

استمارة ظروف العمل  
مرفق لمسح القوى العاملة ( الربع الثاني، 2004 )

رقم العينة	IDSAM	رمز المحافظة	ID06
اسم ورمز التجمع:	ID01	نوع التجمع السكاني	ID07
رقم منطقة العد	ID02	رقم الأسرة في عينة منطقة العد	ID08
رقم المبنى	ID03	رقم الدورة	Round_N
رقم الوحدة السكنية	ID04	اسم رب الأسرة:	ID09
رقم الأسرة في الوحدة السكنية	ID05	المحافظة:	التجمع السكاني:

QC1	تاريخ الزيارة	ساعة البدء	ساعة الانتهاء
الزيارة الأولى	2004/ /	- : -	- : -
الزيارة الثانية	2004/ /	- : -	- : -
الزيارة الثالثة	2004/ /	- : -	- : -

تسأل للأفراد 15 سنة فأكثر والذين لم يجيبوا على سؤال PW17 وأجابوا مباشرة على سؤال PW18 في استمارة مسح القوى العاملة.

يتم الرجوع الى استمارة مسح القوى العاملة (سؤال PW23) لتحديد تصنيف الأفراد وفق التصنيفات التالية:

1. صاحب عمل، يعمل لحسابه، عضو أسرة غير مدفوع الأجر	انتقل الى قسم C
2. مستخدم في القطاع الحكومي	انتقل الى قسم B
3. مستخدم في القطاع الخاص/ منتظم	انتقل الى قسم A
4. مستخدم في القطاع الخاص/ غير منتظم	انتقل الى قسم C
{ تشمل الخيارات (5,6,7,8,9) في سؤال PW23 }	
{ تشمل الخيارات (10,11) في سؤال PW23 }	
نتيجة المقابلة للفرد:	نتيجة المقابلة للفرد:
نتيجة المقابلة للفرد:	نتيجة المقابلة للفرد:

**أسئلة القسم A**

A01	هل تتوفر الامتيازات التالية في عملك:	1. إجازات سنوية مدفوعة.	1. 1.	1. 1.	1. 1.
	الاجابة: 1. نعم 2. لا	2. إجازات مرضية مدفوعة	2. 2.	2. 2.	2. 2.
	ملاحظة: (البند رقم 4 ، 6 فقط يتم تدوين الرمز (3) في حالة أنه لا ينطبق عليه)	3. إجازات طارئة مدفوعة	3. 3.	3. 3.	3. 3.
		4. اجازة الأمومة مدفوعة	4. 4.	4. 4.	4. 4.
		5. اجازة حزن مدفوعة	5. 5.	5. 5.	5. 5.
		6. الحصول على رخصة ساعية (للمرضعات)	6. 6.	6. 6.	6. 6.
		7. يوم عطلة في الأسبوع (أن يكون هناك 24 ساعة متواصلة للاستراحة خلال الأسبوع)	7. 7.	7. 7.	7. 7.
		8. فترات استراحة خلال العمل (نصف ساعة بعد مرور أقل من 5 ساعات عمل على أن يكون هناك حرية التحرك)	8. 8.	8. 8.	8. 8.
		9. عدم التأخر في دفع الأجور (التأخير بعد 5 أيام من فترة الدفع)	9. 9.	9. 9.	9. 9.
		10. الانتظام في دفع الأجور	10. 10.	10. 10.	10. 10.
		11. دورة مهنية، تثقيفية للعمال (دورة/ ندوة داخلية أو خارجية)	11. 11.	11. 11.	11. 11.
		12. الأمن الوظيفي (الاستقرار في العمل)	12. 12.	12. 12.	12. 12.
		13. توفر حوافز مادية/مكافآت...	13. 13.	13. 13.	13. 13.
		14. توفر حوافز معنوية/ شكر للأعمال المميزة	14. 14.	14. 14.	14. 14.

		15. <input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/>	15. <input type="checkbox"/>	15. مشاركة العاملين في اتخاذ القرار
A 02	هل يوجد عقد عمل / قرار تعيين مكتوب بينك وبين جهة العمل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا (انتقل الى قسم B)
A03	هل يشمل عقد العمل على بنود تتعلق بظروف العمل وضوابط لضمان ظروف عمل آمنة وصحية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا

### أسئلة القسم B

B01	كم شهرا عملت بانتظام خلال 12 شهر الأخيرة؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B02	في أي عام حصلت على الوظيفة في العمل الحالي؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B03	ما هو عدد العاملين في المنشأة/ المؤسسة/ موقع العمل الذي تعمل فيه؟ (لا تشمل عدد العاملين في الفروع الأخرى).	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
B04	هل العاملين في المنشأة/ المؤسسة/ موقع العمل هم من الجنسين (ذكور - وإناث)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا
B05	هل يوجد (رئيس/مسؤول/مشرف) مباشر عليك في العمل الذي تقوم به (في نفس موقع العمل)؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا (انتقل الى سؤال B07)
B06	هل يوجد مسؤول مباشر لذلك المشرف/المسؤول/الرئيس؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا
B07	هل تقوم بالإشراف المباشر على أي شخص في العمل الذي يقوم به؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا
B08	هل تتعرض خلال عملك الحالي الرئيسي عادة إلى الإجابة: 1. نعم 2. لا 3. لا ينطبق ملاحظة: البندين 1,2 فقط من الممكن أن نضع الخيار رقم (3) بلا ينطبق.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4.	1. تمييز في الجنس 2. تمييز بسبب العمر 3. عنف جسدي 4. عنف معنوي/ اهانة
B09	هل تتعرض الى السلبيات التالية في عملك : الإجابة: 1. نعم 2. لا	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3.	1. عبء وظيفي 2. اكتظاظ في مكان عملك 3. ساعات عمل اضافية بدون مقابل
B10	هل هناك انسجام بينك وبين زملاء العمل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا
B11	كم معدل الوقت الذي تحتاجه للوصول الى مكان عملك يوميا، (بدون حساب المدة التي تقضى لانجاز مهمات أخرى)؟	دقيقة : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ساعة	دقيقة : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ساعة	دقيقة : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ساعة	
B12	هل يتوفر في مكان عملك الآتي: الإجابة: 1. نعم 2. لا	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8.	1. دورات مياه/ مراحيض 2. لوحات توعية وارشادات 3. نظافة وترتيب في مكان العمل 4. مخارج طوارئ 5. أماكن استراحة 6. مسعف أولي 7. صندوق اسعاف 8. طفايات حريق

B13	هل تلقيت دورات تدريبية خلال المرحلة الأولى من العمل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا 3. مستخدم جديد (لم ينهي 3 شهور)
B14	هل تعمل بنظام الورديات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا
B15	هل التمديدات الكهربائية معزولة بشكل جيد في مكان عملك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا
B16	هل تمتاز ظروف عملك بأي من الصفات التالية: الإجابة: 1. نعم 2. لا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. توفر تأمين صحي خاص مجاني/ جزئي 2. توفر تأمين صحي حكومي مجاني 3. توفر تأمين ضد إصابات العمل

### أسئلة القسم C

C01	هل تقدمت بطلب انتساب الى نقابة عمالية/ نقابة مهنية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا (انتقل الى سؤال C03)
C02	هل انت منتسب أو عضو لنقابة عمال/ نقابة مهنية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم (انتقل الى سؤال C04) 2. لا
C03	لماذا لم تنتسب الى نقابة عمال/ نقابة مهنية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. لا ينطبق عليه شروط الانتساب 2. غير مهتم 3. أخرى/ حدد.....
C04	هل تنتمي الى لجان عمالية فرعية ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا
C05	هل تتعرض خلال عملك الحالي الرئيسي عادة إلى أي من: الإجابة: 1. نعم 2. لا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. أصوات مزعجة (ضوضاء، ضجيج) 2. اهتزازات (الحفريات، ماكينة طبيب الأسنان..) 3. أضاءة غير مناسبة لطبيعة العمل 4. الارتفاع في الحرارة (طبيعة العمل مثل المخابز..) 5. أشعة الشمس 6. البرودة (العمل بالقرب من الثلاجات) 7. الإشعاعات (جوال، مختبرات الأشعة) 8. خطر العدوى بسبب البكتيريا، الفيروسات، الفطريات (الذين يتعاملون مع الحيوانات بمشقاته: جلود، لحوم، عظام، دماء، ألبان، روث. والعاملين في المستشفيات، عيادات الأسنان) 9. حساسية (المزارعين العاملين في المشاتل، ورود)
C06	هل تستنشق أحد من التالية خلال عملك بشكل مستمر ومتكرر؟ الإجابة: 1. نعم 2. لا	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. غبار 2. غاز 3. دخان

C07	هل تقوم بالتالي:	1. <input type="checkbox"/> .1	2. <input type="checkbox"/> .1	3. <input type="checkbox"/> .1	1. حركات متواصلة متكررة (العاملين على ماكنات خياطة وأعمال الطباعة)
	الاجابة: 1. نعم 2. لا	1. <input type="checkbox"/> .2	2. <input type="checkbox"/> .2	3. <input type="checkbox"/> .2	2. الجلوس امام شاشة الكمبيوتر لأكثر من 4 ساعات
		1. <input type="checkbox"/> .3	2. <input type="checkbox"/> .3	3. <input type="checkbox"/> .3	3. يجلس على مقعد لمدة تزيد عن 4 ساعات
		1. <input type="checkbox"/> .4	2. <input type="checkbox"/> .4	3. <input type="checkbox"/> .4	4. يقف لمدة متواصلة تزيد عن 4 ساعات
		1. <input type="checkbox"/> .5	2. <input type="checkbox"/> .5	3. <input type="checkbox"/> .5	5. حمل الأوزان/ الأثقال
		1. <input type="checkbox"/> .6	2. <input type="checkbox"/> .6	3. <input type="checkbox"/> .6	6. أوضاع غير مريحة
C08	هل التهوية في العمل صحية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم/ تهوية طبيعية (من حيث توفر الشبابيك والأبواب)
					2. نعم/ تهوية صناعية (شفاطات)
					3. لا
C09	هل تتعرض لأي من المخاطر التالية بشكل اعتيادي؟	1. <input type="checkbox"/> .1	2. <input type="checkbox"/> .1	3. <input type="checkbox"/> .1	1. العمل في أماكن مرتفعة
	الاجابة: 1. نعم 2. لا	1. <input type="checkbox"/> .2	2. <input type="checkbox"/> .2	3. <input type="checkbox"/> .2	2. حوادث سير
		1. <input type="checkbox"/> .3	2. <input type="checkbox"/> .3	3. <input type="checkbox"/> .3	3. الانزلاق (الأرضية/ البلاط بشكل انزلاقا)
		1. <input type="checkbox"/> .4	2. <input type="checkbox"/> .4	3. <input type="checkbox"/> .4	4. الآلات الدوارة
		1. <input type="checkbox"/> .5	2. <input type="checkbox"/> .5	3. <input type="checkbox"/> .5	5. الآلات الحادة
		1. <input type="checkbox"/> .6	2. <input type="checkbox"/> .6	3. <input type="checkbox"/> .6	6. أجسام متطايرة أثناء العمل
		1. <input type="checkbox"/> .7	2. <input type="checkbox"/> .7	3. <input type="checkbox"/> .7	7. صعقة كهربائية
		1. <input type="checkbox"/> .8	2. <input type="checkbox"/> .8	3. <input type="checkbox"/> .8	8. مواد كيميائية قابلة للاشتعال أو للانفجار
C10	هل يحتاج العمل الذي تقوم به الى ألبسة واقية مثل بدلات خاصة، نظارات خاصة، الخ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم
					2. لا (انتقل الى سؤال C13)
C11	هل تتوفر ألبسة ومعدات واقية متاحة للاستخدام في عملك الحالي؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم
					2. لا (انتقل الى سؤال C13)
C12	هل تقوم باستخدام هذه الألبسة والمعدات؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم - بانتظام
					2. نعم - أحيانا
					3. لا
C13	هل المهنة التي تعمل بها متناسبة مع مؤهلك العلمي أو تأهيلك المهني؟ (يسأل فقط للحاصلين على دبلوم متوسط فأعلى وان لم ينطبق عليه الشرط يتم تدوين بند (3 لا ينطبق))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم
					2. لا
					3. لا ينطبق
C14	هل أصبت خلال عملك بأي اصابة عمل خلال 12 شهر الماضية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم
					2. لا (انتقل الى الشخص التالي)
C15	ماهي نوع اصابتك ؟	1. <input type="checkbox"/> .1	2. <input type="checkbox"/> .1	3. <input type="checkbox"/> .1	1. فقد أعضاء
	الاجابة: 1. نعم 2. لا	1. <input type="checkbox"/> .2	2. <input type="checkbox"/> .2	3. <input type="checkbox"/> .2	2. كسور
		1. <input type="checkbox"/> .3	2. <input type="checkbox"/> .3	3. <input type="checkbox"/> .3	3. جروح
		1. <input type="checkbox"/> .4	2. <input type="checkbox"/> .4	3. <input type="checkbox"/> .4	4. حروق
		1. <input type="checkbox"/> .5	2. <input type="checkbox"/> .5	3. <input type="checkbox"/> .5	5. اختناق
		1. <input type="checkbox"/> .6	2. <input type="checkbox"/> .6	3. <input type="checkbox"/> .6	6. شلل
		1. <input type="checkbox"/> .7	2. <input type="checkbox"/> .7	3. <input type="checkbox"/> .7	7. أخرى/ حدد.....

C16	ما هي درجة إصابتك ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. طفيفة 2. متوسطة 3. بليغة 4. لا أعرف
C17	ما هو سبب إصابتك ؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. حروق 2. سقوط من الأعلى 3. سقوط أشياء على الشخص 4. أدوات حادة 5. تسمم 6. أخرى/ حدد.....
C18	مكان إصابتك ؟ الإجابة: 1. نعم 2. لا	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6.	1. الأطراف العلوية 2. الأطراف السفلية 3. عيون 4. الأذن 5. الرأس/ الرقبة 6. مناطق أخرى / حدد.....
C19	هل تغيبت عن عملك بسبب الإصابة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا (انتقل الى سؤال C22)
C20	كم عدد الأيام الذي غبتها بسبب الإصابة؟	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
C21	هل كانت فترة الغياب مدفوعة الأجر؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا
C22	من قام بتغطية تكاليف العلاج؟ الإجابة: 1. نعم 2. لا	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9.	<input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. <input type="checkbox"/> 4. <input type="checkbox"/> 5. <input type="checkbox"/> 6. <input type="checkbox"/> 7. <input type="checkbox"/> 8. <input type="checkbox"/> 9.	1. تأمين صحي حكومي 2. تأمين صحي خاص 3. تأمين وكالة 4. تأمين آخر/ حدد..... 5. صاحب العمل 6. الأهل/ الأقارب 7. نفسه 8. أخرى/ حدد..... 9. لم يكن هناك داعي للعلاج
C23	هل قمت بتغيير عملك بعد الإصابة؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. نعم 2. لا

Qc2	اسم الباحث/ة: .....	Qc3	رقم الباحث/ة: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	التاريخ: ...../...../2004
Qc4	اسم المشرف/ة: .....	Qc5	رقم المشرف/ة: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	التاريخ: ...../...../2004
Qc6	اسم المدقق/ة: .....	Qc7	رقم المدقق/ة: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	التاريخ: ...../...../2004
Qc8	اسم المدخل/ة: .....	Qc9	رقم المدخل/ة: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	التاريخ: ...../...../2004