

KWESTIONARIUSZ DO BADANIA WARUNKÓW PRACY

4.3.2.1. Informacje o osobie pracującej

	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wiek: <u> </u> <u> </u>
	Wykształcenie <input type="checkbox"/> Podstawowe/zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe
	Zawód wykonywany:
	Rodzaj wykonywanej pracy: <input type="checkbox"/> praca fizyczna <input type="checkbox"/> praca umysłowa <input type="checkbox"/> praca fizyczna i umysłowa
	Staż pracy całkowity (w latach): <u> </u> <u> </u>
	Staż pracy w obecnej firmie (w latach): <u> </u> <u> </u>
	Rodzaj umowy: <input type="checkbox"/> umowa o pracę na nasz określony <input type="checkbox"/> umowa o pracę na czas nieokreślony <input type="checkbox"/> umowa na okres próbny <input type="checkbox"/> umowa na zastępstwo <input type="checkbox"/> umowa tymczasowa <input type="checkbox"/> umowa zlecenie <input type="checkbox"/> umowa o dzieło <input type="checkbox"/> samozatrudnienie
	Gdzie jest Pana(i) główne miejsce pracy? <input type="checkbox"/> W siedzibie mojego pracodawcy <input type="checkbox"/> W siedzibie klienta <input type="checkbox"/> W samochodzie lub innym pojeździe <input type="checkbox"/> Na zewnątrz pomieszczeń (na budowie, na polu rolniczym, na ulicy miasta) <input type="checkbox"/> W moim własnym domu <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/> Brak odpowiedzi

1. Materialne środowisko pracy

Prosimy zaznaczyć odpowiedź we właściwej kolumnie obok pytania		Cały/ prawie cały czas	Około $\frac{3}{4}$ czasu	Około $\frac{1}{2}$ czasu	Około $\frac{1}{4}$ czasu	Prawie nigdy/ nigdy
2.1.	Czy jest Pan(i) narażony(-a) na drgania, które działają na całe ciało?	5	4	3	2	1
2.2.	Czy jest Pan(i) narażony(-a) na drgania, które działają na ręce?	5	4	3	2	1
2.3.	Czy jest Pan(i) narażony(-a) na hałas tak głośny, że trzeba podnosić głos mówiąc do innych osób?	5	4	3	2	1
2.4.	Czy jest Pan(i) narażony(-a) na hałas, który nie jest bardzo głośny, ale przeszkadza w pracy?	5	4	3	2	1
2.5.	Czy jest Pan(i) narażony(-a) na wysokie temperatury?	5	4	3	2	1
2.6.	Czy jest Pan(i) narażony(-a) na niskie temperatury?	5	4	3	2	1
2.7.	Czy jest Pan(i) narażony(-a) na wdychanie dymu, oparów, kurzu lub pyłów?	5	4	3	2	1
2.8.	Czy jest Pan(i) narażony(-a) na kontakt z produktami lub substancjami chemicznymi?	5	4	3	2	1
2.9	Czy jest Pan(i) narażony(-a) na kontakt z materiałami, które mogą być zakaźne?	5	4	3	2	1
2.10.	Czy wykonywana przez Pana(-ią) praca wiąże się z koniecznością przyjmowania wymuszonych, niewygodnych pozycji (np. ręce w górze, skręt tułowia, uginanie nóg itp.) ?	5	4	3	2	1
2.11.	Czy wykonywana przez Pana(-ią) praca wiąże się z noszeniem lub przesuwanem ciężkich ładunków?	5	4	3	2	1
2.12.	Czy wykonywana przez Pana(-ią) praca wiąże się z koniecznością wykonywania powtarzalnych ruchów ręki lub ramienia?	5	4	3	2	1

Prosimy zaznaczyć odpowiedź we właściwej kolumnie obok pytania		Cały/ prawie cały czas	Około $\frac{3}{4}$ czasu	Około $\frac{1}{2}$ czasu	Około $\frac{1}{4}$ czasu	Prawie nigdy/ nigdy
2.13.	Czy wykonywana przez Pana(-ią) praca wiąże się z koniecznością długotrwałego pozostawania w pozycji siedzącej ?	5	4	3	2	1
2.14.	Czy wykonywana przez Pana(-ią) praca wymaga współpracy z robotami ?	5	4	3	2	1
2.15.	Czy wykonywana przez Pana(-ią) praca wymaga noszenia środków ochrony indywidualnej ?	5	4	3	2	1

2. Psychospołeczne i organizacyjne czynniki w środowisku pracy

Prosimy zaznaczyć odpowiedź we właściwej kolumnie obok pytania		Zawsze	Często	Czasa- mi	Rzadko	Prawie nigdy/ nigdy
3.1.	Czy Pana(-i) praca wymaga wykonywania zadań z bardzo dużą prędkością?	5	4	3	2	1
3.2.	Czy Pana(-i) praca wymaga dotrzymywania napiętych terminów?	5	4	3	2	1
3.3.	Czy Pana(-i) praca wymaga wykonywania monotonicznych czynności?	5	4	3	2	1
3.4.	Czy Pana(-i) praca wymaga wykonywania złożonych, trudnych czynności?	5	4	3	2	1
3.5.	Czy Pana(-i) błędy w wykonywaniu pracy mogą powodować wypadki lub awarie?	5	4	3	2	1
3.6.	Czy powierzane Panu(i) zadania są dostosowane do Pana(i) do umiejętności?	1	2	3	4	5
3.7.	Czy, jeżeli praca wymaga uczenia się nowych rzeczy, otrzymuje Pan(i) odpowiednie szkolenie?	1	2	3	4	5

Prosimy zaznaczyć odpowiedź we właściwej kolumnie obok pytania		Zawsze	Często	Czasami	Rzadko	Prawie nigdy/nigdy
3.8.	Czy w pracy może Pan(i) liczyć na wsparcie współpracowników?	1	2	3	4	5
3.9.	Czy w pracy może Pan(i) liczyć na wsparcie przełożonego?	1	2	3	4	5
3.10.	Czy ma Pan(i) możliwość wyboru lub zmiany sposobu wykonywania swojej pracy?	1	2	3	4	5
3.11.	Czy ma Pan(i) możliwość wyboru lub zmiany czasu przerwy w pracy?	1	2	3	4	5

Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy był(a) Pan(i) narażony(a) w swoim miejscu pracy na:		Tak	Nie
3.12.	Dyskryminację (np. ze względu na wiek, płeć, pochodzenie etniczne lub kolor skóry, narodowość, niepełnosprawność)?	5	1
3.13.	Zastraszanie, nękanie słowne (wzywiska, groźby, zniewagi)	5	1
3.14.	Przemoc fizyczną	5	1
3.15.	Molestowanie seksualne	5	1

4. Ogólna ocena warunków pracy

4.1	Biorąc pod uwagę występujące w pracy zagrożenia i stosowane środki ochrony, realizowane zadania i wymagania pracy oraz perspektywy zawodowe, warunki swojej pracy ocenia Pan(i) jako: <input type="checkbox"/> dobre <input type="checkbox"/> raczej dobre <input type="checkbox"/> ani dobre, ani złe <input type="checkbox"/> raczej złe <input type="checkbox"/> złe
4.2.	Czy uważa Pan(i), że Pana(i) zdrowie lub bezpieczeństwo jest zagrożone przez Pana(i) pracę? <input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem
4.3.	Czy Pana(i) praca ma wpływ na Pana(i) zdrowie? <input type="checkbox"/> Tak, głównie pozytywny <input type="checkbox"/> Tak, głównie negatywny <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem

5. Ocena perspektyw

		Tak	Nie	Nie wiem
5.1.	Czy sądzi Pan(i), że będzie Pan(i) w stanie wykonywać swoją obecną lub podobną pracę do 60 roku życia?	1	5	0
5.2.	Czy sądzi Pan(i), że będzie Pan(i) w stanie zmienić pracę na inną po ukończeniu 55 roku życia?	1	5	0
5.3.	Czy obawia się Pan(i), że w najbliższym czasie może stracić pracę?	1	5	0
5.4.	Czy sądzi Pan(i), że w przypadku utraty pracy łatwo znajdzie Pan(i) inne zatrudnienie?	1	5	0

6. Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą

6.1.	<p>Czy w ciągu ostatniego roku uległ(a) Pan/Pani wypadkowi podczas wykonywania pracy?</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Tak – jeden raz</p> <p><input type="checkbox"/> Tak – dwa razy lub więcej</p>	6.2.	<p>Jeżeli tak, to jak długo był Pan(i) nieobecny w pracy z powodu wypadku w ciągu ostatniego roku?</p> <p><input type="checkbox"/> nie dłużej niż 3 dni</p> <p><input type="checkbox"/> od 4 dni do 2 tygodni</p> <p><input type="checkbox"/> od 2 tygodni do miesiąca</p> <p><input type="checkbox"/> od 1 do 3 miesięcy</p> <p><input type="checkbox"/> powyżej 3 miesięcy</p>
6.3.	<p>Czy w ciągu ostatniego roku odczuwał(a) Pan/Pani dolegliwości zdrowotne (fizyczne lub psychiczne), które powstały lub pogłębiły się z powodu wykonywanej przez Pana/Panią pracy?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak</p> <p><input type="checkbox"/> Nie</p> <p><input type="checkbox"/> Nie wiem</p>	6.4.	<p>Jeżeli tak, to jak długo był Pan(i) nieobecny w pracy z powodu tych dolegliwości w ciągu ostatniego roku?</p> <p><input type="checkbox"/> nie dłużej niż 3 dni</p> <p><input type="checkbox"/> od 4 dni do 2 tygodni</p> <p><input type="checkbox"/> od 2 tygodni do miesiąca</p> <p><input type="checkbox"/> od 1 do 3 miesięcy</p> <p><input type="checkbox"/> powyżej 3 miesięcy</p>