

Kwestionariusz

dotyczący oceny stresu psychicznego w miejscu lub dziedzinie pracy

Proszę wypełnić najpierw!

Dziedzina pracy lub zakres czynności

Obszar działania: tematyka pracy / wykonywane zadania (1)

Co należy przez to rozumieć?

Oznacza to na przykład:

- kompletność pracy
- swobodę działania
- różnorodność zadań
- zakres informacji
- odpowiedzialność
- kwalifikacje
- obciążenie emocjonalne

	Tak, całkowicie	Raczej tak	Raczej nie	Nie, zupełnie nie
1 Czy postrzegasz swoje procesy robocze jako kompletne, ponieważ przygotowujesz, wykonujesz i w razie potrzeby sprawdzasz swoją pracę samodzielnie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Czy Twój zakres zadań odpowiada Twoim kwalifikacjom i wiedzy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Czy masz wpływ na metody pracy i procedury robocze oraz czy uczestniczysz w wyborze i zakupie narzędzi pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Czy informacje, których potrzebujesz do pracy, otrzymujesz na czas i w dostatecznej ilości?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Czy masz wpływ na przebieg czasowy swojej pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Czy przydzielone Ci zadania są zrozumiałe i pozbawione sprzeczności?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Czy w swojej codziennej pracy dobrze radzisz sobie z wymaganiami emocjonalnymi, które pojawiają się w kontaktach interpersonalnych z klient(k)ami, pacjent(k)ami i pensjonariusz(k)ami?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Jeśli spotykasz się z bardzo poruszającymi lub trudnymi sytuacjami, takimi jak przemoc i agresja, wypadki, cierpienie, śmierć: czy dobrze sobie z tym radzisz w swej codziennej pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ciąg dalszy na stronie 2 >>

Obszar działania: organizacja pracy (2)

Co należy przez to rozumieć?

Oznacza to na przykład:

- czas pracy
- procedury robocze
- komunikację i współpracę

	Tak, całkowi- cie	Raczej tak	Raczej nie	Nie, zupełnie nie
9 Czy możesz zaplanować codzienne godziny pracy z wyprzedzeniem i czy możesz polegać na grafikach lub harmonogramach pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Czy w organizacji czasu pracy i planowaniu pracy uwzględniane są Twoje życzenia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Czy masz wystarczająco dużo czasu na codzienną pracę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Czy jesteś w stanie uporać się ze swoimi zadaniami w przeznaczonym na nie czasie w taki sposób, aby spełniały one Twoje własne wymagania jakościowe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Czy jesteś w stanie wykonywać większość swoich zadań bez zakłóceń i przerw w pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Czy możesz robić sobie przerwy o czasie w odpowiednich pomieszczeniach i czy są one wystarczająco długie i nie są zakłócane?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Czy Twoje zadania, obowiązki i uprawnienia są jasno określone i dobrze rozgraniczone?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Jeśli pracujesz w trybie zmianowym, w nocy lub na wezwanie: czy Twój grafik przewiduje odpowiednie okresy odpoczynku i regeneracji?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Jeśli współpracujesz interdyscyplinarnie z koleżankami i kolegami: czy uważasz, że ta współpraca jest ogólnie konstruktywna?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ciąg dalszy na stronie 3 >>

Obszar działania: relacje społeczne (3)

Co należy przez to rozumieć?

- Oznacza to na przykład:
- współpracę z koleżankami i kolegami
 - wsparcie ze strony przełożonych
 - współpracę z przełożonymi

	Tak, całkowicie	Raczej tak	Raczej nie	Nie, zupełnie nie
18 Czy Twoje koleżanki i koledzy pomagają Ci, gdy potrzebujesz wsparcia w pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Czy odbierasz atmosferę pracy w swoim zespole jako doceniającą i wspierającą?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Czy w razie potrzeby otrzymujesz dostateczne wsparcie od przełożonych?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Czy odbierasz współpracę z przełożonymi jako konstruktywną?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22 Czy odpowiednio wcześnie otrzymujesz informacje o nadchodzących zmianach lub decyzjach?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Obszar działania: środowisko pracy (4)

Co należy przez to rozumieć?

- Oznacza to na przykład:
- czynniki techniczne
 - czynniki fizyczne
 - urządzenie miejsca pracy
 - narzędzia pracy

	Tak, całkowicie	Raczej tak	Raczej nie	Nie, zupełnie nie
23 Czy Twoje miejsce pracy jest odpowiednio zabezpieczone przed niekorzystnymi wpływami otoczenia, takimi jak hałas, stałe dźwięki sygnałowe i informacyjne, niekorzystne warunki oświetleniowe, niekomfortowy klimat w pomieszczeniu lub nieprzyjemne zapachy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24 Czy w Twoim miejscu pracy zagwarantowane jest bezpieczeństwo, na przykład podczas pracy z substancjami niebezpiecznymi, pracy powiązanej z ryzykiem infekcji lub ryzykiem wypadku?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25 Czy uważasz, że Twoje miejsce pracy zostało zaprojektowane odpowiednio i ergonomicznie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26 Czy dysponujesz odpowiednimi materiałami i narzędziami pracy do wykonywania swoich zadań, np. sprzętem technicznym lub udostępnionym oprogramowaniem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ciąg dalszy na stronie 4 >>

Obszar działania: nowe formy pracy (5)

Co należy przez to rozumieć?

- Oznacza to na przykład:
- mobilność przestrzenną
 - nietypowe stosunki pracy
 - elastyczność czasową

	Tak, całkowi- cie	Raczej tak	Raczej nie	Nie, zupełnie nie
27 Czy znajdujesz się w bezpiecznym stosunku pracy, na przykład masz długoterminową lub bezterminową umowę o pracę?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28 Czy jesteś w stanie odpowiednio pogodzić wymogi pracy i życia prywatnego?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29 Jeśli dotyczy: czy jesteś w stanie odpowiednio spełnić te wymagania poprzez elastyczne warunki pracy, np. w odniesieniu do miejsca lub godzin wykonywania pracy?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>