



BADANIE AKTYWNOŚCI EKONOMICZNEJ LUDNOŚCI

00	Symbol województwa	<input type="text"/>	ZD-G Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą ankieta modułowa BAEL
01	Symbol oddziału terenowego US	<input type="text"/>	
02	Identyfikator mieszkania IDM	<input type="text"/>	
03	Numer kolejny gospodarstwa domowego w mieszkaniu	<input type="text"/>	
04	Numer osoby w gospodarstwie domowym	<input type="text"/>	
05	Numer ankiety ZD	<input type="text"/>	
06	Płeć respondenta	<input type="text"/>	
07	Przyczyna braku ankiety	<input type="text"/>	II kwartał 2013

Ankieta dotyczy osób dla których wypełniono ankietę ZD

A. BLOK PYTAŃ DLA ANKIETERA

1	Czy respondent odpowiadał na pytanie 38 ankiety ZD? <ul style="list-style-type: none"> tak <input type="text" value="1"/> → 4 nie <input type="text" value="2"/> → 2 	3	Czy różnica pomiędzy datą z pytania 60 ankiety ZD a datą przeprowadzenia wywiadu wynosi 12 miesięcy lub mniej? <ul style="list-style-type: none"> tak <input type="text" value="1"/> → 8 nie <input type="text" value="2"/> → 13
2	Czy respondent wykonywał(a) pracę przynoszącą zarobek lub dochód, bądź pomagał(a) nieodpłatnie w rodzinnej działalności gospodarczej? (należy zaznaczyć zgodnie z odpowiedzią respondenta na pytanie 59 ankiety ZD) <ul style="list-style-type: none"> tak <input type="text" value="1"/> → 3 nie <input type="text" value="2"/> → stop 		

B. BLOK PYTAŃ DLA RESPONDENTA

Dział I. CZYNNIKI W MIEJSCU PRACY, KTÓRE MOGĄ MIEĆ NIEKORZYSTNY WPŁYW NA ZDROWIE FIZYCZNE LUB NA SAMOPOCZUCIE		6 Czy w miejscu pracy jest Pan/Pani szczególnie narażony(a) na:																																																				
4	Czy w miejscu pracy jest Pan/Pani szczególnie narażony(a) na: <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tak</th> <th>Nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) wymuszoną, niewygodną pozycję lub ruchy ciała przy pracy</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>b) wysiłek fizyczny związany z przemieszczaniem ciężkich ładunków</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>c) hałas tak głośny, że trzeba podnosić głos mówiąc do innych osób</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>d) hałas, który nie jest bardzo głośny, ale jest uciążliwy i przeszkadza w pracy</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>e) silne wibracje</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>f) kontakt z chemikaliami</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>g) pyły, spaliny, dymy, gazy</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>h) czynności wymagające dużej koncentracji wzroku</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>i) ryzyko wystąpienia wypadku</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>j) inne</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>		Tak	Nie	a) wymuszoną, niewygodną pozycję lub ruchy ciała przy pracy	1	0	b) wysiłek fizyczny związany z przemieszczaniem ciężkich ładunków	1	0	c) hałas tak głośny, że trzeba podnosić głos mówiąc do innych osób	1	0	d) hałas, który nie jest bardzo głośny, ale jest uciążliwy i przeszkadza w pracy	1	0	e) silne wibracje	1	0	f) kontakt z chemikaliami	1	0	g) pyły, spaliny, dymy, gazy	1	0	h) czynności wymagające dużej koncentracji wzroku	1	0	i) ryzyko wystąpienia wypadku	1	0	j) inne	1	0	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tak</th> <th>Nie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) presję czasu lub nadmierne obciążenie ilością pracy</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>b) przemoc lub zagrożenie przemocą</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>c) nękanie lub zastraszanie</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>d) stres związany z możliwością utraty pracy w najbliższym czasie</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>e) inne</td> <td>1</td> <td>0</td> </tr> </tbody> </table>			Tak	Nie	a) presję czasu lub nadmierne obciążenie ilością pracy	1	0	b) przemoc lub zagrożenie przemocą	1	0	c) nękanie lub zastraszanie	1	0	d) stres związany z możliwością utraty pracy w najbliższym czasie	1	0	e) inne	1	0
	Tak	Nie																																																				
a) wymuszoną, niewygodną pozycję lub ruchy ciała przy pracy	1	0																																																				
b) wysiłek fizyczny związany z przemieszczaniem ciężkich ładunków	1	0																																																				
c) hałas tak głośny, że trzeba podnosić głos mówiąc do innych osób	1	0																																																				
d) hałas, który nie jest bardzo głośny, ale jest uciążliwy i przeszkadza w pracy	1	0																																																				
e) silne wibracje	1	0																																																				
f) kontakt z chemikaliami	1	0																																																				
g) pyły, spaliny, dymy, gazy	1	0																																																				
h) czynności wymagające dużej koncentracji wzroku	1	0																																																				
i) ryzyko wystąpienia wypadku	1	0																																																				
j) inne	1	0																																																				
	Tak	Nie																																																				
a) presję czasu lub nadmierne obciążenie ilością pracy	1	0																																																				
b) przemoc lub zagrożenie przemocą	1	0																																																				
c) nękanie lub zastraszanie	1	0																																																				
d) stres związany z możliwością utraty pracy w najbliższym czasie	1	0																																																				
e) inne	1	0																																																				
5	Proszę wskazać, na który czynnik jest Pan/Pani głównie narażony(a) w miejscu pracy (proszę zakreślić tylko jeden symbol) <ul style="list-style-type: none"> wymuszoną, niewygodną pozycję lub ruchy ciała przy pracy <input type="text" value="1"/> wysiłek fizyczny związany z przemieszczaniem ciężkich ładunków <input type="text" value="2"/> hałas tak głośny, że trzeba podnosić głos mówiąc do innych osób <input type="text" value="3"/> hałas, który nie jest bardzo głośny, ale jest uciążliwy i przeszkadza w pracy <input type="text" value="4"/> silne wibracje <input type="text" value="5"/> kontakt z chemikaliami <input type="text" value="6"/> pyły, spaliny, dymy, gazy <input type="text" value="7"/> czynności wymagające dużej koncentracji wzroku <input type="text" value="8"/> ryzyko wystąpienia wypadku <input type="text" value="9"/> inne <input type="text" value="10"/> nie dotyczy (jeśli w pyt. 4 dziesięć razy zaznaczono nie) <input type="text" value="11"/> 	7 Proszę wskazać, na który czynnik jest Pan/Pani głównie narażony(a) w miejscu pracy (proszę zakreślić tylko jeden symbol) <ul style="list-style-type: none"> presję czasu lub nadmierne obciążenie ilością pracy <input type="text" value="1"/> przemoc lub zagrożenie przemocą <input type="text" value="2"/> nękanie lub zastraszanie <input type="text" value="3"/> stres związany z możliwością utraty pracy w najbliższym czasie <input type="text" value="4"/> inne <input type="text" value="5"/> nie dotyczy (jeśli w pyt. 6 pięć razy zaznaczono nie) <input type="text" value="6"/> 																																																				
Dział II. WYPADKI PRZY PRACY, KTÓRE WYDARZYŁY SIĘ W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY (z wyłączeniem chorób zawodowych)		8 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległ(a) Pan/Pani wypadkowi podczas wykonywania pracy zawodowej? <ul style="list-style-type: none"> tak <input type="text" value="1"/> → 9 nie <input type="text" value="2"/> → 13 																																																				
		9 Ile razy Pan/Pani uległ(a) wypadkowi? <ul style="list-style-type: none"> jeden raz <input type="text" value="1"/> → 10 dwa razy lub więcej <input type="text" value="2"/> 																																																				

10 Czy ostatni wypadek podczas wykonywania pracy miał miejsce w ruchu drogowym (z wyłączeniem dróg i przejazdów będących miejscem pracy - na terenie zakładu pracy lub placu budowy)?

- tak **1** →11
- nie **2**

11 Czy ostatni wypadek przy pracy, któremu Pan/Pani uległ(a) miał miejsce w:

- obecnym głównym miejscu pracy **1**
- obecnym dodatkowym miejscu pracy **2**
- ostatnim miejscu pracy (aktualnie nie pracuję) . . . **3**
- pracy wykonywanej w ciągu ostatniego roku, jeśli była inna niż obecna. **4**
- innej pracy **5**

} 12

12 Jak długi był okres Pana/Pani niezdolności do pracy po ostatnim wypadku przy pracy (nie licząc dnia wypadku)?

- mniej niż jeden dzień lub wcale **1**
- co najmniej jeden dzień ale mniej niż cztery dni . . **2**
- co najmniej cztery dni ale mniej niż dwa tygodnie. **3**
- co najmniej dwa tygodnie ale mniej niż jeden miesiąc **4**
- co najmniej jeden miesiąc ale mniej niż trzy miesiące **5**
- co najmniej trzy miesiące ale mniej niż sześć miesięcy **6**
- co najmniej sześć miesięcy ale mniej niż dziewięć miesięcy **7**
- od dziewięciu do dwunastu miesięcy **8**
- nadal nie wróciłem(łam) do pracy, ponieważ nie nastąpił jeszcze powrót do zdrowia, ale spodziewam się podjąć pracę w przyszłości . . . **9**
- nadal nie wróciłem(łam) do pracy ale uważam, że nie będę w stanie podjąć pracy z powodu zaistniałego wypadku **10**

} 13

Dział III. PROBLEMY ZDROWOTNE ZWIĄZANE Z PRACĄ ODCZUWANE W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY (nie dotyczy problemów powstałych wskutek wypadku przy pracy, który wydarzył się w ciągu ostatnich 12 miesięcy)

13 Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy odczuwał(a) Pan/Pani dolegliwości zdrowotne (np. choroba, niesprawność lub inne problemy fizyczne lub psychiczne), które powstały lub pogłębiły się z powodu dotychczas wykonywanej przez Pana/Panią pracy zawodowej?

- tak **1** → 14
- nie **2** → 19

14 Ile takich dolegliwości Pan/Pani odczuwał(a)?

- jedną **1** →15
- dwie lub więcej **2**

15 Jaki był typ najpoważniejszej dolegliwości ? - (proszę zakreślić tylko jeden symbol)

- problemy z kośćmi, stawami lub mięśniami odczuwane głównie w obrębie szyi, barku lub ręki (ramię, dłoń) **1**
- problemy z kośćmi, stawami lub mięśniami odczuwane głównie w obrębie bioder, nogi czy stopy **2**
- problemy z kośćmi, stawami lub mięśniami odczuwane głównie w obrębie pleców **3**
- problemy z oddychaniem lub płucami **4**
- problemy ze skórą **5**
- problemy ze słuchem **6**
- stres, depresja lub niepokój **7**
- bóle głowy i/lub przemęczenie oczu **8**
- choroba serca, zawał serca lub inne problemy z układem krążenia **9**
- choroba zakaźna (wirusowa, bakteryjna lub inny typ infekcji) **10**
- problemy z żołądkiem, wątrobą, nerkami lub problemy trawienne **11**
- inna dolegliwość **12**

} 16

16 Czy najpoważniejsza dolegliwość ogranicza Panu/Pani zdolność do zwykłej codziennej aktywności w pracy lub poza pracą?

- nie **1**
- tak, w pewnym stopniu **2**
- tak, znacząco **3**

} 17

17 W którym miejscu pracy powstała lub pogłębiła się najpoważniejsza dolegliwość?

- w obecnym głównym miejscu pracy **1**
- w obecnym dodatkowym miejscu pracy **2**
- w ostatnim miejscu pracy (aktualnie nie pracuję) **3**
- w pracy wykonywanej w ciągu ostatniego roku, jeśli była inna niż obecna. **4**
- w innej pracy. **5**

} 18

18 Przez ile dni kalendarzowych w ciągu ostatnich 12 miesięcy nie mógł(a) Pan/Pani pracować z powodu najpoważniejszej dolegliwości? (należy uwzględnić wszystkie przerwy w pracy spowodowane tą dolegliwością, także nie objęte zwolnieniem lekarskim - łącznie)

- obecnie nie pracuję ale spodziewam się, że wrócę do pracy **1**
- nie pracuję i nie spodziewam się, że wrócę do pracy z powodu tego problemu **2**
- niepełny dzień lub wcale **3**
- co najmniej jeden dzień ale mniej niż cztery dni. . . . **4**
- co najmniej cztery dni ale mniej niż dwa tygodnie. . . **5**
- co najmniej dwa tygodnie ale mniej niż jeden miesiąc **6**
- co najmniej jeden miesiąc ale mniej niż trzy miesiące **7**
- co najmniej trzy miesiące ale mniej niż sześć miesięcy **8**
- co najmniej sześć miesięcy ale mniej niż dziewięć miesięcy **9**
- dziewięć miesięcy lub dłużej. **10**

} 19

19 Informacji udzielał(a):

- osobiście respondent(ka) **1**
- inny członek gospodarstwa domowego **2**

} STOP

Numer ankietera		Czytelny podpis ankietera	Data przeprowadzenia wywiadu	Czas trwania wywiadu (w min.)	
-----------------	--	---------------------------	------------------------------	-------------------------------	--