

Kwestionariusz do badania warunków pracy

1. Informacje o osobie pracującej

	Płeć: <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wiek: _ _
	Wykształcenie <input type="checkbox"/> Podstawowe/zawodowe <input type="checkbox"/> Średnie <input type="checkbox"/> Policealne <input type="checkbox"/> Wyższe

2. Materialne środowisko pracy

	Prosimy zaznaczyć odpowiedź we właściwej kolumnie obok pytania	Cały/ prawie cały czas	Około ³ / ₄ czasu	Około ¹ / ₂ czasu	Około 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 przesuwaniem 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	Okolo $\frac{3}{4}$ czasu	Okolo $\frac{1}{2}$ czasu	Okolo $\frac{1}{4}$ czasu	Prawie nigdy/ nigdy
2.13.	Czy wykonywana przez Pana(-ią) praca wiąże się z koniecznością 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 praca robotów przebiega bezawaryjnie?					

3. Psychosocjalne 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 monotonnych 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
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 (wyzwiska, groźby, zniewagi)				5	1
3.14.	Przemoc fizyczną				5	1
3.15.	Molestowanie seksualne				5	1

4. Ogólna ocena warunków pracy

4.1	<p>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:</p> <p><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</p>
4.2.	<p>Czy uważa Pan(i), że Pana(i) zdrowie lub bezpieczeństwo jest zagrożone przez Pana(i) pracę?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem</p>
4.3.	<p>Czy Pana(i) praca ma wpływ na Pana(i) zdrowie?</p> <p><input type="checkbox"/> Tak, głównie pozytywny <input type="checkbox"/> Tak, głównie negatywny <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Nie wiem</p>

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 miesiąca 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 miesiąca?</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 miesiąca 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 miesiąca?</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>