

• Bożena Kurkus-Rozowska •

Kwestionariusz samooceny

osób niepełnosprawnych
dla celów poradnictwa zawodowego

Warszawa 2007

CIOP  **PIB**

© Copyright by Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
Warszawa 2007



Centralny Instytut Ochrony Pracy – Państwowy Instytut Badawczy
ul. Czerniakowska 16, 00-701 Warszawa
tel. (48-22) 623 36 98, fax (48-22) 623 36 93
www.ciop.pl, e-mail: bokur@ciop.pl, kancelaria@ciop.pl

Celem tego kwestionariusza jest uzyskanie informacji o tym, jak Pan(i) sam(a) ocenia swoje możliwości podjęcia pracy, a więc swój stan zdrowia, sprawność fizyczną i psychiczną, zainteresowania zawodowe i rodzaje prac, które Pan(i) lubi wykonywać, oczekiwania i obawy związane z przyszłą pracą, a także zamierzenia związane z ewentualnym podjęciem dalszego kształcenia.

Dziękujemy serdecznie za wyczerpujące odpowiedzi na wszystkie pytania kwestionariusza, które będą ważnym źródłem informacji o Panu(i).

Po dokładnym przeanalizowaniu odpowiedzi, jak również zapoznaniu się z wynikami badań lekarskich i testowych, będziemy chcieli pomóc Panu(i) w wyborze kierunku dalszego kształcenia lub w wyborze i znalezieniu optymalnej pracy.

Zależy nam, aby nasze wspólne starania zakończyły się uzyskaniem przez Pana(ią) pracy, która będzie nie tylko źródłem utrzymania, ale także zadowolenia.

Instrukcja

Prosimy Pana(ią) o samodzielne wypełnienie kwestionariusza, ale w razie trudności z jego wypełnieniem prosimy się zwrócić o pomoc do jednego z członków zespołu zajmującego się poradnictwem zawodowym.

Przed przystąpieniem do udzielania odpowiedzi należy zastanowić się nad swoją sytuacją, przeanalizować swoje możliwości i potrzeby i dopiero wówczas rozpocząć jego dokładne wypełnianie.

Kwestionariusz obejmuje następujące trzy główne działy:

- I Informacje ogólne**
- II Własna ocena niepełnosprawności i możliwości**
- III Informacje o wykształceniu, pracy oraz zainteresowaniach zawodowych**

Dla trzech grup osób niepełnosprawnych – niewidomych i słabowidzących, głuchych i słabosłyszących, oraz osób z dysfunkcją narządu ruchu – przygotowano dodatkowy zestaw pytań (w dziale drugim), uwzględniający specyfikę ich potrzeb.

Odpowiadając na pytania oznaczone gwiazdką * należy wybrać jedną lub kilka odpowiedzi umieszczonych pod pytaniem. Wybrane odpowiedzi należy zakreślić kółkiem. Odpowiadając na pozostałe pytania, należy własną odpowiedź wpisać w miejsce kropek.

I. Informacje ogólne

Nazwisko

Imię

Adres

Data urodzenia

Wiek Płeć

Liczba rodzeństwa

Którym dzieckiem w rodzinie jest Pan(i)?

Czy w Pana(i) bliskiej rodzinie jest osoba niepełnosprawna? TAK NIE

Jeśli TAK, to kto to jest:

- a) matka
- b) ojciec
- c) ktoś z rodzeństwa
- d)

Liczba dzieci

Stan cywilny

1. Gdzie Pan(i) mieszka:*

- a) duże miasto
- b) małe miasto
- c) wieś.

2. Jaka jest Pana(i) sytuacja mieszkaniowa:*

- a) bardzo dobra
- b) dobra
- c) dostateczna
- d) zła.

Jeżeli dostateczna lub zła, proszę podać, dlaczego:

.....
.....
.....

3. Ile osób oprócz Pana(i) prowadzi gospodarstwo domowe?

Proszę wymienić, jakie to osoby:.....

.....

4. Co jest Pana(i) źródłem utrzymania:*

- a) własna praca zarobkowa
- b) dochody z gospodarstwa rolnego
- c) renta
- d) pomoc społeczna
- e) dochody innych członków rodziny
- f) inne, jakie:.....

5. Jaka jest Pana(i) sytuacja finansowa:*

- a) bardzo dobra
- b) dobra
- c) dostateczna
- d) zła.

6. Kto w chwili obecnej Panu(i) pomaga:*

- a) rodzice
- b) rodzeństwo
- c) współmałżonek
- d) dzieci
- e) inne osoby, jakie:
- f) nikt nie pomaga.

7. Czy oczekuje Pan(i) dodatkowej pomocy?*

- a) tak
- b) nie.

8. Jeżeli tak, to od kogo oczekuje Pan(i) pomocy:*

- a) od rodziny
- b) sąsiadów
- c) zakładu pracy
- d) pomocy społecznej
- e) innych osób, jakich:

.....

f) innych instytucji, jakich:

.....

.....

.....

9. W jakiej formie oczekuje Pan(i) pomocy:*

- a) rozmowy i zrozumienia
- b) zachęty do działania
- c) podczas codziennych obowiązków domowych
- d) w znalezieniu pracy
- e) w zdobyciu wykształcenia lub w nauce
- f) pomocy materialnej
- g) innej, jakiej:

.....

.....

.....

II. Własna ocena niepełnosprawności i możliwości

1. Jaki jest rodzaj Pana(i) niepełnosprawności (przebyte choroby, urazy, wady wrodzone) – proszę wymienić:

.....
.....
.....

2. Kiedy rozpoznano niepełnosprawność:*

- a) przy urodzeniu
- b) 1 – 3 rok życia
- c) w wieku przedszkolnym
- d) w okresie szkoły podstawowej
- e) w okresie późniejszym, kiedy:

3. Czy posiada Pan(i) grupę inwalidzką lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:*

- a) tak
 - I grupę – stopień znaczny
 - II grupę – stopień umiarkowany
 - III grupę – stopień lekki
- b) nie.

Jeżeli tak, to od kiedy:.....

4. Czy orzeczenie KIZ o przyznanym świadczeniu jest stałe?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli nie, to do kiedy:

5. Czy wymaga Pan(i) stałej opieki lekarskiej i leczenia?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli tak, to jak często:

6. Czy ma Pan(i) trudności wynikające z niepełnosprawności (proszę wymienić, jakie):

– podczas wykonywania czynności domowych:

.....

.....

– w porozumiewaniu się z innymi ludźmi:

.....

.....

– w korzystaniu ze środków lokomocji:

.....

.....

– w wykonywaniu pracy zawodowej:

.....

7. Czy ma Pan(i) jakieś przeciwwskazania lekarskie do podjęcia pracy zawodowej?*

a) tak

b) nie.

Jeżeli tak, to jakie:.....

.....

.....

8. Czy brał(a) Pan(i) udział w programie rehabilitacji?*

a) tak

jaka to była rehabilitacja:

.....

.....

b) nie.

9. Czy jest Pan(i) zadowolony(a) z dotychczasowej rehabilitacji?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli nie, to dlaczego:

.....
.....

10. Czy stosuje Pan(i) sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy (protezy, ortezy, aparaty ortopedyczne, stomie, wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, szkła korekcyjne o dużej ogniskowej, białe laski itp.)?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli tak, to jaki:

.....

11. Czy posiadany sprzęt rehabilitacyjny i pomocniczy jest wystarczający?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli nie, to dlaczego?

.....
.....

12. Czy uważa Pan(i), że podjęcie pracy pomoże Panu(i) w dalszej rehabilitacji i poprawi ogólną sprawność?*

- a) tak
- b) nie.

Dlaczego:

.....
.....

13. Jak ocenia Pan(i) swoją ogólną sprawność fizyczną:*

- a) dobra
- b) ograniczona, ale nie wpływa to na możliwość podjęcia pracy zawodowej
- c) ograniczona, wpływa to na możliwość podjęcia pracy zawodowej
- d) znacznie ograniczona.

14. Jakie posiadane przez Pana(ią) cechy fizyczne (zdolności manualne, sprawność wzroku, sprawność słuchu, sprawność dotyku, sprawność ruchowa, umiejętności itp.) nie ograniczone chorobą lub niepełnosprawnością mogą być wykorzystane w przyszłej pracy?

.....
.....
.....

15. Jakie posiadane przez Pana(ią) cechy psychiczne (uzdolnienia, cechy charakteru, znajomość języków obcych, usposobienie, kontakty z ludźmi, pamięć, itp.) nie ograniczone chorobą lub niepełnosprawnością mogą być wykorzystane w przyszłej pracy?

.....
.....
.....

II A. Własna ocena niepełnosprawności

Wypełnia osoba z dysfunkcją narządu ruchu

1. Jaka jest przyczyna Pana(i) niepełnej sprawności ruchowej?

Proszę wymienić:

.....
.....

2. Jak ocenia Pan(i) sprawność rąk (jeżeli niesprawność dotyczy tylko jednej ręki, proszę podać, której):*

2.1 chwytność rąk:

- a) pełna
- b) ograniczona, w niewielkim stopniu
- c) znacznie ograniczona

2.2 precyzja ruchów:

- a) pełna
- b) ograniczona, w niewielkim stopniu
- c) znacznie ograniczona

2.3 siła rąk:

- a) pełna
- b) ograniczona, w niewielkim stopniu
- c) znacznie ograniczona.

3. Jak ocenia Pan(i) sprawność kończyn górnych (jeżeli niesprawność dotyczy tylko jednej kończyny, proszę podać, której):*

3.1 zasięg ruchów w stawach nadgarstka:

- a) pełny
- b) ograniczony, w niewielkim stopniu
- c) znacznie ograniczony

3.2 zasięg ruchów w stawach łokciowych:

- a) pełny
- b) ograniczony, w niewielkim stopniu
- c) znacznie ograniczony

3.3 zasięg ruchów barków:

- a) pełny
- b) ograniczony, w niewielkim stopniu
- c) znacznie ograniczony.

4. Jak ocenia Pan(i) sprawność nóg (jeżeli niesprawność dotyczy tylko jednej kończyny dolnej, proszę podać, której):*

- a) pełna
- b) ograniczona, ale chodzę samodzielnie
- c) ograniczona, ale chodzę przy pomocy osób drugih
- d) ograniczona, chodzę z pomocą laski
- e) ograniczona, chodzę z pomocą kul
- f) ograniczona, poruszam się na wózku inwalidzkim.

5. Jak ocenia Pan(i) sprawność swojego kręgosłupa:*

- a) pełna
- b) ból ogranicza wykonywanie pracy przez dłuższy okres podczas:
 - stania
 - siedzenia
 - chodzenia
 - częstych zmian pozycji ciała
- c) mam ograniczenia w ruchach kręgosłupa:
 - skrętnych
 - zginania
 - prostowania.

6. Czy do pracy wymaga Pan(i) stanowiska specjalnie oprzyrządowanego?*

- a) tak
- b) nie.

Jeśli tak, to czy potrzebne są Panu(i):

- podpórki pod ręce
- podpórki pod nogi
- specjalne ustawienie powierzchni roboczej
- inne wymogi, jakie:
- nie wiem.

7. Czy bariery architektoniczne w miejscu zamieszkania utrudniają decyzję o podjęciu pracy?

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli tak, to jakie:

.....

.....

.....

II B. Własna ocena niepełnosprawności

Wypełnia osoba głucha lub słabosłysząca

1. Czy jest Pan(i):*

- a) głuchoniemy(a)
- b) głuchy(a)
- c) słabosłyszący(a)

2. Od jak dawna Pan(i) nie słyszy:*

- a) od urodzenia
- b) od roku życia.

3. Co było przyczyną utraty słuchu?

.....
.....

4. Kiedy mówi do Pana(i) osoba słyszająca, to:*

- a) rozumiem wszystko
- b) rozumiem mało
- c) nic nie rozumiem.

5. Osoby słyszące:*

- a) rozumieją mnie, kiedy mówię
- b) rozumieją mnie, kiedy piszę
- c) nie rozumieją mnie, kiedy mówię
- d) nie rozumieją mnie, kiedy piszę.

6. Czy ma Pan(i) aparat słuchowy?*

- a) mam 2 aparaty
- b) mam 1 aparat
- c) nie mam aparatu.

7. Czy w Pana(i) rodzinie jest jeszcze ktoś, kto jest:*

- a) głuchy, kto?
- b) słabosłyszący, kto?

8. Czy w ostatnim zakładzie pracy, w którym Pan(i) pracował(a) pracowali głusi?*

- a) tak
- b) nie.

9. Kto słyszący dobrze posługiwał się językiem migowym w tym zakładzie:*

- a) kierownik
- b) mistrz
- c) brygadzysta
- d) pracownik w biurze
- e) kolega lub koleżanka w pracy
- f) tłumacz języka migowego
- g) inna osoba, kto?

10. Czy podejmie Pan(i) pracę w zakładzie, gdzie nikt nie zna języka migowego?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli nie, to dlaczego ?

.....

.....

.....

II C. Własna ocena niepełnosprawności

Wypełnia osoba niewidoma lub słabowidząca

1. Czy jest Pan(i):*
 - a) niewidomym(a)
 - b) słabowidzącym(a)?

2. Od jak dawna jest Pan(i) niewidomym(a) lub słabowidzącym(a):*
 - a) od urodzenia
 - b) od roku życia.

3. Jaka jest przyczyna utraty wzroku?
.....
.....

4. Jakie są wskazania lub przeciwwskazania okulistyczne dotyczące rodzaju lub warunków pracy?
.....
.....

5. Czy w poruszaniu się w przestrzeni:*
 - a) posługuje się Pan(i) białą laską
 - b) posługuje się Pan(i) psem przewodnikiem
 - c) korzysta Pan(i) z przewodnika
 - d) porusza się Pan(i) samodzielnie, bez ograniczeń (osoby słabowidzące).

6. Czy posiada Pan(i) umiejętność:*
 - a) pisania i czytania systemem Braille'a
 - b) pisania na maszynie brajlowskiej
 - c) pisania na maszynie do pisania (czarnodrukowej)
 - d) posługiwania się komputerem
 - e) posługiwania się zwykłym pismem.

Jeżeli tak, to proszę podać, z jakiego dodatkowego sprzętu Pan(i) korzysta:

.....
.....

Dla słabowidzących

7. Czy wykonując pracę, korzysta Pan(i) ze wzroku przy:*

- a) orientowaniu się na stanowisku pracy
- b) orientowaniu się w miejscu pracy
- c) wykonywaniu czynności i zadań zawodowych
- d) sprawdzaniu poprawności wykonania czynności zawodowych.

8. Czy rozróżnia Pan(i) podstawowe barwy?*

- a) tak
- b) nie.

Jeśli tak, to które?

- zieloną
- czerwoną
- niebieską.

9. Czy przy czytaniu korzysta Pan(i) z powiększonego druku?*

- a) tak
- b) nie.

10. Czy do wykonywania pracy potrzebuje Pan(i) specjalnych pomocy optycznych?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli tak, to jakich:

.....
.....

11. Czy do wykonywania pracy potrzebuje Pan(i) specjalnego oświetlenia?*

- a) tak
- b) nie.

Jeśli tak, to jakiego:

.....
.....

12. Czy potrzebuje Pan(i) stanowiska pracy kolorystycznie zróżnicowanego, o wysokim kontraście?*

- a) tak
- b) nie.

13. Czy potrzebuje Pan(i) innego przystosowania stanowiska pracy?*

a) tak

b) nie.

Jeśli tak, to jakiego:

.....

.....

.....

III. Informacje o wykształceniu, pracy i zainteresowaniach zawodowych

1. Jakie jest Pana(i) wykształcenie ogólne lub zawodowe? Proszę zaznaczyć i opisać wszystkie ukończone szkoły:*

- | | | |
|-------------------------|--------------|---------|
| a) podstawowa specjalna | – * niepełna | * pełna |
| b) zawodowa specjalna | – * niepełna | * pełna |
| c) podstawowa | – * niepełna | * pełna |
| d) zasadnicza zawodowa | – * niepełna | * pełna |
| jaka: | | |
| e) średnia zawodowa | – * niepełna | * pełna |
| jaka: | | |
| f) średnia ogólna | – * niepełna | * pełna |
| g) wyższa | – * niepełna | * pełna |
| jaka: | | |

Czy ukończył(a) Pan(i) kursy zawodowe, a jeżeli tak, to jakie:

.....

.....

.....

2. Czy ze względu na stan zdrowia może Pan(i) pracować w swoim dotychczasowym, wyuczonym zawodzie?*

- a) tak
- b) nie.

Jeśli nie, to dlaczego:

.....

.....

.....

.....

3. Czy po nabyciu niepełnosprawności zdobył(a) Pan(i) dodatkowe kwalifikacje zawodowe, zmienił(a) zawód?

- a) tak
- b) nie.

Jeśli tak, to jakie:

.....
.....

4. Kto wybrał Panu(i) zawód:*

- a) ja sam(a)
- b) rodzice
- c) nauczyciel
- d) inne osoby, jakie:.....

5. Jeżeli zdobył(a) Pan(i) kwalifikacje zawodowe będąc osobą niepełnosprawną, czy lubi Pan(i) wyuczony zawód?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli nie, to dlaczego:

.....

6. Jeżeli zdobył(a) Pan(i) kwalifikacje zawodowe będąc osobą niepełnosprawną, czy chciałby(aby) Pan(i) pracować w tym zawodzie?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli nie, to dlaczego:

.....
.....
.....

7. Czy chciałby(aby) Pan(i) zmienić zawód?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli tak, to dlaczego:

.....
.....

8. Czy chciałby(aby) Pan(i) uczestniczyć w kursach zawodowych lub innych formach szkolenia?*

- a) tak
- b) nie.

Jeżeli tak, to w jakich:

.....
.....

9. Dlaczego chciałby(aby) Pan(i) podjąć pracę:*

- a) chcę zarabiać na życie
- b) chcę być wśród ludzi
- c) namawia mnie do tego rodzina i inne osoby
- d) z innych przyczyn, jakich:

.....
.....

10. Gdzie i jak długo był(a) Pan(i) zatrudniony(a)? Proszę podać nazwę zakładu i lata pracy:

– przed nabyciem niepełnosprawności:

.....
.....
.....

– będąc osobą niepełnosprawną:

.....
.....
.....

11. Dlaczego jest Pan(i) obecnie bez pracy:*

- a) nie podjąłem(ęłam) jeszcze pracy po wypadku, chorobie
- b) zostałem(am) zwolniony(a) z ostatniego miejsca pracy
- c) zwolniłem(am) się sam(a)
- d) poszukuję pracy po raz pierwszy
- e) z innej przyczyny, jakiej:

.....
.....

12. Jeżeli zwalniał Pana(ią) zakład pracy, to co było tego powodem:*

- a) brak pracy
- b) likwidacja zakładu
- c) picie alkoholu
- d) konflikty z przełożonym
- e) częste choroby
- f) inny powód, jaki:

.....

g) nie wiem, z jakiego powodu.

Ile razy był(a) Pan(i) zwalniany(a):

13. Jeżeli zwalniał(a) się Pan(i) sam(a), to dlaczego:*

- a) z powodu niskich zarobków
- b) z powodu trudnych dojazdów do pracy
- c) praca była za ciężka
- d) praca była za trudna
- e) kierownik był niesprawiedliwy
- f) źle byłem(am) traktowany(a) z powodu niepełnosprawności
- g) z innego powodu, jakiego:

.....

Ile razy Pan(i) się zwalniał(a):

14. Jak długo pozostaje Pan(i) obecnie bez pracy?

15. Kto Panu(i) doradził zgłosić się do naszej instytucji?

.....

16. Jakie uzdolnienia i umiejętności chciałby(aby) Pan(i) wykorzystać w przyszłej pracy?

.....

.....

17. Jakiego typu pracy Pan(i) poszukuje:*

a) umysłowej
jakiego rodzaju?

.....

b) fizycznej
jakiego rodzaju?

.....

c) manualnej
jakiego rodzaju?

.....

18. Czy woli Pan(i) pracę: *

- a) w instytucji państwowej
- b) w firmie prywatnej
- c) w zakładzie pracy chronionej
- d) samodzielnie, na własnym rozrachunku
- e) w domu, jako chałupnik
- f) w innej formie, jakiej:

.....

19. Czy woli Pan(i) pracę: *

- a) spokojną
- b) zmienną (urozmaiconą)
- c) siedzącą
- d) w ruchu
- e) związaną z wykonywaniem różnych czynności
- f) o innych cechach, jakich:

.....

.....

.....

20. Czy woli Pan(i) pracę wykonywaną:*

- a) indywidualnie
- b) w małym zespole we współpracy z innymi ludźmi
- c) w dużym zespole we współpracy z innymi ludźmi
- d) inną, jaką:

.....

.....

.....

- 21.** Czy woli Pan(i) pracę:*
- a) w zespole tej samej płci
 - b) w zespole złożonym z kobiet i mężczyzn
 - c) w grupie osób niepełnosprawnych
 - d) w grupie osób pełnosprawnych

- 22.** Czy może Pan(i) pracować sam(a) bez nadzoru i pomocy?*
- a) tak
 - b) nie.

Jeżeli nie, to dlaczego?

.....

.....

- 23.** Czy chciałby(aby) Pan(i) pracować w systemie pracy zmianowej?*
- a) tak
 - b) nie.

24. Czego Pan(i) nie lubi w pracy?

.....

.....

25. Co Pana(ią) męczy w pracy?

.....

.....

- 26.** Ile godzin dziennie chciałby(aby) Pan(i) pracować:*
- a) 2 godziny
 - b) 4 godziny
 - c) 6 godzin
 - d) więcej, ile?

- 27.** Ile dni w tygodniu chciałby(aby) Pan(i) pracować:*
- a) 2 razy w tygodniu
 - b) 3 razy w tygodniu
 - c) 4 razy w tygodniu
 - d) 5 razy w tygodniu.

28. Czy Pana(i) stanowisko pracy musi mieć specjalne wyposażenie?*

- a) tak
- b) nie
- c) nie wiem.

Jeżeli tak, to jakie:

.....
.....

29. Jakiej wysokości miesięczne wynagrodzenie określa Pan(i) jako najniższe za wykonywanie poszukiwanej pracy?

30. W jakich warunkach zdecydowanie nie chciałby(aby) Pan(i) pracować (np. praca związana z dalekim dojazdem, w wysokiej temperaturze, z dźwigniem ciężarów itp.)?

.....
.....
.....
.....

31. Czy samodzielnie korzysta Pan(i) ze środków komunikacji miejskiej w dojazdach do pracy?*

- a) tak
- b) nie.

32. Czy ma Pan(i) i prowadzi samodzielnie samochód?*

- a) tak
- b) nie.