



BADANIE AKTYWNOŚCI EKONOMICZNEJ LUDNOŚCI

00	Symbol województwa	<input type="text"/>	<p style="text-align: center;">ZD-G</p> <p style="text-align: center;">Wypadki przy pracy i problemy zdrowotne związane z pracą</p> <p style="text-align: center;">ankieta modułowa BAEL</p> <hr/> <p style="text-align: center;">II kwartał 2020</p>
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"/>	

Ankieta dotyczy osób dla których wypełniono ankietę ZD

A. BLOK PYTAŃ DLA ANKIETERA

<p>1 Czy respondent odpowiadał na pytanie 38 ankiety ZD?</p> <ul style="list-style-type: none"> • tak <input type="text" value="1"/> → 4 • nie <input type="text" value="2"/> → 2 	<p>3 Czy różnica pomiędzy datą z pytania 60 ankiety ZD a ostatnim dniem tygodnia referencyjnego wynosi 12 miesięcy lub mniej?</p> <ul style="list-style-type: none"> • tak <input type="text" value="1"/> → 8 • nie <input type="text" value="2"/> → 13
<p>2 Czy respondent kiedykolwiek 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)</p> <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 DOBROSTAN PSYCHICZNY

<p>4 Czy w miejscu pracy jest Pan/Pani szczególnie narażony(a) na czynniki mające wpływ na zdrowie fizyczne, takie jak: W kolumnie „Tak” proszę zaznaczyć wszystkie czynniki, na które jest Pan/Pani narażony(a). W przypadku jednej lub więcej odpowiedzi „Tak” proszę wskazać czynnik, na który jest Pan/Pani głównie narażony(a) - zaznaczając symbol „x” w kolumnie „Główny czynnik”.</p>	<table border="1"> <tr><th>Tak</th><th>Nie</th><th>Główny czynnik</th></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> </table>	Tak	Nie	Główny czynnik	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		<p style="text-align: right;">→ 5</p> <p style="text-align: right;"><i>Jeżeli respondent nie wskazał żadnego czynnika – proszę przejść do pytania 6.</i></p>
Tak	Nie	Główny czynnik																																							
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
1	0																																								
<p>a) męcząca (wymuszona, niewygodna) pozycja ciała lub pozycja sprawiająca ból</p>																																									
b) powtarzalne ruchy dłoni lub ramion																																									
c) wysiłek fizyczny związany z przemieszczaniem ciężkich ładunków																																									
d) hałas																																									
e) silne wibracje (drgania mechaniczne)																																									
f) chemikalia, pyły, opary, dym lub gazy																																									
g) czynności wymagające dużej koncentracji wzroku																																									
h) poślizgnięcia, potknięcia lub upadki																																									
i) użytkowanie maszyn lub narzędzi ręcznych (z wyłączeniem pojazdów)																																									
j) użytkowanie pojazdów (w trakcie pracy, z wyłączeniem drogi do lub z pracy)																																									
k) inny istotny czynnik, jaki																																									

5 Główny czynnik mający wpływ na zdrowie fizyczne (wskazany w pyt. 4.) występuje w:	głównym miejscu pracy <input type="text" value="1"/>	dodatковым miejscu pracy <input type="text" value="2"/>	innym (kolejnym) miejscu pracy <input type="text" value="3"/>
--	--	---	---

<p>6 Czy w miejscu pracy jest Pan/Pani szczególnie narażony(a) na czynniki mające wpływ na dobrostan psychiczny, takie jak: W kolumnie „Tak” proszę zaznaczyć wszystkie czynniki, na które jest Pan/Pani narażony(a). W przypadku jednej lub więcej odpowiedzi „Tak” proszę wskazać czynnik, na który jest Pan/Pani głównie narażony(a) - zaznaczając symbol „x” w kolumnie „Główny czynnik”.</p>	<table border="1"> <tr><th>Tak</th><th>Nie</th><th>Główny czynnik</th></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td>0</td><td></td></tr> </table>	Tak	Nie	Główny czynnik	1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		1	0		<p style="text-align: right;">→ 7</p> <p style="text-align: right;"><i>Jeżeli respondent nie wskazał żadnego czynnika – proszę przejść do pytania 8.</i></p>
Tak	Nie	Główny czynnik																														
1	0																															
1	0																															
1	0																															
1	0																															
1	0																															
1	0																															
1	0																															
1	0																															
1	0																															
a) duża presja czasu lub nadmierne obciążenie ilością pracy																																
b) przemoc lub zagrożenie przemocą																																
c) nękanie lub zastraszanie																																
d) niedostateczna komunikacja lub współpraca w ramach organizacji																																
e) kontakt z trudnymi klientami, pacjentami, uczniami itp.																																
f) niepewność zatrudnienia (obawa związana z możliwością utraty pracy)																																
g) brak autonomii lub brak wpływu na tempo pracy lub proces pracy																																
h) inny istotny czynnik, jaki																																

7 Główny czynnik mający wpływ na dobrostan psychiczny (wskazany w pyt. 6.) występuje w:	głównym miejscu pracy <input type="text" value="1"/>	dodatковым miejscu pracy <input type="text" value="2"/>	innym (kolejnym) miejscu pracy <input type="text" value="3"/>
--	--	---	---

Dział II. WYPADKI PRZY PRACY, KTÓRE WYDARZYŁY SIĘ W CIĄGU OSTATNICH 12 MIESIĘCY	12 Jak długi był okres Pana/Pani niezdolności do pracy po ostatnim wypadku przy pracy (nie licząc dnia wypadku)?
--	---

(z wyłączeniem chorób zawodowych)	
8	<p>Czy w ciągu ostatnich 12 miesięcy uległ(a) Pan/Pani wypadkowi podczas wykonywania pracy zawodowej, wskutek którego doznał(a) Pan/Pani urazu?</p> <ul style="list-style-type: none"> tak 1 → 9 nie 2 → 13
9	<p>Ile razy Pan/Pani uległ(a) wypadkowi (wskutek którego miał miejsce uraz)?</p> <ul style="list-style-type: none"> jeden raz 1 → 10 dwa razy lub więcej 2
10	<p>Czy ostatni wypadek podczas wykonywania pracy miał miejsce w ruchu drogowym (z wyłączeniem dróg i przejazdów na terenie zakładu pracy lub placu budowy)?</p> <ul style="list-style-type: none"> tak 1 → 11 nie 2
11	<p>Czy ostatni wypadek przy pracy, któremu Pan/Pani uległ(a) miał miejsce w:</p> <ul style="list-style-type: none"> obecnym głównym miejscu pracy 1 obecnym dodatkowym miejscu pracy 2 → 12 ostatnim miejscu pracy (aktualnie nie pracuję) 3 innej obecnej lub wcześniejszej pracy 4

• niepełny dzień lub wcale	1	→ 13
• co najmniej jeden dzień ale mniej niż cztery dni (1 – 3 dni)	2	
• co najmniej cztery dni ale mniej niż dwa tygodnie (4 – 13 dni)	3	
• co najmniej dwa tygodnie ale mniej niż jeden miesiąc (14 – 29 dni)	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(am) do pracy, ponieważ nie nastąpił jeszcze powrót do zdrowia po wypadku, ale spodziewam się podjąć pracę w przyszłości	9	
• nadal nie wróciłem(am) do pracy i uważam, że nie będę w stanie podjąć pracy z powodu zaistniałego wypadku.	10	

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	<p>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, takie jak: W kolumnie „Tak” proszę zaznaczyć wszystkie dolegliwości, które Pan/Pani odczuwał(a). W przypadku jednej lub więcej odpowiedzi „Tak” proszę wskazać najpoważniejszą dolegliwość - zaznaczając symbol „x” w kolumnie „Najpoważniejsza dolegliwość”.</p>																																																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Tak</th> <th>Nie</th> <th>Najpoważniejsza dolegliwość</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) problemy układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie szyi, barku lub ręki (ramię, dłoń)</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) problemy układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie bioder, kolan, nóg lub stóp</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) problemy układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie pleców</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>d) problemy z oddychaniem lub z płucami</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>e) problemy ze skórą</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>f) problemy ze słuchem</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>g) stres, depresja lub stany lękowe</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>h) bóle głowy i/lub przemęczenie oczu</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>i) choroba serca, zawał serca lub inne problemy z układem krążenia</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>j) choroba zakaźna (wirusowa, bakteryjna lub inny typ infekcji)</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>k) problemy z żołądkiem, wątrobą, nerkami lub problemy trawienne</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>l) inna dolegliwość zdrowotna, jaka</td> <td>1</td> <td>0</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Tak	Nie	Najpoważniejsza dolegliwość	a) problemy układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie szyi, barku lub ręki (ramię, dłoń)	1	0		b) problemy układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie bioder, kolan, nóg lub stóp	1	0		c) problemy układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie pleców	1	0		d) problemy z oddychaniem lub z płucami	1	0		e) problemy ze skórą	1	0		f) problemy ze słuchem	1	0		g) stres, depresja lub stany lękowe	1	0		h) bóle głowy i/lub przemęczenie oczu	1	0		i) choroba serca, zawał serca lub inne problemy z układem krążenia	1	0		j) choroba zakaźna (wirusowa, bakteryjna lub inny typ infekcji)	1	0		k) problemy z żołądkiem, wątrobą, nerkami lub problemy trawienne	1	0		l) inna dolegliwość zdrowotna, jaka	1	0	
	Tak	Nie	Najpoważniejsza dolegliwość																																																		
a) problemy układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie szyi, barku lub ręki (ramię, dłoń)	1	0																																																			
b) problemy układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie bioder, kolan, nóg lub stóp	1	0																																																			
c) problemy układu kostnego, stawowego lub mięśniowego odczuwane głównie w obrębie pleców	1	0																																																			
d) problemy z oddychaniem lub z płucami	1	0																																																			
e) problemy ze skórą	1	0																																																			
f) problemy ze słuchem	1	0																																																			
g) stres, depresja lub stany lękowe	1	0																																																			
h) bóle głowy i/lub przemęczenie oczu	1	0																																																			
i) choroba serca, zawał serca lub inne problemy z układem krążenia	1	0																																																			
j) choroba zakaźna (wirusowa, bakteryjna lub inny typ infekcji)	1	0																																																			
k) problemy z żołądkiem, wątrobą, nerkami lub problemy trawienne	1	0																																																			
l) inna dolegliwość zdrowotna, jaka	1	0																																																			
	→ 14																																																				
	Jeżeli respondent nie wskazał żadnej dolegliwości – proszę przejść do pytania 17.																																																				

14	<p>Czy najpoważniejsza dolegliwość ogranicza Panu/Pani zdolność do zwykłej codziennej aktywności w pracy lub poza pracą?</p> <ul style="list-style-type: none"> nie 1 tak, w pewnym stopniu 2 → 15 tak, znacząco 3
----	--

15	<p>W którym miejscu pracy powstała lub pogłębiła się najpoważniejsza dolegliwość?</p> <ul style="list-style-type: none"> w obecnym głównym miejscu pracy 1 w obecnym dodatkowym miejscu pracy 2 → 16 w ostatnim miejscu pracy (aktualnie nie pracuję) ... 3 w innej obecnej lub wcześniejszej pracy 4
----	--

16	<p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> obecnie nie pracuję z powodu tej dolegliwości ale spodziewam się podjąć pracę w przyszłości .. obecnie nie pracuję i uważam, że z powodu tej dolegliwości nie będę w stanie podjąć pracy. . niepełny dzień lub wcale co najmniej jeden dzień ale mniej niż cztery dni (1 - 3 dni) co najmniej cztery dni ale mniej niż dwa tygodnie (4 – 13 dni) co najmniej dwa tygodnie ale mniej niż jeden miesiąc (14 – 29 dni) co najmniej jeden miesiąc ale mniej niż trzy miesiące co najmniej trzy miesiące ale mniej niż sześć miesięcy co najmniej sześć miesięcy ale mniej niż dziewięć miesięcy od dziewięciu do dwunastu miesięcy
	→ 17

17	<p>Informacji udziela:</p> <ul style="list-style-type: none"> osobiście respondent(ka) inny członek gospodarstwa domowego
	1 2 → STOP

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