a nesprávné odpovědi. Správně odpovědělo na otázku č. 3 z celkového počtu 100% (59), 42% (25) dotazovaných a 58% (34) respondentů zvolilo jiné možnosti, které nebyly správné.

**Tabulka 5: Otázka č. 4**

pracovník Úřadu práce	10
lékař	24
sociální pracovníce	5
ani jedna z možností neodpovídá	11
nevím	9

Tabulka 5 znázorňuje odpovědi na otázku - Kdo Vás může na ergodiagnostiku (předpracovní rehabilitaci) doporučit?. Správná odpověď je v tabulce uvedena jako první a správně odpovědělo, z celkového počtu 59 (100%) respondentů, 10 (17%) dotazovaných. 24 (41%) respondentů se domnívá, že jde o lékaře. 5 (8%) dotazovaných pak napsalo odpověď sociální pracovníce a 11 (19%) dotazovaných se domnívá, že ani jedna z uvedených možností neodpovídá. I zde respondenti odpovídali na zmíněné otázky, odpovědí, nevím. Odpovědělo tak 9 (15%) respondentů. Hodnoty v tabulce 5 jsou uvedeny v absolutních číslech.

**Graf 6a: (v %)**

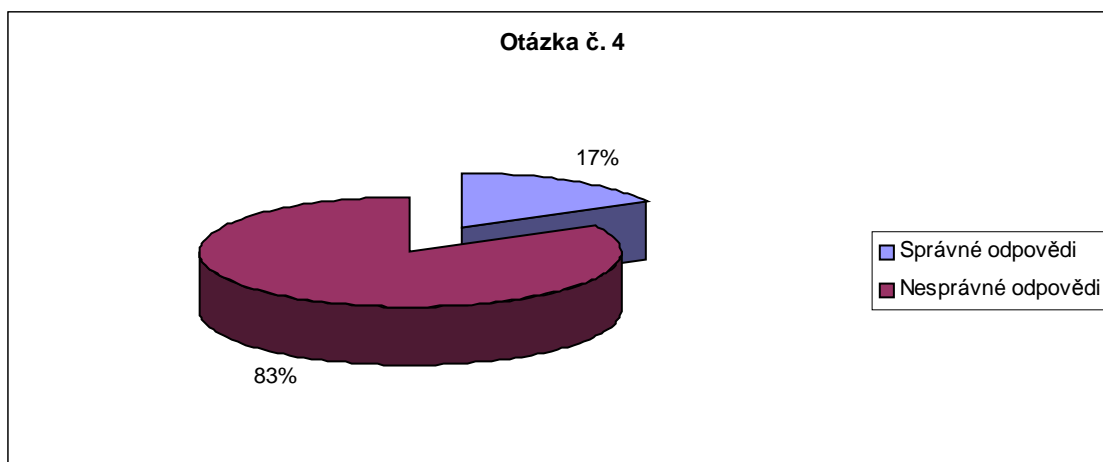


Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 6a znázorňuje jednotlivé odpovědi na otázku č. 4 v procentech. Hodnoty v procentech, k jednotlivým odpovědím, uvádím v textu, viz. výše (k tabulce 5).

**Graf 6b: (%)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6b znázorňuje pouze správné a špatné odpovědi respondentů na otázku 4. Z grafu 6b vyplývá, že 10 (17%) dotazovaných odpovědělo správně a 49 (83%) nesprávně. Z celkového počtu 59 (100%) dotazovaných.

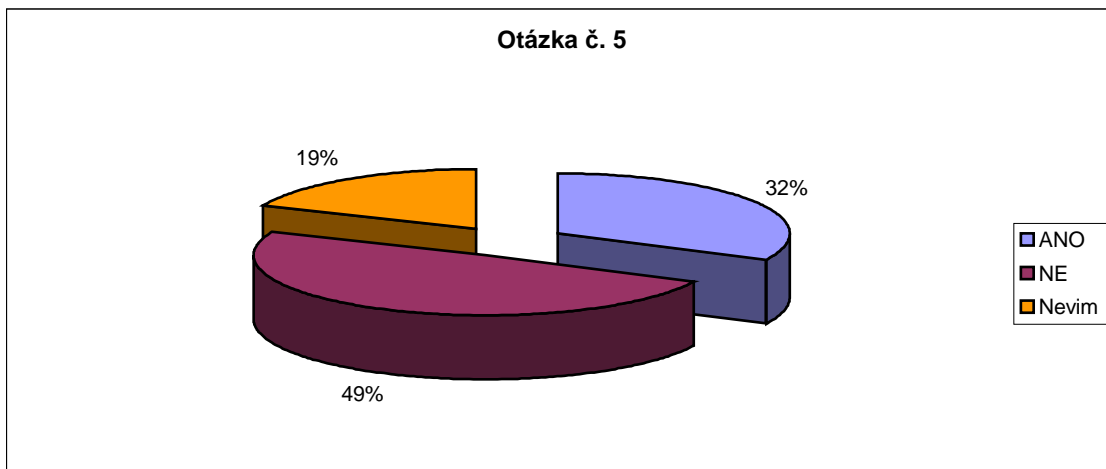
**Tabulka 6: Otázka č. 5**

ANO	19
NE	29
nevím	11

Tabulka 6 zaznamenává odpovědi na otázku: Je problematika ergodiagnostiky (předpracovní rehabilitace) zakotvena v zákoně o zaměstnanosti? Z celkového počtu 59 (100%) respondentů se 19 (32%) dotazovaných domnívá, že ano. A domnívají se správně. 29 (49%) dotazovaných odpovědělo, že ergodiagnostika v zákoně o zaměstnanosti zakotvena neví. Opět i v této otázce odpovídali respondenti, odpovědí, nevím. Odpovědělo tak 11 (19%) dotazovaných.

Hodnoty v tabulce jsou uvedeny v absolutních číslech.

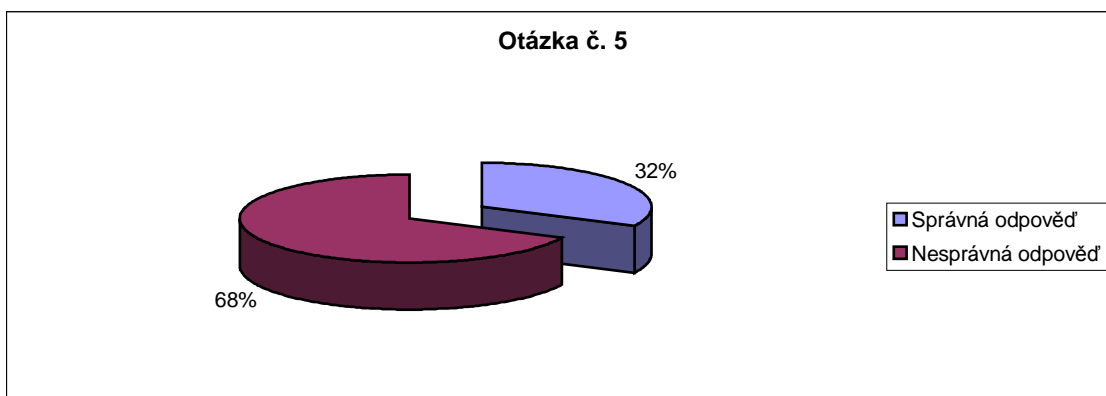
**Graf 7a: (v procentech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7a zaznamenává odpovědi, na otázku č. 5, v procentech. Procentuelní hodnoty uvádím opět, v závorkách, za absolutními hodnotami, v popisu viz. výše (pod tabulkou 6).

**Graf 7b: (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu 7b vyplývá, kolik respondentů odpovědělo, na otázku 4, správně a kolik nesprávně. Správně odpovědělo, z celkového počtu 100% (59) respondentů, 32% (19) dotazovaných a 68% (40) dotazovaných odpovědělo nesprávně.

**Tabulka 8: Porovnání správných a nesprávných odpovědí, a to na jednotlivé otázky a z jednotlivých zařízení**

	Otázka č. 1		Otázka č. 2		Otázka č. 3	
	Správné odpovědi	Nesprávné odpovědi	Správné odpovědi	Nesprávné odpovědi	Správné odpovědi	Nesprávné odpovědi
BB Kontakt	5	1	1	5	6	0
DC ARPIDA	2	14	0	16	3	13
Domino	0	12	0	12	7	5
Empatie	0	19	0	19	6	13
Florbal vozíčkářů ČB	1	5	4	2	3	3

	Otázka č. 4		Otázka č. 5	
	Správné odpovědi	Nesprávné odpovědi	Správné odpovědi	Nesprávné odpovědi
BB Kontakt	0	6	2	4
DC ARPIDA	5	11	7	9
Domino	1	11	1	11
Empatie	3	16	6	13
Florbal vozíčkářů ČB	1	5	3	3

Tabulka 7 informuje, jak odpovídali respondenti z jednotlivých zařízení, na jednotlivé otázky. Dále informuje kolik dotazovaných odpovídalo, na jednotlivé otázky správně a kolik nesprávně. Výsledky jsou uvedeny v absolutních číslech.

**Konkrétně:**

- z **BB Kontakt** – z celkového počtu 6 dotazovaných odpovídalo na otázku jedna 5 respondentů správně a 1 dotazovaný nesprávně; na druhou otázku 1 dotazovaný odpověděl správně a naopak 5 dotazovaných odpovědělo nesprávně; všech 6 dotazovaných odpovědělo na otázku tři správně; na otázku čtyři odpovědělo, všech 6 dotazovaných nepravě a na poslední otázku odpověděli 2 respondenti správně a 4 nesprávně,
- z **DC ARPIDA** - na první otázku odpovídali, z celkového počtu 16 respondentů, 2 dotazovaní správně a 14 respondentů nesprávně; všech 16 dotazovaných odpovědělo na druhou otázku nesprávně; na otázku tři odpověděli 3 dotazovaní správně a 13 dotazovaných odpovědělo na tuto otázku nesprávně; 5 respondentů odpovědělo na otázku čtyři správně a 11 jich odpovědělo nesprávně; na poslední otázku odpovědělo 7 dotazovaných správně a 9 nesprávně.

- Z Domina – odpovídalo z celkového počtu 12 dotazovaných odpovědělo všech 12 na otázku první nesprávně; také na otázku druhou odpovědělo všech 12 dotazovaných nesprávně; 7 dotazovaných odpovědělo na otázku tři správně a 5 nesprávně; 1 dotazovaný odpověděl na čtvrtou otázku správně a 11 jich odpovědělo nesprávně; stejný počet respondentů, jako u otázky čtyři, odpovídalo na otázku poslední (1 správně a 11 nesprávně),
- z Empatie – odpovídalo celkem 19 respondentů; na první a druhou otázku odpovědělo všech 19 dotazovaných nesprávně; na třetí otázku odpovědělo 6 respondentů správně a 13 nesprávně; 3 respondenti odpověděli na otázku čtyři správně a 16 jich odpovědělo nesprávně; 6 respondentů odpovědělo na poslední otázku správně a 13 jich odpovídalo nesprávně,
- Florbal vozíčkářů ČB – celkem odpovídalo 6 respondentů; na první otázku správně odpověděl 1 respondent a 6 jich odpovědělo nesprávně; 4 dotazovaní odpověděli správně na otázku druhou a nesprávně odpověděli 2; na otázku tři odpověděli po 3 dotazovaných správně i nesprávně; 1 dotazovaný odpověděl správně na otázku čtyři a 5 odpovědělo nesprávně; na poslední otázku odpovídali 3 respondenti správně a stejný počet odpovídal nesprávně.

Tabulka 7 shrnuje již výše uvedené výsledky, z jednotlivých zařízení, v tabulkách a grafech.

#### 4.2 Výsledky kvalitativního dotazníku 2

**Tabulka 8: Počet respondentů, diagnostikováno v jednotlivých letech**

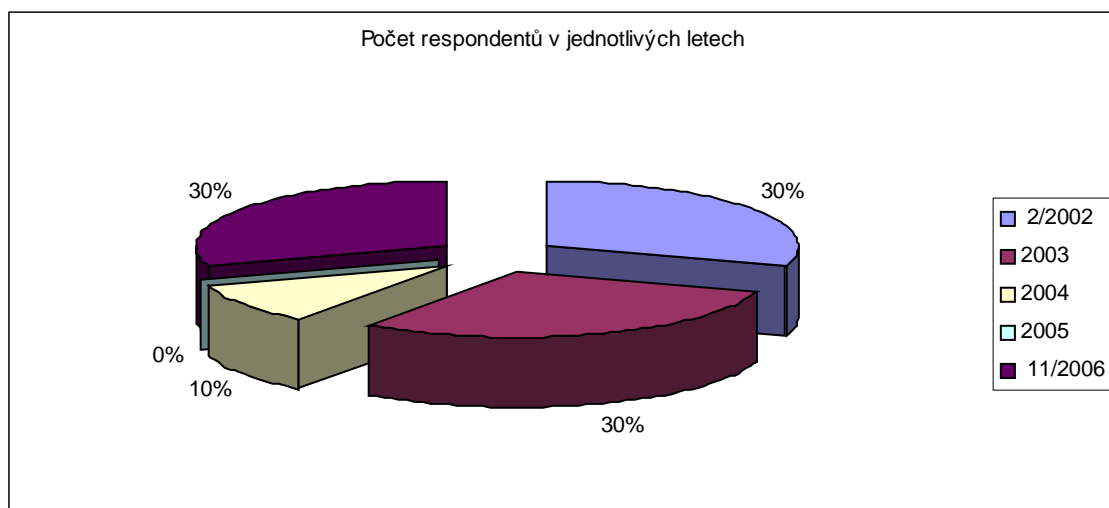
2/2002	3
2003	3
2004	1
2005	0
11/2006	3

Tabulka 8 informuje kolik účastníků se v kterém roce zúčastnilo ergodiagnostického hodnocení. Výsledky jsou uvedeny v absolutních číslech. Celkem se od února 2002 do listopadu roku 2006 zúčastnilo, dle tabulky 9, 10 (100%) respondentů.

Od února 2002 byli diagnostikováni celkem 3 (30%) respondenti, za rok 2003 také 3 (30%), za rok 2004 1 (10%) dotazovaný, v roce 2005 žádný (0%) respondent a do listopadu 2006 také 3 (30%) dotazování.

Uvedené hodnoty v tabulce 8 jsou uváděny v absolutních číslech.

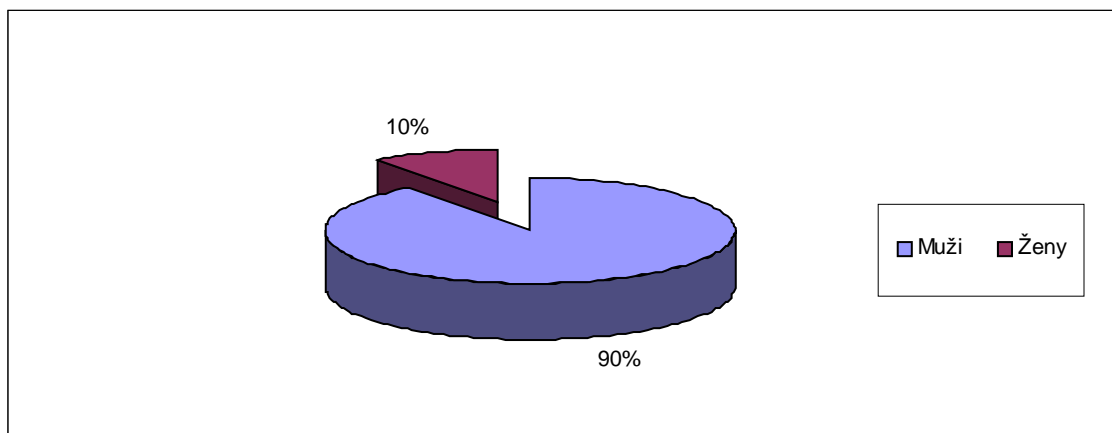
**Graf 9: (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 znázorňuje počet respondentů, v procentech, v jednotlivých letech. Procentuelní hodnoty jsou uvedeny u popisu tabulky 9, jsou uvedeny v závorkách za hodnotami, které uvádí tabulka 9.

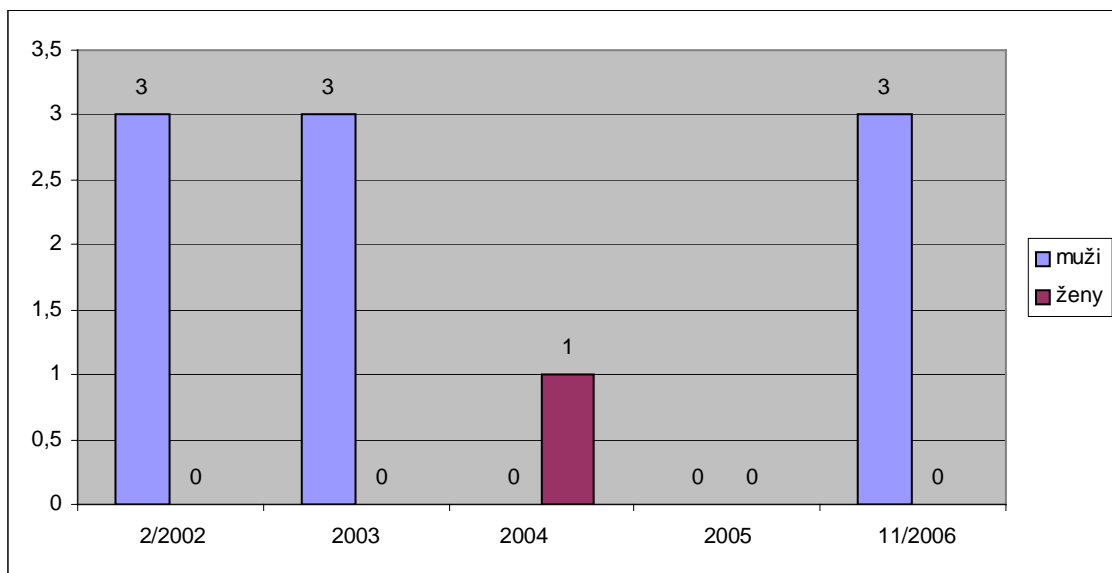
**Graf 10: Složení respondentů dle pohlaví (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10 informuje o složení respondentů dle pohlaví. Z celkového počtu 100% (10) dotazovaných respondentů bylo 90% (9) mužů a 10% (1) žena.

**Graf 11: Složení respondentů, podle pohlaví, v jednotlivých letech (v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu 11 vyplývá, jaké bylo složení respondentů v jednotlivých letech podle pohlaví. V roce 2002 se zúčastnili ergodiagnostiky 3 respondenti a všichni to byli muži. V roce 2003 byli to byli také muži a také 3. 1 dotazovaná se zúčastnila ergodiagnostiky v roce 2004. V roce 2005 to nebyl žádný muž ani žena a v do listopadu 2006 to byli opět muži a opět byli 3.

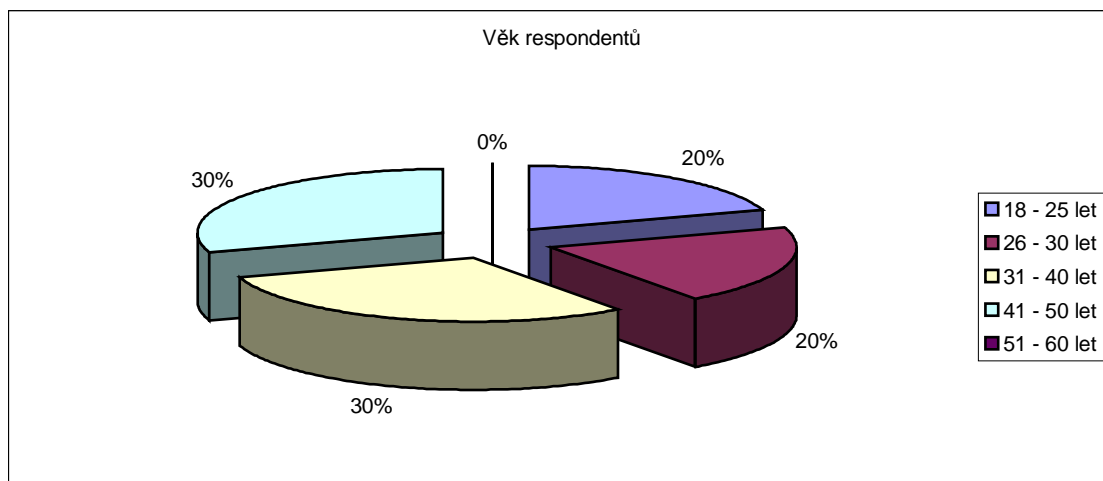
**Tabulka 9: Věk respondentů**

**Věk**

18 - 25 let	2
26 - 30 let	2
31 - 40 let	3
41 - 50 let	3
51 - 60 let	0

Tabulka 9 znázorňuje věk dotazovaných respondentů. Nejvíce dotazovaných respondentů bylo ve věku 31 – 40 a 41 – 50 po 3 (30%) dotazovaných. V letech 18 – 25 a 26 – 30 po 2 (20%) dotazovaných respondentů. V letech 50 – 61 není žádný (0%) dotazovaný. Z celkového počtu 10 (100%) dotazovaných. Hodnoty v tabulce 9 jsou uvedeny v absolutních číslech.

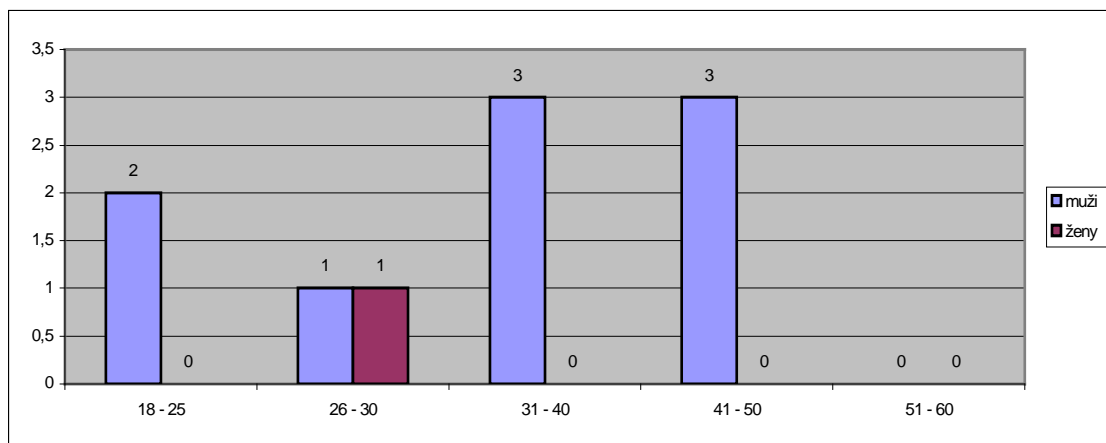
**Graf 12: (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 znázorňuje jednotlivé věkové rozdělení v procentech. Procentuelní hodnoty jsou uvedeny v popisu tabulky 9, viz. výše.

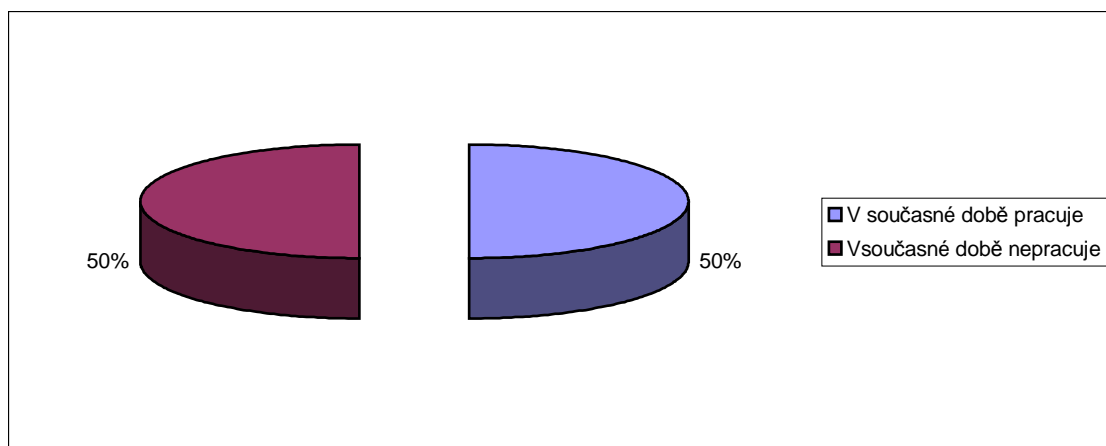
**Graf 13: Složení respondentů, podle pohlaví, v jednotlivých věkových hranicích (v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13 informuje o složení respondentů, v jednotlivých věkových hranicích, podle pohlaví. Ve věku 18 – 25 let se ergodiagnostiky zúčastnili 2 muži, 1 muž a 1 žena ve věku 26 – 30 let a po 3 mužích ve věkové hranici 31 – 40 a 41 – 50 let.

**Graf 14: Zaměstnanost v současné době (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum



Graf 14 znázorňuje kolik dotazovaných, z celkového počtu 100% (10) respondentů, v současné době pracuje. 50% (5) respondentů, kteří se zúčastnili ergodiagnostiky, v současné době pracuje. Taktéž 50% (5) dotazovaných v současné době nepracuje.

**Tabulka 10: Zaměstnanost respondentů v závislosti na jejich věku**

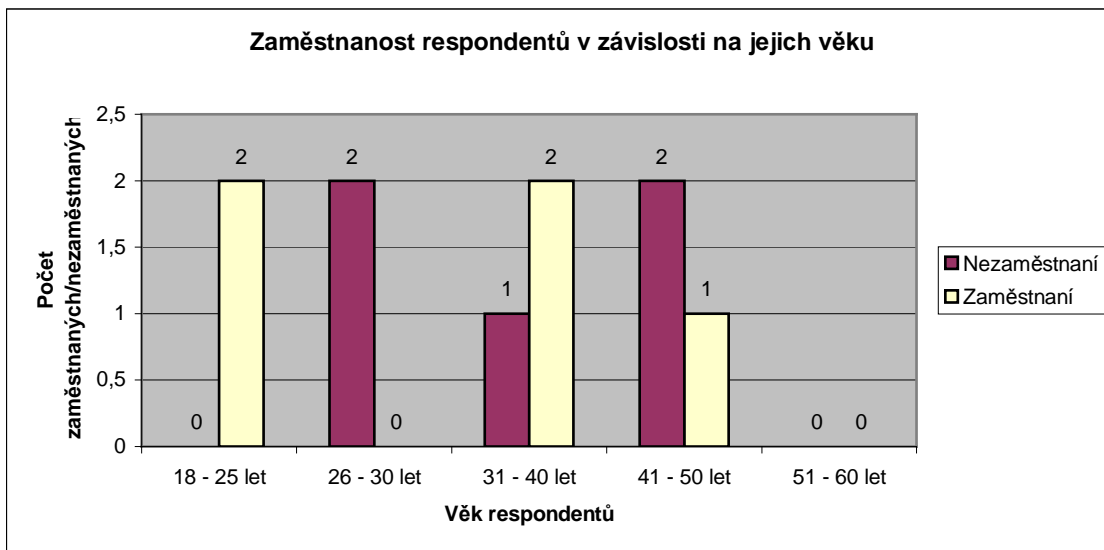
Věk respondentů		Nezaměstnaní	Zaměstnaní
18 - 25 let	2	0	2
26 - 30 let	2	2	0
31 - 40 let	3	1	2
41 - 50 let	3	2	1
51 - 60 let	0	0	0

V tabulka 10 informuje o zaměstnanosti, nezaměstnanosti respondentů v závislosti na věku dotazovaných.

Tabulka znázorňuje, že ve věku 18 – 25 let a 26 - 30 let odpovídalo vždy po dvou dotazovaných. Z toho z věkové hranice 18 – 25 let jsou v současné době oba dva dotazovaní zaměstnaní a ve věkové hranici 26 – 30 let v současné době nepracuje žádný respondent. Ve věkové hranici 31 – 40 let odpovídali 3 respondenti, z toho 1 v současné době pracuje a 2 dotazovaní jsou stále nezaměstnaní. Ve věkové hranici 41 – 50 let odpovídali také 3 respondenti. V současné době jsou zaměstnaní, z tohoto věku, 2 respondenti a 1 dotazovaný je nezaměstnaný. Ve věku 51 – 60 let nebyl žádný dotazovaný.

Hodnoty v tabulce jsou uvedeny v absolutních hodnotách.

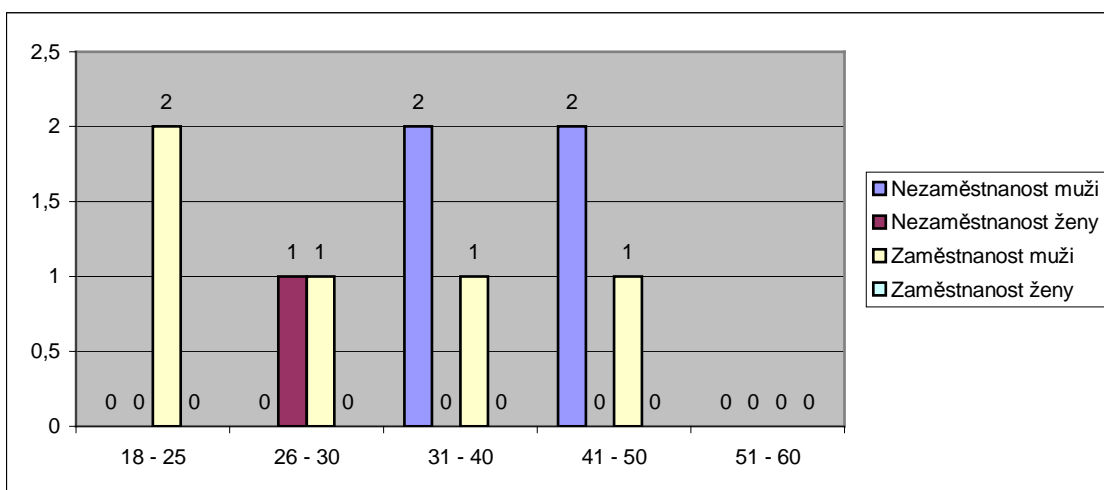
**Graf 15: (v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 15 koresponduje s výsledky, které jsou uvedeny v tabulce 10. Je také uveden v absolutních číslech (uveden pro větší názornost).

**Graf 16: Zaměstnanost/nezaměstnanost respondentů v závislosti na věku a pohlaví (v absolutních číslech)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16 informuje o zaměstnanosti / nezaměstnanosti jednotlivých respondentů v závislosti na jejich věku a pohlaví. Ve věkové hranici 18 – 25 let jsou 2 zaměstnaní muži. 1 nezaměstnaná žena a 1 zaměstnaný muž je ve věku od 26 do 30 let. Ve věku od 31 do 40 let jsou 3 muži, z toho 2 nezaměstnaní a 1 zaměstnaný. Taktéž je tomu ve věkové hranici 41 – 50 let, ze 3 mužů jsou dva nezaměstnaní a 1 zaměstnaný. Ve věku 51 – 60 let není žádný muž ani ženy.

**Tabulka 11: Nalezení pracovního místa v závislosti na výsledcích ergodiagnostiky**

Nalezené pracovní místo v závislosti na zjištěných výsledcích	3
Nalezené pracovní místo nezávisle na zjištěných výsledcích	2

V tabulce 11 se pracuje s výsledky 5 (100%) respondentů. Otázka se týkala těch tazatelů, kteří uvedli v druhém dotazníku, že v současné době pracují.

3 (60%) respondenti uvádějí, že nalezené pracovní místo si našli v závislosti na zjištěných výsledcích ergodiagnostiky. A 2 (40%) respondenti si našli vhodné zaměstnání nezávisle na zjištěných výsledcích ergodiagnostiky.

Výsledky v tabulce jsou uvedeny v absolutních číslech.

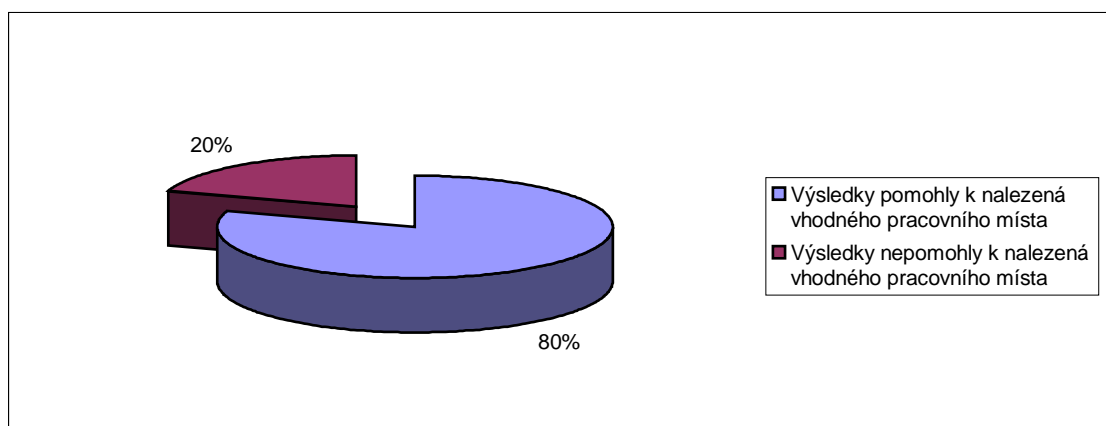
**Graf 17: (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17 znázorňuje zjištěné odpovědi a uvádí je v procentech. Procentuelní hodnoty jsou uvedeny v popisu pod tabulkou 11 a jsou uváděny v závorkách.

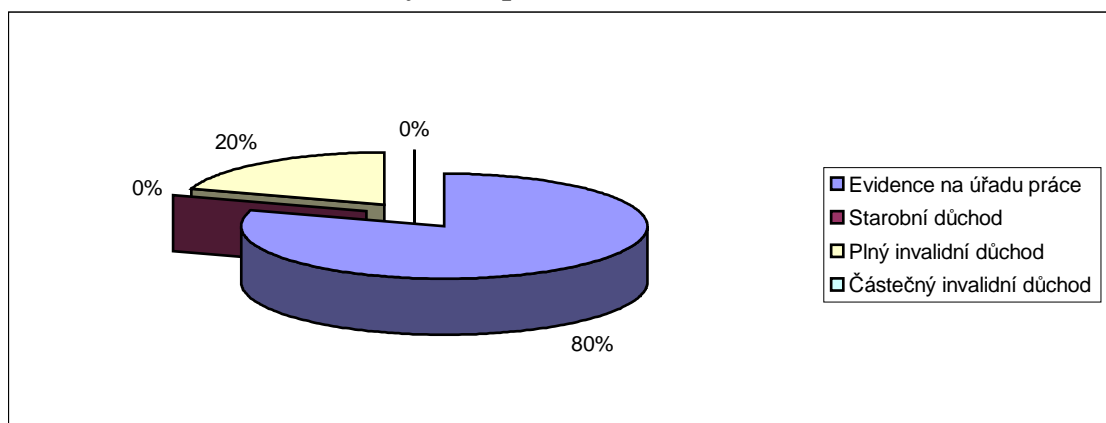
**Graf 18: Význam ergodiagnostiky u zaměstnaných respondentů (v %)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18 uvádí odpovědi tazatelů, kteří jsou v současné době zaměstnáni. Opět se pracuje pouze s 5 (100%) respondenty. 4 (80%) dotazovaní uvedli, že výsledky zjištěné ergodiagnostickým hodnocením jim pomohly k nalezení vhodného pracovního místa. 1 (20%) dotazovaný uvádí, že výsledky zjištěné hodnocením mu k nelezení vhodného zaměstnání nepomohly.

**Graf 19: Složení nezaměstnaných respondentů (v%)**



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 19 nás informuje o složení jednotlivých respondentů, kteří, ač prošli ergodiagnostikou, předpracovní rehabilitací, v současné době nepracují a jsou tedy nezaměstnaní. A jelikož 5 respondentů z celkového počtu 10 pracuje, pracujeme zde pouze s 5 (100%) respondenty. 4 (80%) dotazovaní uvedli, že jsou stále v evidenci úřadu práce v Českých Budějovicích. Konečně 1 (20%) respondent uvedl, že v závislosti na zjištěných výsledcích ergodiagnostiky začal/a pobírat plný invalidní důchod (dále jen PID).

## 5 Diskuse

### 5.1 Diskuse k dotazníku 1

V dotazníku 1 (viz. příloha 1) jsem zjišťovala míru informovanosti zdravotně postižených osob o ergodiagnostice (předpracovní rehabilitaci). Zajímala jsem se, zda vědí, co to ergodiagnostika je, kde se provádí, kdo ji provádí a zda vědí, v čem jim může pomoci. Oslovila jsem zařízení, která zdravotně znevýhodnění navštěvují, a požádala je o distribuci dotazníků mezi jejich klienty a o jeho vyplnění. Tím, že vyplnění bylo dobrovolné, navrátilo se mi z celkového počtu 110 dotazníků celkem 59 (kapitola 3, tabulka a graf č. 1). To je sice nadpoloviční většina, ale více se to blíží k polovině rozdaných dotazníků. Už tento fakt má určitou vypovídající hodnotu.

Jsem si vědoma, že zadané otázky nebyly nejjednodušší, zvláště pak např. pro mentálně postižené osoby, které také dostaly možnost dotazník vyplnit. Domnívám se však, že pokud bych styl otázek přizpůsobila jen jedné skupině zdravotně postižených, (např. pro osoby s pohybovým znevýhodněním), byly by tyto otázky zase velice jednoduché. Proto jsem tedy zvolila pro dotazník „jazyk“, který užívají naši administrativní pracovníci, zdravotníci, apod., takový, se kterým se mohou osoby s jakýmkoli zdravotním postižením setkat v běžném životě, pokud se budou ucházet o pracovní rehabilitaci či o získání pracovního místa. A jelikož jsem v této práci nerozlišovala zdravotně znevýhodněné osoby podle jednotlivých omezení, přišel mi tento „jazyk“ dotazníku a právě takto zvolené formulace jako nejhodnější. Zvláště pak z toho důvodu, aby, jak uvádí Listina základních práv a svobod, nedocházelo k diskriminaci jednotlivých osob a aby nedocházelo ke zvýhodňování jedné skupiny nad druhou. Neboť dle této listiny mají všichni stejná práva a povinnosti.

Mohu se tedy jen domnívat, jaký důvod vedl zdravotně postižené osoby k tomu, že dotazník vyplnilo jen o něco více jak polovina dotazovaných osob. Jak už jsem se zmínila, určitě v tom hrála svou úlohu i formulace otázek, snad i strach, že by osoby na dané otázky odpověděly špatně. Je také možné, že se dotazovaným nechtělo v konkrétní dobu na otázky odpovídat. Osobně se domnívám, že v tom bylo od každého trochu, nepochopení, ale i strach a ovšem i nechuť. Na straně druhé nesmím

zapomenout na ty respondenty, kteří ochotně dotazník vyplnili. Chtěla bych jim touto cestou ještě jednou poděkovat.

A jelikož, podle Základní listiny práv a svobod (Hlava 2, oddíl 2, článek 17), mají všichni právo na informace, zajímala mě tedy míra informovanosti zdravotně postižených o ergodiagnostice a předpracovní rehabilitaci.

Ze zjištěných odpovědí, zvláště pak na první otevřenou otázku (osm odpovědí z padesátidevíti správných viz. kapitola 4, tabulka č. 2 a graf č. 3) a na druhou otázku (pět správných odpovědí z celkového počtu padesátidevíti dotazovaných viz. kapitola 4, tabulka č. 3 a graf č. 4) v dotazníku, kde jsem se zajímala o vlastní názor respondentů. Někteří respondenti se nebáli napsat vlastní názor na tyto otázky. Tyto odpovědi, jelikož jich bylo jen poskrovnu, jsem též uvedla v kapitole 4, v tabulkách č. 2 a č. 3. Většina dotazovaných odpovídala na otázky odpovědí – „nevím“. Vzhledem k těmto výsledkům jsem musela konstatovat, že zdravotně postižení nejsou o této problematice, resp. o těchto možnostech, vůbec informováni. Tato má domněnka vyplývá i z ostatních odpovědí, ve kterých byly sice větším podílem zastoupeny správné odpovědi (kapitola 4, tabulky a grafy č. 5, č. 6, č. 7). Ale v žádné otázce správné odpovědi nedosáhly nadpoloviční většiny.

Velice zajímavé výsledky vplynuly z porovnání jednotlivých zařízení, tak jak respondenti z těchto zařízení odpovídali na jednotlivé otázky a pak, zda odpověděli na otázky správně či nesprávně (4 kapitola, tabulka 8). Zvláště mě pak zaujaly výsledky ze dvou zařízení, a to z Dětského centra ARPIDA a z Centra sociálních služeb Empatie. Z výsledků uvedených v tabulce 8 vplynulo, že lépe informováni o problematice ergodiagnostiky jsou respondenti z Dětského centra ARPIDA.

Domnívám se, že je to ze dvou důvodů. Jednak když se podíváme, na tabulku a graf 1a v kapitole 4, tedy na složení respondentů dle věkových hranic, zjistíme, že respondenti z Dětského centra ARPIDA mají nejsilnější zastoupení ve věkové hranici 18 – 25 let, kdežto v Empatii jsou respondenti rovnoměrně zastoupeni v jednotlivých věkových skupinách. Dětské centrum ARPIDA nemá v souboru žádného respondenta ve věkové hranici od 41 let. Tento fakt může být jedním z důvodů, proč jsou dotazovaní z Dětského centra ARPIDA více informováni. Druhým důvodem pak může být

i skutečnost, že v Dětském centru ARPIDA pracují čtyři ergoterapeutky (dvě na plný pracovní úvazek a dvě na pracovní úvazek částečný) a o ergodiagnostice a možnostech předpracovní rehabilitace se zde s klienty (zejména nad osmnáct let) hodně diskutuje. Klienti jsou zde již v prvním ročníku dvouleté praktické školy diagnostikování a zjištěné výsledky jsou s jednotlivými klienty a jejich rodiči podrobně probírány s možnými návrhy na další vhodné pracovní uplatnění. V Empatii nepracuje žádný ergoterapeut, a tak jak jsem měla možnost si o této problematice povídat s Mgr. Danou Pokornou. Také ona si je vědoma malé míry informovanosti o možnostech ergodiagnostiky v jejich zařízení. Z našeho rozhovoru vyplynulo, že nemohou být informováni klienti, když není v dostatečné míře informován ani odborný personál. Byly jí tedy poskytnuty informace o ergodiagnostice a kontakt na Ing. Vladimíru Sýkorovou z úřadu práce.

Toto vše mě vede k ještě jedné otázce. Zda mohou být v dostatečné míře informováni zdravotně znevýhodnění, když, jak se ukázalo, není v některých zařízeních dostatečně informován ani odborný personál?

Výše uvedené skutečnosti potvrzují hypotézu č. 1, že zdravotně postižení nejsou v dostatečné míře informováni o možnostech ergodiagnostiky (předpracovní rehabilitace).

Hypotéza č. 1 byla výsledky šetření jednoznačně potvrzena.

Cílem práce bylo zjistit míru informovanosti zdravotně postižených o ergodiagnostice (předpracovní rehabilitaci) v Českých Budějovicích. Na cíl práce byly zaměřeny otázky v dotazníku č. 1, který byl těmto osobám distribuován.

Dle mého názoru byl tento cíl práce také splněn.

## ***5.2 Diskuse k dotazníku 2***

Pro distribuci dotazníku č. 2 jsem musela kontaktovat osoby zdravotně znevýhodněné, které se ergodiagnostiky (předpracovní rehabilitace) zúčastnily.

Jak již jsem napsala v úvodu této práce, ergodiagnostikou prošlo v rehabilitačním centru při Nemocnici České Budějovice, a.s. (jde o smluvní zařízení,



dle zákona č. 435/2004 o zaměstnanosti) pouze třináct osob. To je dle mého názoru velice malý počet. Pokud je mi dovoleno porovnání, první dotazník jsem distribuovala sto deseti lidem se zdravotním postižením, kteří ergodiagnostikou neprošli, nikdy nepracovali, a možná by pracovat chtěli, ale nevědí o této možnosti, která by jim mohla pomoci. Proto se musím ptát, jak je možné, že se ergodiagnostiky od února roku 2002 do listopadu 2006 zúčastnilo pouze třináct osob! V Českých Budějovicích je zdravotně postižených osob bezpochyby podstatně vyšší počet. Zajímalo mě, jakým způsobem se může zdravotně postižený člověk, který chce a může pracovat (Zákon o zaměstnanosti č. 435/2004 Sb., hlava VI – Právo na zaměstnání § 10) přihlásit na ergodiagnostiku a pracovní rehabilitaci. Z tohoto důvodu jsem navštívila Úřad práce v Českých Budějovicích, který vybírá vhodné kandidáty na ergodiagnostiku a posílá je do centra ucelené rehabilitace k MUDr. Evě Peštové. Nejprve jsem navštívila pana Mgr. Kubku (odbor pracovní rehabilitace). Zde jsem se dozvěděla, že vybírání jsou ti lidé, kteří jsou v dlouhodobé evidenci úřadu práce a přes veškeré snahy úřadu práce se jim nepodařilo pro tyto osoby, s ohledem na jejich zdravotní obtíže, nalézt vhodné pracovní uplatnění. Ti pak byli doporučeni na ergodiagnostiku. Zajímalo mě, jak je možné, že se jedná o tak malý počet? Bylo mi sděleno, že jich více v evidenci na úřadu práce není. Dále, že většina, resp. téměř všichni, zdravotně postižení pobírají plné invalidní důchody a tudíž jsou po finanční stránce zabezpečeni a pracovat tedy nemusejí. Zde docházím k rozporu s názorem prof. Jana Pfeiffera, který ve své knize uvádí: *„Každý občan, který onemocní nebo utrpí nějaké zranění, musí být současně rehabilitačně posuzován jako budoucí pracovník, který může mít v práci potíže, práci bude vykonávat v omezeném rozsahu, nebo původní práci nebude schopen konat a bude si muset najít jinou práci anebo bude muset být přeškolen (rekvalifikován). Teprve když rehabilitační úsilí selže, měl by být poskytnut plný invalidní důchod.“* (Pfeiffer, 2001, 45s.). Toto je zřejmě zcela nadčasová myšlenka, se kterou se já osobně ztotožňuji, a se kterou také plně souhlasím, ale zdaleka ne všichni si ji zřejmě ještě úplně ne zcela osvojili.

Vzhledem k tomu, že jsem se s touto odpovědí od pana Mgr. Kubky nesmířila, oslovila jsem ještě pani Ing. Sýkorovou (vedoucí odboru zprostředkování). Tam jsem

se dozvěděla, jakým způsobem se mohou fyzické osoby, dle zákona o zaměstnanosti, zúčastnit ergodiagnostiky. Stačí vyplnit žádost o pracovní rehabilitaci (viz. příloha 11) a o přípravu k práci požádat příslušný úřad práce tak, jak to uvádí Z. Lieblová ve své knize (2006). Tak prý tomu skutečně je. Zdravotně znevýhodněné osobě bude pomoheno na úřadu práce žádost vyplnit příslušným zaměstnancem úřadu práce. Doufejme, že vše bude v souladu s článkem 3: „Právo na kvalitní a kvalifikovanou pomoc“, viz Charta práv tělesně postižených osob, tak, jak to uvádí ve své knize, Etika pro pomáhající profese J. Jankovský (2003, 213 – 214s.).

Na druhé straně určitě není vše jen na úřadech a odbornících. Z vlastní zkušenosti také vím, že podstatná část zdravotně znevýhodněných osob pracovat nechce a tudíž se ani dostatečně nezajímají a neinformují o možnostech, které jsou jim nabízeny na trhu práce.

Druhý dotazník ovšem zjišťoval, zda ergodiagnostika přispěla k nalezení vhodného pracovního místa zdravotně postiženým, kteří se ergodiagnostiky zúčastnili, a kteří dotazník řádně vyplnili a vyplněný jej vrátili.

Dotazník č. 2 ze třinácti osob řádně vyplnilo a odeslalo nazpět deset respondentů (kapitola 3, tabulka a graf č. 2). Z těchto deseti respondentů, pět respondentů stále nepracuje a pět dotazovaných vyplnilo, že jsou v současné době zaměstnáni (kapitola 4, graf č. 14). Z těchto pěti dotazovaných čtyři uvedli, že jim výsledky ergodiagnostiky významně pomohly k nalezení vhodného pracovního místa (kapitola 4, tabulka č. 11 a graf č. 17). Přesto jen tři respondenti z těchto čtyř, kteří uvedli, že jim zjištěné výsledky pomohly, si našli vhodné pracovní místo na základě zjištěných výsledků. Tedy dva respondenti si našli pracovní místo sami, přičemž uvedli, cituji: „Pracovní místo jsem si našel sám/sama nezávisle na zjištěných výsledcích ergodiagnostiky“ (kapitola 4, tabulka č. 11 a graf č. 17). Přesto však se jeden dotazovaný ještě domnívá, že mu výsledky k nalezení vhodného pracovního místa nějakým způsobem (ovšem jím neuvedeným) pomohly.

Velice zajímavé jsou výsledky zaznamenané v tabulce č.10 a grafu č. 15 (kapitola 4), který porovnává věk respondentů se zaměstnaností, totiž, zda tito respondenti v dané věkové hranici pracují či nikoliv. Já se osobně domnívám,

že respondenti v první věkové hranici pracují pravděpodobně proto, že jsou lépe informovaní a možná i proto, že se nechtěli smířit s tím, že budou „sedět doma“ a nic nedělat. Důvodem může být také to, že jsou mladí a mladí lidé mají potřebu pracovat. Možná ještě nepřivykli „zajetímu“ systému využívat pouze plný invalidní důchod. Naproti tomu u věkové hranice 41 – 50 let, kde se věk posouvá do další významné etapy života, je využívání bezpracného plného invalidního důchodu převažující a obvyklé. Může to být také z toho důvodu, že v dřívějších dobách nikdo nechtěl, aby zdravotně postižení pracovali, a nyní si již těžko přivyknou na nové trendy, nový životní styl a na nové možnosti.

Zaujali mě také výsledky v grafu č.10 (kapitola 4), který porovnává pohlaví respondentů. Zjištěné výsledky mě přiměly přemýšlet, z jakého důvodu se ergodiagnostiky zúčastnilo více mužů než žen. Z pohledu „Gender“ by tyto výsledky byly nepřijatelné. Mě přiměly k zamyšlení, proč je tomu tak. Jedna z možností by mohla být, že o zařazení do programu bilanční diagnostiky rozhoduje muž. Další možností by mohlo být, že ženy mají větší smysl pro zabezpečení rodiny a z tohoto důvodu přijmou jakékoliv zaměstnání, byť zcela nekoresponduje s jejich předešlým zaměstnáním, či s jejich vzděláním. Proto jsou také v evidenci úřadu práce kratší dobu než muži. Dále se domnívám, že muži, ač mají jistě také velký smysl pro zabezpečení své ženy a dětí, nemohou přijmout zaměstnání, které by bylo např. z jiného oboru, než ve kterém doposud pracovali. Nicméně je také možné, že je vše úplně jinak. Nemíjí být vyloučeno, že muži byli ochotni se ergodiagnostiky zúčastnit, právě z důvodu, že častěji pracovat chtějí, a to možná i s větší intenzitou než ženy.

Je mi zvláště líto, že se ergodiagnostiky až doposud zúčastnil tak malý počet osob. I přes malý počet respondentů se však podařilo prokázat, že se ergodiagnostika uplatňuje při nalezení vhodného pracovního místa, a to přesto, že při bližším prozkoumání to není zcela jednoznačné. Vyplývá to zvláště z faktu, že z deseti respondentů v současné době pracuje pouze pět osob se zdravotním znevýhodněním. Z tohoto počtu pěti respondentů v současné době, zaměstnaných osob odpověděli (v dotazníku č. 2), čtyři dotazovaní, že jim výsledky ergodiagnostiky pomohly k nalezení vhodného zaměstnání (graf č. 18 viz. kapitola 4).

Když tedy budeme vycházet z toho, že čtyřem respondentům z pěti dotazovaných ergodiagnostika pomohla k nalezení vhodného pracovního místa, a že v současné době pracují, pak byla hypotéza č. 2 také potvrzena. Pokud, ale budeme vycházet z odpovědí všech deseti respondentů, pak tomu tak rozhodně není. V tomto případě by hypotéza č. 2 potvrzena nebyla. Ale jak již výše uvádím, důvodů, proč dotazovaní nepracují, může být mnohem více. Z tohoto důvodu a pro potřeby této diplomové práce, budeme tedy pro potvrzení hypotézy č. 2 vycházet pouze z odpovědí zaměstnaných respondentů.

Hypotéza č. 2 byla tedy též výsledky šetření potvrzena.

Cílem práce bylo zjistit, zda se ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace) podílí při nalezení vhodného pracovního místa. Cíl práce zjišťovaly zvláště otázky č. 3 a 4 v dotazníku č. 2.

Domnívám se, že cíl práce byl opět splněn.

## 6 Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zmapování míry informovanosti osob se zdravotním postižením o ergodiagnostice (předpracovní rehabilitaci), a zda ergodiagnostika přispěla k nalezení vhodného zaměstnání pro ty, kteří se ergodiagnostiky zúčastnili.

Stanoveny byly celkem dvě hypotézy

H 1: Zdravotně postižení jsou málo informováni o možnostech ergodiagnostiky.

H 2: Ergodiagnostika přispěla k nalezení vhodného zaměstnání.

Vzhledem k zjištěným výsledkům, viz. předešlé kapitoly, byly obě hypotézy potvrzeny.

Můžeme tedy říci, že ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace) může pomoci lidem se zdravotním postižením nalézt vhodné pracovní uplatnění, pokud to ovšem sama osoba se zdravotním postižením bude chtít.

Zůstává zde ale problém malé míry informovanosti zdravotně postižených o problematice ergodiagnostiky (předpracovní rehabilitace). Domnívá se, že by bylo řešením, pokud by se na základě zjištěných výsledků vytvořil informační materiál o této problematice. Tento informační „leták“ by pak byl distribuován do všech institucí, zařízení, kde se můžeme s osobami se zdravotním postižením setkat. Informační materiál by měl být srozumitelný nejen pro odborníky, pracující např. na úřadech práce, na krajských či městských úřadech a dále pro zdravotníky, ale především pro samotné zdravotně postižené, a to bez rozdílu jejich zdravotního omezení. V příloze č. 12 jsem se pokusila o návrh takového informačního materiálu, ze kterého by se dal informační „leták“ vytvořit.

## 7 Seznam použité literatury

1. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: část 2 – Citace: Metodika a obecná pravidla*. Verze 3.2. (2002). c1999-2002, poslední aktualizace 3. 9. 2002. <<http://www.boldis.cz/citace/citace1.ps>>.
2. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690-2: část 2 – Modely a příklady citací jednotlivých dokumentů*. [online]. Verze 3.0. (2004). c1999-2004, poslední aktualizace 11. 11. 2004. <<http://www.boldis.cz/citace/citace2pdf>>.
3. BÁRTOVÁ, S. , HNILICOVÁ, H. *Vybrané metody a techniky výzkumu zjišťování spokojenosti pacientů*. 1. vyd. Brno: IDVPZ, 2000. 118s. ISBN 80-7013-311-2.
4. COLLIN, C. a kol. *The Barthel ADL index: a rehabilitation study*. Int. Disabil Stud, 1988.
5. ČERVENÁ, J. *Profesiogram – využití v komunitních službách v Praze u lidí s psychotickým onemocněním*. Bakalářská práce. Vedoucí bakalářské práce: Jana Pomajzlová. Praha, 2004. s 84.
6. HOLOŠOVÁ, D. a kol. *Jak psát diplomovou práci*. Olomouc, Univerzita Palackého, 2000. 110s. ISBN 80-7067-841-0.
7. IWANENKO, W. a kol. Uniform data systém for medical rehabilitation: report of first admissions to subacute rehabilitation for 1998. *Am J Phys Med Rehabil*, 2001, vol. 80.
8. JACOBS, K. *Occupational Therapy: Work-Related Programs & Assessments*. New York: Little Brown and Company 1985. ISBN 0316455474.
9. JANKOVSKÝ, J.: *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: TROTIN 2006. 173s. ISBN 80-7254-730-5.
10. JANKOVSKÝ, J.- PFEIFFER, J.- ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice, Jihočeská universita, Zdravotně sociální fakulta, 2005. 103s. ISBN 80-7040-826-X.

11. JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: TRITON 2003. 223 s. ISBN 80-7254-329-6.
12. KÁBRT, J. *Stručný latinský slovník*. 5. vyd. Praha: Avicemum 1979. 368s. ISBN 05-004-79.
13. Kol. autorů: Výroční zpráva. Praha: Česká asociace ergoterapeutů, 2006. 2s.
14. Koncept zaměřený na klienta – Client centred practice. *Ergoterapie*. Praha: Bulletin České asociace ergoterapeutů, 2003, roč. II. 34 s.
15. KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů: Základy moderní personalistiky*. 3. vyd. Praha: Management Press 2001. 367s. ISBN 80-7261-033-3.
16. KREJČIŘOVÁ, O. a kol. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Rytmus, 2005. 87s. ISBN 80-903598-1-7.
17. KRIVOŠIKOVÁ, M. *Hodnocení v ergoterapii*. Praha: Karlova universita, 1 Lékařská fakulta University Karlovy, 2000. Studijní materiály. 51s.
18. LEIBLOVÁ, Z. *Zákon o zaměstnanosti s komentářem včetně prováděcích předpisů k 15.2.2006*. Ostrava: ANAG 2006. 271s. ISBN 80-7263-328-7.
19. LIPPERTOVÁ-GRUNEROVÁ, M. *Neurorehabilitace*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. 350s. ISBN 80-7262-317-6.
20. MAREŠ, P. *Nezaměstnanost jako sociální problém: Studijní texty*. 1. Vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. 151s. ISBN 80-901424-9-4.
21. Ministerstvo zdravotnictví. *Zdraví 21: Výklad základních pojmů. Úvod do Evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny v 21. století*. 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České Republiky, 2004. 160s.
22. Odbor sociálních věcí, oddělení sociální pomoci: *Průvodce sociálními službami města České Budějovice*. České Budějovice: Odbor sociálních věcí magistrátu města České Budějovice, 2007. 56s.
23. PFEIFFER, J. *Ergoterapie: Základní informace o oboru pro pracovníky v rehabilitaci*. 1. vyd. Praha: Rehalb, 2001. 77s.
24. PFEIFFER, J. a kol.: *Činnost center rehabilitace*. Praha: Ministerstvo Zdravotnictví České republiky, 1997. 85s.

25. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 81. publikace. Brno: Paido, 1998. 234s. ISBN 80-85931-65-6.
26. ŠVESTKOVÁ, O.: Ucelená rehabilitace v ČR. In *Sborník příspěvků ze slavnostního zasedání SPURPu k 70. narozeninám prof. MUDr. Jana Pfeiffera, DrSc.* Praha: Sdružení pro ucelenou rehabilitaci postižených, 1999. 58 s.
27. TROJAN, S. a kol. *Fysiologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha, Grada, 2001. 226s. ISBN 80-2470-031-X.
28. VAŇÁSKOVÁ, E. *Testování v rehabilitační praxi – Cévní mozkové příhody*. Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2004. 65s. ISBN 80-7013-398-8.
29. VÁVRA, A. a kol.. *Hodnocení pracovního potenciálu jedince pro účely zaměstnanosti*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2005. 46s.
30. VOTAVA, J. Zkušenosti s pracovní rehabilitací v zahraničí a možnost je aplikovat u nás. In *Rehabilitace a pracovní a sociální integrace osob se zdravotním postižením*. Praha: Sdružení pro ucelenou rehabilitaci postižených, 2005. 52 s.
31. VOTAVA, J. a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207s. ISBN 80-246-0708-5.
32. VOTAVA, J. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Karlova universita, 1 Lékařská fakulta University Karlovy, 1999. Studijní materiály.
33. VYHLÁŠKA MPSV ČR č. 518/ 2004, kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.
34. VYHLÁŠKA č. 424/ 2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.
35. *Základní listina práv a svobod. Usnesení předsednictva České národní rady. Ústavní zákon č. 2/1993 Sb. Ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb. [online]. [cit. 2007 – 05 – 09]. Dostupné z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>.*
36. ZÁKON č. 435/ 2004 Sb. O zaměstnanosti.



## **8 Klíčová slova**

ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace, pracovní rehabilitace,..)

ergoterapeut

ergoterapie

ergoterapeutická hodnocení

zaměstnanost

zdravotně znevýhodněná osoba

## **9. Přílohy**

Příloha 1: Dotazník č.1

Příloha 2: Dotazník č. 2

Příloha 3: Zákon č. 435/ 2004 o zaměstnanosti – shrnutí pro potřeby ergodiagnostiky,  
předpracovní rehabilitace

Příloha 4: Schéma multidisciplinárního týmu

Příloha 5: Barthel index – BADL

Příloha 6: Barthel index – IADL

Příloha 7: FIM test (funkční míra nezávislosti = Functional Independence Measure)

Příloha 8: Statický test úchopů horních končetin

Příloha 9: Funkční test motoriky horních končetin

Příloha 10: Hodnocení modelových činností

Příloha 11: Žádost o pracovní rehabilitaci

Příloha 12: Návrh informačního materiálu

## Příloha 1: Dotazník č. 1

### Dotazník č. I.

Prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku. Chtěla bych tímto způsobem zjistit, zda jste dostatečně informováni o možnostech ergodiagnostiky (předpracovní rehabilitace).

Tento dotazník je anonymní a výsledky budou zpracovány v mé diplomové práci. Studuji na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity.

Děkuji Marcela Kryski

Věk: .....

Pohlaví:  muž  žena

1. Co je, dle Vašeho názoru ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace)?  
.....
2. V čem si myslíte, že Vám může ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace) pomoci?  
.....
3. Zaškrtněte, na kterém z uvedených míst se ergodiagnostika (předpracovní rehabilitace) provádí?
  - a) na Úřadě práce
  - b) v Rehabilitačním centru, Nemocnice České Budějovice a.s.
  - c) v příslušné Zdravotní pojišťovně
  - d) na Krajském úřadě
  - e) ani jedna z uvedených možností neodpovídá
4. Zaškrtněte, kdo Vás může na ergodiagnostiku (předpracovní rehabilitaci) doporučit?
  - a) pracovník na Úřadu práce
  - b) lékař
  - c) sociální pracovníce
  - d) ani jedna z uvedených možností neodpovídá
5. Domníváte se, že problematika ergodiagnostiky (předpracovní rehabilitace) je zakotvena v Zákoně o zaměstnanosti?
  - a) ano
  - b) ne

**Příloha 2: Dotazník č. 2**

**Dotazník č. II.**

muž

žena

Věk:

- 1. Ve kterém roce jste se ergodiagnostiky (předpracovní rehabilitace) zúčastnil/a?**

.....

- 2. Pracujete v současné době?**  
(Prosím nehodící se odpověď škrtněte)

ano            ne

Pokud pracujete, pokračujte otázkami 3,4 a neodpovídejte na otázku 5. Pokud v současné době nepracujete, přeskočte otázky 3,4 a pokračujte otázkou 5.

- 3. Domníváte se, že Vám výsledky zjištěné v předpracovní rehabilitaci významně pomohly k nalezení vhodného pracovního místa?**  
(Prosím nehodící se odpověď škrtněte)

ano            ne

- 4. Pracovní místo jsem si našel/a sám/sama nezávisle na zjištěných výsledcích předpracovní rehabilitace.**  
(Prosím nehodící se odpověď škrtněte)

ano            ne

- 5. V současné době:**

- a) pobírám starobní důchod
- b) pobírám částečný invalidní důchod
- c) pobírám plný invalidní důchod
- d) jsem stále v evidenci uchazečů (zájemců) o zaměstnání na Úřadu práce

Dobrý den,

obracím se na Vás s prosbou o pomoc s výzkumem do mé diplomové práce. Studuji na Jihočeské universitě, Zdravotně sociální fakulta.

V letech 2002 – 2005 jsem pracovala v Nemocnici České Budějovice, a.s., na rehabilitačním oddělení, jako ergoterapeutka. Kde jsem měla tu možnost se s Vámi setkat při ergodiagnostice, předpracovní rehabilitaci, na kterou jste, v letech 2002 – 2005, byli posláni z Úřadu práce. Má diplomová práce je právě na téma ergodiagnostiky, předpracovní rehabilitace.

V dopise Vám zasílám **dotazník č. 2** s 5 otázkami, **prosím Vás** o jeho vyplnění, dle pokynů, a zaslání zpět na mou adresu, která je uvedená na druhé obálce – která je též součástí dopisu (je opatřena poštovní známkou).

Vyplnění dotazníku je anonymní a údaje z něho získané budou použity jen pro potřeby mé diplomové práce.

Pokud bude chtít znát bližší informace, o mé diplomové práci, prosím zavolejte na mé tel č.: 606 129 600, nebo mě kontaktujte emailem: kryski @ atlas.cz

Moc Vám děkuji za spolupráci a doufám ve vrácení vyplněného dotazníku.

Děkuji Vám moc Bc. Marcela Kryski (za svobodna Švejdová)

Kontaktní adresa:

382 11, Větrní 212

### **Příloha 3: Zákon č. 435/ 2004 o zaměstnanosti – shrnutí pro potřeby ergodiagnostiky, předpracovní rehabilitace**

*Je rozdělen na 8 částí:*

Část 1 – Úvodní ustanovení

- Hlav 6 -) §1 - §13

Část 2 – Zprostředkování zaměstnání

- Hlav 4 -) §14 - §66

Část 3 – Zaměstnání osob se zdravotním postižením -) §67 - §84

Část 4 – Zaměstnávání zaměstnanců ze zahraničí

- Hlav 4 -) §85 - §103

Část 5 – Aktivní politika zaměstnanosti

- Hlav 5 -) §104 - §120

Část 6 – Výkon umělecké, kulturní. Sportovní nebo reklamní

činnosti dítěte -) §121 - §124

Část 7 – Kontrolní činnost -) §125 - §141

Část 8 – Společná, přechodná a závěrečná ustanovení

- Hlav 2 -) §142 - §151

**ČÁST PRVNÍ – Úvodní ustanovení**

**Hlava II – Základní ustanovení**

**§4 – Rovné zacházení a zákaz diskriminace při uplatňování práva na zaměstnání**

*ods. 2* – Při uplatňování práva na zaměstnání je zakázána přímá i nepřímá diskriminace z důvodu pohlaví, sexuální orientace, ..... , zdravotního stavu

*ods. 6* – Nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního stavu je i odmítnutí nebo opomenutí přijmout opatření, která jsou v konkrétním případě nezbytná, aby fyzická osoba se zdravotním postižením měla přístup k zaměstnání.

*ods. 10* – Dojde-li při uplatňování práva na zaměstnání k porušení práv a povinností vyplývajících z rovného zacházení nebo k diskriminaci, má fyzická osoba právo

se domáhat, aby a) bylo upuštěno od tohoto porušování, b) byly odstraněny následky tohoto porušování a c) jí bylo dáno přiměřené zadostiučinění.

#### Hlava IV – Úřady práce a jejich působnost

##### § 7

*ods. 2* – Správní obvody úřadů práce jsou shodné s územními obvody okresů.

*ods. 5* – Úřady práce vytvářejí za účelem posouzení vhodné formy pracovní rehabilitace osob se zdravotním postižením odborné pracovní skupiny, složené zejména ze zástupců organizací zdravotně postižených a zástupců zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50% osob se zdravotním postižením.

##### § 8

*ods. 1* – Úřad práce c) přijímá opatření na podporu a dosažení rovného zacházení s muži a ženami, ..., osobami se zdrv. Postižením a s dalšími skup. Osob, které mají ztížené postavení na trhu práce, pokud jde o přístup k zaměstnání, přípravě k práci s specializovaným rekval. kurzům, a přijímá opatření pro zaměstnání těchto osob, d) zabezpečuje a podporuje projekty a opatření související s rozvojem lidských zdrojů v oblasti trhu práce u uskutečňované v jeho správním obvodu, h) poskytuje zaměstnavatelům zaměstnávajícím více než 50% zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdrv. postižením, příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdrv. postižením

#### Hlava V – Součinnost zdravotnických zařízení při posuzování zdravotního stavu fyzických osob

##### § 9

*ods. 1* – Zdravotnická zařízení jsou povinna za úhradu úřadu práce do 14 dnů provést vyšetření zdravotního stavu fyzické osoby.

*ods. 2* – Výše úhrady podle odstavce 1 se řídí seznamem zdravotnických výkonů. Maximální ceny specifických zdravotních výkonů stanoví ministerstvo financí podle zvláštních právních předpisů (zákon č. 526/1990 sb., o cenách, ve znění pozdějších předpisů). Úhradu poskytne příslušný úřad práce, který si provedení výkonu vyžádal, a to na základě vyúčtování předloženého zdravotnickým zařízením

## Hlava VI – Právo na zaměstnání

### § 10

Právem na zaměstnání je právo fyzické osoby, kteřa chce a může pracovat a o práci se uchází, na zaměstnání v pracovněprávním vztahu, na zprostředkování zaměstnání a na poskytnutí dalších služeb za podmínek stanovených tímto zákonem.

## ČÁST DRUHÁ – Zprostředkování zaměstnání

### Hlava I – Obecná ustanovení

#### § 14

*ods. 1* – Zprostředkování, zaměstnání se rozumí a) vyhledávání zaměstnání pro fyzickou osobu, která se o práci uchází, a vyhledávání zaměstnanců pro zaměstnavatele, který hledá nové pracovní síly, b) zaměstnávání fyzických osob za účelem výkonu jejich práce pro uživatele, kterým se rozumí jiná právnická nebo fyzická osoba, která práci přiděluje a dohlíží na její provedení, c) poradenská a informační činnost v oblasti pracovních příležitostí.

*ods. 3* – Zaměstnávání zprostředkovávají za podmínek stanovených tímto zákonem a) úřady práce, b) právnické nebo fyzické osoby, pokud mají povolení ke zprostředkování zaměstnání („agentury práce“)

*ods. 5* - Úřady práce mohou provádět pouze zprostředkovatelskou činnost uvedenou v odstavci 1 písm. a) a c). Agentury práce mohou provádět i zprostředkovatelskou činnost uvedenou v ods. 1 písm. b).

*ods. 6* – Úřady práce a agentury práce spolupracují při řešení situace na trhu práce

### Hlava II – Zprostředkování zaměstnání úřady práce

#### § 19

*ods. 1* – Fyzická osoba si může zabezpečit zaměstnání prostřednictvím úřadu práce, a to jako zájemce o zaměstnání nebo jako uchazeč o zaměstnání. Informace o možnostech zaměstnání a volných pracovních místech může fyzická osoba požadovat u kteréhokoliv úřadu práce

#### § 21

*ods. 1* – Fyzická osoba, které úřad práce poskytuje služby podle tohoto zákona, je povinna úřadu práce sdělit údaje o svých zdrav. omezeních v rozsahu potřebném



pro vyhledání vhodného zaměstnání, rekvalifikaci a pro stanovení vhodné formy pracovní rehabilitace a dále sdělit, zda je osobou se zdrav. postižením. Uplatňuje-li fyzická osoba pracovní omezení ze zdrav. důvodů, je povinna je doložit lékařským posudkem registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo pro dospělé, nebo v případě, že registrujícího lékaře nemá, posudkem jiného ošetřujícího lékaře.

*ods. 2* - Fyzická osoba uvedená v *ods. 1* je za účelem posouzení zdrav. stavu a vydání lék. posudku povinna na žádost úřadu práce podrobit vyšetření ve smluvním zdrav. zařízení určeném úřadu práce pokud

1. Žádá o zabezpečení pracovní rehabilitace nebo poskytnutí příspěvku na vytvoření chráněného pracovního místa, nebo
2. Uvádí zdravotní důvody, které jí brání v plnění povinností uchazeče o zaměstnání, nebo v nástupu na rekvalifikaci

*ods. 3* – Náklady spojené s posouzením zdravotního stavu podle odstavce 2 hradí úřad práce

#### § 22 – Zájemce o zaměstnání

*ods. 1* - Zájemcem o zaměstnání je fyzická osoba, která má zájem o zprostředkování zaměstnání a za tím účelem požádá o zařazení do evidence zájemců o zaměstnání kterýkoliv úřad práce na území České republiky. Zájemci o zaměstnání úřad práce zprostředkovává vhodné zaměstnání a může mu zabezpečit rekvalifikaci

#### § 24 – Uchazeč o zaměstnání

Uchazečem o zaměstnání je fyzická osoba, která osobně požádá o zprostředkování vhodného zaměstnání úřad práce, v jehož správním obvodu má bydliště, a při splnění zákonem stanovených podmínek je úřadem práce zařazen do evidence uchazečů o zaměstnání.

#### § 25

*ods. 2* – Uchazečem o zaměstnání se nemůže stát fyzická osoba v době, po kterou a) je uznána dočasně neschopnou práce, b) vykonává vojenskou základní nebo náhradní službu, c) vykonává civilní službu, d) vykonává trest odnětí svobody nebo je ve vazbě, e) pobírá peněžitou pomoc v mateřství v době před porodem a 6 týdnů po

porodu, nebo f) je plně invalidní podle §39 ods. 1 písm. a) zákon č. 155/1995 Sb., o důchod. pojištění

## ČÁST TŘETÍ – Zaměstnávání osob se zdrav. postižením

### § 67

*ods. 2* - Osobami se zdrav. postižením jsou fyzické osoby, které jsou a) orgánem sociálního zabezpečení plně invalidními, b) orgánem sociálního zabezpečení částečně invalidní, c) rozhodnutím orgánu soc. zabezpečení uznány zdravotně znevýhodněnými

*ods. 3* – Za zdrav. znevýhodněnou osobu podle ods. 2 písm. c) se považuje fyzická osoba, která má takou funkční poruch zdrav. Stav, při které má zachovanou schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její možnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého stavu.

*ods. 4* - Za dlouhodobě nepříznivý zdrav. stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než rok a podstatně omezuje psychické, fyzické nebo smyslové schopnosti a tím i možnost pracovního uplatnění.

*ods. 5* – Skutečnost, že je osobou se zdrav. Postižením, dokládá fyzická osoba potvrzením nebo rozhodnutím orgánu sociálního zabezpečení.

## Pracovní rehabilitace

### § 67

*ods. 1* – Osoby se zdrav. postižením mají právo na pracovní rehabilitaci. Pracovní rehabilitaci zabezpečuje úřad práce místně příslušný podle bydliště osoby se zdrav. postižením ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky nebo mlže na základě písemné dohody pověřit zabezpečením pracovní rehabilitace jinou právnickou nebo fyzickou osobu.

*ods. 2* – Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdrav. postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují úřady práce a hradí náklady s ní spojené. Žádost osoby se zdrav.

postižením obsahuje její identifikační údaje; součástí žádosti je doklad osvědčující, že je osobou se zdrav. postižením.

*ods. 3* – Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výtěžnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných pracovních podmínek pro výkon zaměstnání nebo jinou výtěžnou činnost.

*ods. 4* – Úřad práce v součinnosti s osobou se zdrav. postižením, sestaví individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na její zdrav. způsobilost, schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výtěžnou činnost a kvalifikaci a s ohledem na situaci na trhu práce; přitom vychází z vyjádření odborné pracovní skupiny

*ods. 6* – Na pracovní rehabilitaci mohou být na základě doporučení ošetřujícího lékaře vydaného jménem zdrav. zařízení zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce. Zařazení této fyzické osoby na pracovní rehabilitaci nesmí být v rozporu s její zdrav. způsobilostí; úřad práce je povinen zařazení ohlásit příslušné okresní správě soc. zabezpečení

### § 73

*ods. 1* – Zaměstnavateli, který provádí na svém pracovišti přípravu k práci osob se zdrav. postižením, může úřad práce uhradit náklady na přípravu k práci těchto osob.

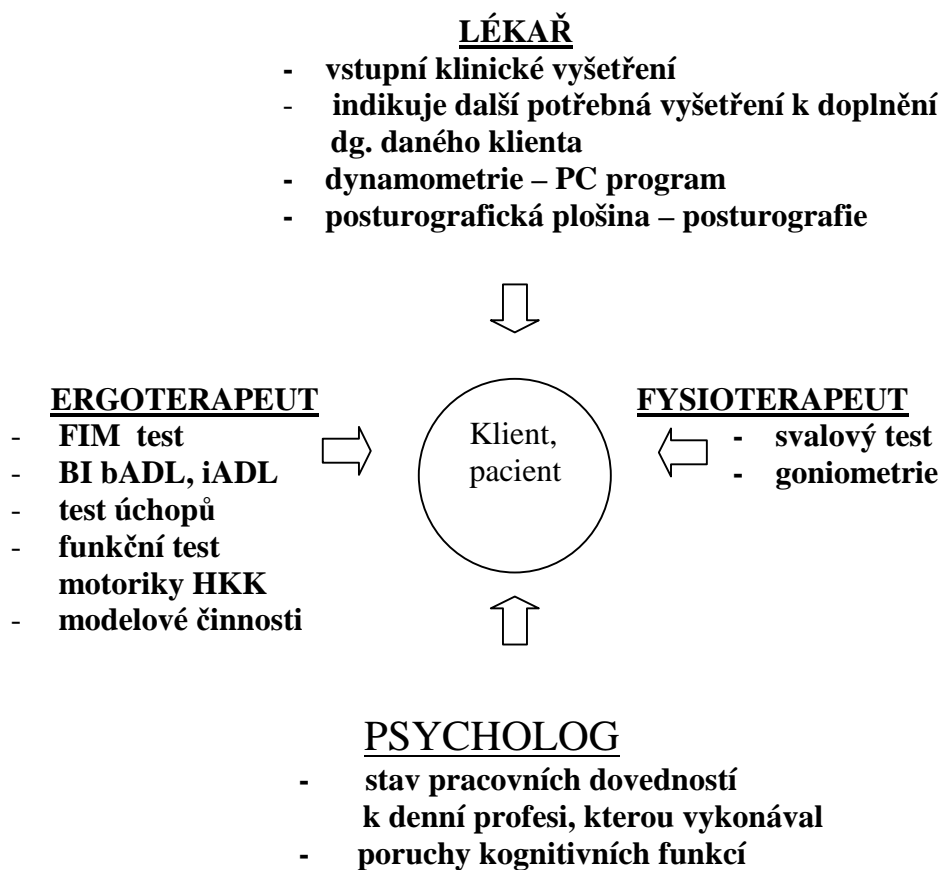
### § 75 Chráněné pracovní místo a chráněná pracovní dílna

*ods. 2* - Chráněné pracovní místo je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdrav. postižením na základě písemné dohody s úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě. Na vytvoření pracovní místa může poskytnout úřad práce zaměstnavateli příspěvek.

Zákon č. 435/ 2004 Sb. o zaměstnanosti.

Vyhláška MPSV ČR č. 518/ 2004, kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.

#### Příloha 4: Schéma multidisciplinárního týmu zajišťujícího ergodiagnostiku



**Příloha 5: Barthel index – BADL****BARTELŮV INDEX**  
**Hodnocení basálních ADL**

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

ČINNOST	HODNOCENÍ	Datum	Datum
1. NAJEDENÍ, NAPITÍ	sám 10b.		
	s pomocí 5b.		
	neprovede 0b		
2. OBLÉKÁNÍ	sám 10b.		
	s pomocí 5b.		
	neprovede 0b		
3. OSOBNÍ HYGIENA	sám 10b.		
	s pomocí 5b.		
	neprovede 0b		
4. KOUPÁNÍ	sám 10b.		
	s pomocí 5b.		
	neprovede 0b		
5. KONTINENCE MOČI	kontinentní 10b		
	občas inkont. 5b.		
	trvale inkont. 0b.		
6. KONTINENCE STOLICE	kontinentní 10b		
	občas inkont. 5b.		
	trvale inkont. 0b.		
7. POUŽITÍ WC	sám 10b.		
	s pomocí 5b.		
	neprovede 0b		
8. PŘESUN LŮŽKO/ŽIDLE, VOZÍK	sám 15b.		
	s pomocí 10b.		
	s dop. vyd. sed 5b.		
	neprovede 0b		
9. CHŮZE PO ROVINĚ	víc než 50m 15b.		
	s pomocí 10b.		
	na vozíku 5b.		
	neprovede 0b		
10. CHŮZE PO SCHODECH	sám 10b.		
	s pomocí 5b.		
	neprovede 0b		
<b>CELKOVÝ POČET BODŮ</b>			
<b>TEST PROVEDL</b>			

Hodnocení: 0 - 40 bodů vysoký stupeň závislosti

100 bodů nezávislý

45 - 60 bodů střední stupeň závislosti

65 - 95 bodů lehký stupeň závislosti

**Příloha 6: Barthel index – IADL**

**BARTELŮV INDEX**  
*Hodnocení instrumentálních ADL*

**Jméno a příjmení:**

**Rodné číslo:**

ČINNOST	HODNOCENÍ	Datum	Datum
1. JÍZDA DOPRAVNÍM PROSTŘEDKEM	zcela sám 10b.		
	s pomocí druhé osoby 5b.		
	neschopen 0b		
2. NÁKUP POTRAVIN	zcela sám 10b.		
	s pomocí druhé osoby 5b.		
	neschopen 0b		
3. UVAŘENÍ	samostatně celé jídle 10b.		
	jídlo si sám ohřeje 5b.		
	neschopen 0b		
4. DOMÁCÍ PRÁCE	sám bez asistence 10b.		
	s pomocí druhé osoby 5b.		
	neschopen 0b		
5. PRANÍ OS. PRÁDLA	zvládne samostatně 10b.		
	s pomocí druhé osoby 5b.		
	neschopen 0b		
6. TELEFONOVÁNÍ	vyhl. tel.č v tel.sezn. 10b		
	nutná pomoc. 5b.		
	neschopen 0b		
7. UŽÍVÁNÍ LÉKŮ	sám 10b.		
	vezme připravené léky 5b.		
	neschopen 0b		
8. ODESLÁNÍ POUKÁZKY NA POŠTĚ	sám 10b.		
	s asistencí 5b.		
	neschopen 0b		
<b>CELKOVÝ POČET BODŮ</b>			
<b>TEST PROVEDL</b>			

Hodnocení: 0 - 40 bodů závislý na IADL

41 - 75 bodů částečně závislý na IADL

76 bodů a více nezávislý

**Příloha 7: FIM test (funkční míra nezávislosti = Functional Independence Measure)**

**FIM test**  
(Funkční míra nezávislosti)

Jméno a příjmení:.....

R.č.:.....

**Tabulka hodnocení:**

<b>Nezávislost</b> 7 Plná soběstačnost 6 Částečná soběstačnost (komp. pomůcka)	<i>bez pomoci</i>
<b>Částečná závislost</b> 5 Supervize (dohled) 4 Minimální pomoc (klient +75%) 3 Střední pomoc (klient + 50%) <b>Plná závislost</b> 2 Výrazná pomoc (klient +25%) 1 Plná závislost (klient =0)	<i>s pomocí</i>

**Osobní péče:**

- A. Příjem potravy
- B. Osobní hygiena
- C. Koupání
- D. Oblékání - horní pol. těla
- E. Oblékání - dolní pol. těla
- F. Použití Wc

datum:

	příjem	propuštění

**Kontinence / Inkontinence:**

- G. Kontinence - močový měchýř
- H. Kontinence - konečník


**Přesuny:**

- I. Lůžko, židle, vozík
- J. WC
- K. Vana, sprcha


**Lokomoce:**

- L. Chůze / Vozík
- M. Schody

Chůze      Vozík      Obojí


**Pohybová dovednost:**

součet (max. 91 bodů)

.....

**Komunikace:**

**N. Expres**

**Audio**

**Video**

**Obojí**


**O. Vyjadřování**

**Verb.**

**Neverb.**

**Obojí**

**Sociální dovednosti:**

**P. Sociální kontakt**

**Q. Řešení problémů**

**R. Paměť**


***Psychické funkce:***

součet (max. 35 bodů)

.....

.....

**CELKEM:**

součet (max. 126 bodů)

--	--



## Příloha 8: Statický test úchopů horních končetin

### Vyšetření úchopu

Jméno a příjmení:..... Datum vyšetření:.....  
Rok narození:..... Datum konečného vyšetření:.....

#### Úchop bigigitální:

	<i>Pravá horní končetina</i>	<i>Levá horní končetina</i>
<b><i>Pinzetový</i></b>		
<b><i>Nehtový</i></b>		
<b><i>Klíčový</i></b>		
<b><i>Mincový</i></b>		

#### Úchop pluridigitální:

	<i>Pravá horní končetina</i>	<i>Levá horní končetina</i>
<b><i>Válcový, kulový</i></b>		
<b><i>Špetka</i></b>		
<b><i>Klika dveří</i></b>		
<b><i>Tužkový</i></b>		

Legenda: O - bez omezení SO - silné omezení  
MO - mírné omezení N - neprovede

#### Sledujeme:

- rozevření ruky ( extenze )
- sevření předmětu v ruce (incluze)
- držení ( retence )
- opětovné uvolnění předmětu (relaxace)
- přiblížení HKK k předmětu
- oddálení HKK od předmětu

## Příloha 9: Funkční test motoriky horních končetin

### Funkční test motoriky HKK

Jméno a příjmení: .....

R.č.: .....

Postižení: PHK LHK obě HKK			Testovaný: pravák/levák		
A - činnost pravé/levé ruky koordinace		Časový limit (s)	Datum hodnocení		
		norma			
1	Manipulace s klíči	20/23			
2	Šněrování a vázání klíčky - oběma rukama	27			
3	Šroubování matice prsty	13/16			
4	Šroubování šroubu prsty	13/15			
5	Šroubování šroubu šroubovákem - oběma rukama	25			
6	Manipulace dřevěným kolíkem	3/4			
7	Manipulace s konektorem	3/4			
8	Zapínání spínače - 5x	2/3			
9	Manipulace se zástrčkou	6/6			
10	Vytáčení čísel na telefonu	13/15			
11	Otáčení plynovým kohoutem	4/4			
12	Šroubování žárovka na panelu	6/7			
13	Otáčení vodovodního kohoutku	7/7			
14	Šroubování žárovky ve vzpažení	5/6			
15	Oblékání zástěry	20			
16	Úchop "talíře" - o 12 cm	4/4			
17	Manipulace s válci o 1 - 10 cm	32			
18	Navlékání gumiček na válec o 7 cm	20/18			
19	Vystřížení kolečka z papíru o 10cm	30			
20	Zapíchnutí 5 špendlíků	16/18			
součet		270/285			

#### B - jemná motorika

1	Navlékání - korálek o o 2 cm	45			
---	------------------------------	----	--	--	--

Hodnocení: 170 - 200 sec. v pásmu průměru

200 - 250 sec. JM zhoršená

250 a více sec. JM hrubě narušena

## **Příloha 10: Hodnocení modelových činností**

### **Hodnocení modelových činností**

Příjmení a jméno:.....R.č.:.....

Původní zaměstnání:

Záliby:

Modelová dílna:

Charakter činnosti:

Postoj k činnosti

- a) Pozitivní – velmi aktivní, snaživý
- b) Dobrý – ukázněný, plní zadané úkoly
- c) Negativní – pochybuje o významu, nekázeň, snaha se vyhnout

Manuální dovednost

- a) Dobré – zručné zacházení a racionální postup
- b) Snížené – menší obratnost, pracuje pomaleji
- c) Nedostatečné – nešikovnost, neschopnost manipulace s nástroji

Sociální kontakt

- a) Intenzivní – spolupracuje, event. pomáhá druhým, kooperativní
- b) Pasivní – nutné podněcování aktivit
- c) Hostilní – odmítá spolupráci, působí rušivě

Snášenlivost zátěže

- a) Dobrá – časovou jednotku zvládne bez únavy a bolesti
- b) Střední – po práci je mírná únava, bolest, která po krátkém odpočinku odezní
- c) Nedostatečná – po práci únava a bolest, přetrvávají déle než 2 hod

Zapojení postižených částí těla

- a) Plné – postiženou část těla plně zapojuje
- b) Částečné – postižená část zapojuje jen částečně
- c) Nedostatečně – postižená část nezapojuje

Kvalita práce

- a) Výborná – pracuje bez chyb
- b) Dobrá – výskyt chyb, časté dotazy, menší kvalita výrobku
- c) Nedostatečná – množství chyb

Motivace k práci

- a) Výborná
- b) Částečná
- c) Nedostatečná

Vnímavost k dopomoci (k učení)

- a) Velmi dobrá, správně chápe i interpretuje a realizuje instrukce
- b) Vyžaduje pravidelnou kontrolu a dohled
- c) Není schopen

Využití předchozí rekvalifikace

- a) Je možné
- b) Je pravděpodobné
- c) Nutná rekvalifikace

Závěr:

**Příloha 11: Žádost o pracovní rehabilitaci**

## **Příloha 12: Návrh na informační materiál**

Tyto informace by měly posloužit, dle mého názoru, jako informační „leták“ o ergodiagnostice.

### **Termíny používané v současné době:**

*Ergodiagnostika (analýza pracovních činností a zbytkového pracovního potenciálu) a předpracovní rehabilitace (trénink tolerance zátěže, vytrvalosti, nácvik pracovních dovedností apod.).*

zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti užívá termínu pracovní rehabilitace,

a pracovníci na úřadu práce používají termín – bilanční diagnostika.

Se všemi těmito termíny, synonymy se můžete setkat, pokud se budete chtít aktivně podílet na ergodiagnostice.

### **Co je Ergodiagnostika (předpracovní), pracovní rehabilitace, bilanční diagnostika?**

Ergodiagnostika (předpracovní), pracovní rehabilitace, bilanční diagnostika (dále jen ergodiagnostika) je nápomocna všem lidem, kteří chtějí pracovat neohroženě na zdravotní postižení, k nalezení vhodného pracovního místa. Jde o objektivní hodnocení, na kterém se podílí celý tým odborníků ve spolupráci s úřadem práce nejlépe v místě bydliště hodnoceného člověka.

### **V čem mi může ergodiagnostika pomoci?**

Ergodiagnostika zjišťuje zbytkový pracovní potenciál zdravotně znevýhodněné osoby. Posuzuje zdravotně znevýhodněnou osobu jako práce schopnou a díky tomu je i schopna doporučit, co by určitý člověk mohl vykonávat za zaměstnání vzhledem ke všem jeho omezením a znevýhodněním.

### **Kde se mohu o ergodiagnostice informovat?**

Potřebné informace Vám poskytne příslušný úřad práce (Úřad práce v Českých Budějovicích, Klavíkova 1570/7), nejlépe odbor zprostředkování. Dále se můžete informovat v centrech ucelené rehabilitace (Nemocnice České Budějovice, a.s.; B. Němcové 54 – Rehabilitační oddělení).

Všechny potřebné informace naleznete i na internetových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí (<http://portal.mpsv.cz>).

Úřady práce, podle místa trvalého bydliště osoby se zdravotním postižením, zabezpečují pracovní rehabilitaci. Ergodiagnostika je prováděna ve spolupráci s pracovními rehabilitačními středisky, s centry ucelené rehabilitace.

### **Co bych měl udělat, abych se mohl/a ergodiagnostiky aktivně zúčastnit?**

Zdravotně postižená osoba musí o ergodiagnostiku a přípravu k práci požádat příslušný úřad práce, a řádně vyplnit žádost o pracovní rehabilitaci (viz. příloha 11).

### **Kde se ergodiagnostika provádí?**

Ergodiagnostika se provádí na specializovaných pracovištích, nejčastěji v centrech ucelené rehabilitace ( v Českých Budějovicích viz.výše)

### **Co mám udělat s výsledky ergodiagnostiky? Kdo mi může pomoci nalézt vhodné pracovní uplatnění?**

K nalezení vhodného pracovního místa Vám pomůže úřad práce (odbor zprostředkování), popř. ve spolupráci s centry podporovaného zaměstnávání - České Budějovice – MESADA, občanské sdružení – J.Š.Baara 21 nebo [www.masada.eu](http://www.masada.eu), [cbudejovice@mesada.eu](mailto:cbudejovice@mesada.eu).

Dále Vám mohou pomoci na těchto místech:

- FOKUS České Budějovice – Sdružení pro pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním. KD Vltava, Fr. Ondříčka 46, 370 11 České Budějovice.
- Jihočeská sociální pomoc o.p.s. – Klavíkova 7, 370 04 České Budějovice.
- KONÍK – občanské sdružení – Česká 30, 370 01 České Budějovice.
- Městská charita České Budějovice – Tolerance České Budějovice 2007 – Jírovцова 12, 370 01 České Budějovice.
- Další viz.: Průvodce sociálními službami města České Budějovice

### **Financování ergodiagnostiky?**

Ergodiagnostika je financována dle zákona č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, §70, zvláště podle vyhlášky MPSV ČR č. 518/ 2004, kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, viz. § 2 a §3. Ergodiagnostika je tedy hrazena z finančních prostředků úřadů práce.



