# KWESTIONARIUSZ ANKIETOWY DOTYCZĄCY BADANIA SATYSFAKCJI PRACOWNIKÓW

Niniejsza ankieta ma na celu zbadanie Twojej opinii na temat pracy w Szpitalu. Ankieta jest **anonimowa**, a wszelkie udzielone odpowiedzi są poufne i posłużą jedynie do analizy zbiorczych zestawień. Gwarantujemy, że każda opinia zostanie z uwagą przeczytana. Za udzielenie rzetelnych odpowiedzi z góry dziękujemy!

# Wypełnienie zajmie Ci nie więcej niż 7 minut.

PŁEĆ:

Kobieta

Mężczyzna

OKRES ZATRUDNIENIA W FIRMIE:

mniej niż rok 1-5 lat

5-15

więcej niż 15 lat

***NA PYTANIA 1–15 NALEŻY ODPOWIEDZIEĆ STOSUJĄC TAK LUB NIE***

***POZOSTAŁE PYTANIA 16-19 WYMAGAJĄ ODPOWIEDZI PISEMNEJ***

1. CZY OGÓLNA ATMOSFERA PANUJĄCĄ W SZPITALU JEST DOBRA? TAK

NIE

1. CZY MIEJSCE TWOJEJ PRACY POD WZGLĘDEM WYPOSAŻENIA STANOWISKA JEST WYSTARCZAJĄCE DO WYKONYWANIA POWIERZONYCH ZADAŃ?

TAK NIE

1. CZY TWOJE CELE I ZADANIA SĄ JASNO OKREŚLONE? TAK

NIE

1. CZY UWAŻASZASZ, ŻE W NASZYM SZPITALU MOŻESZ ROWZIJAĆ SWOJE UMIEJĘTNOŚCI?

TAK NIE

1. CZY LUBISZ PRACOWAĆ W SWOIM ZESPOLE? TAK

NIE

1. CZY TWÓJ ZESPÓŁ UDZIELA CI WSPARCIA, POMOCY KIEDY JEJ POTRZEBUJESZ? TAK

NIE

1. CZY CZUJESZ, ŻE JESTEŚ NA BIEŻĄCO INFORMOWANY O CELACH I PLANACH NA NAJBLIŻSZE DZIAŁANIA TWOJEGO ZESPOŁU?

TAK NIE

1. CZY WIESZ DO KOGO ZGŁOSIĆ SIĘ O POMOC GDY NAPOTYKASZ NA PROBLEM? TAK

NIE

1. CZY TWÓJ PRZEŁOŻONY WSPIERA CIĘ KIEDY NAPOTYKASZ PROBLEM, KTÓREGO NIE POTRAFISZ ROZWIĄZAĆ W RAMACH SWOJEGO ZESPOŁU?

TAK NIE

1. CZY CZUJESZ SIĘ ODPOWIEDNIO DOCENIANY PRZEZ SWOJEGO PRZEŁOŻONEGO ZA PRACĘ, KTÓRĄ WYKONUJESZ?

TAK NIE

1. CZY MASZ MOŻLIWOŚĆ PRZEDSTAWIANIA SWOICH ROZWIAZAŃ, POMYSŁÓW? TAK

NIE

1. CZY ZDARZA CI SIĘ NIE DOTRZYMYWAĆ TERMINÓW POWIERZONYCH ZADAŃ Z POWODU ZBYTNIEGO OBŁOŻENIA PRACĄ?

TAK NIE

1. CZY CZUJESZ, ŻE WSZYSCY CZŁONKOWIE ZESPOŁU SĄ TRAKTOWANI NA RÓWNI? TAK

NIE

1. CZY UWAŻASZ, ŻE POLITYKA AWANSÓW W JEDNOSTCE JEST JASNO OKREŚLONA I SPRAWIEDLIWA?

TAK NIE

1. CZY BYŁEŚ/ŁAŚ ŚWIADKIEM SYTUACJI, W KTÓREJ TWÓJ WSPÓLPRACOWNIK LUB PRZEŁOŻONY ZACHOWUJE SIĘ W SPOSÓB SPOŁECZNIE NIEAKCEPTOWALNY, BĄDŹ PRZEKRACZAJĄCY GRANICE DOBREGO ZACHOWANIA?

TAK NIE

1. GDYBYŚ MÓGŁ/A ZAPROPONAĆ 3 ZMIANY W SWOJEJ KOMÓRCE ORGANIZACYJNEJ, KTÓRE WPROWADZIŁBYŚ/ŁAŚ JAKO PIERWSZE?

I………………………………………………………………………………………………………….. II……………………………………………………………………………………………………….… III…………………………………………………………………………………………………………

1. CO KIEROWNICTWO MOŻE ZROBIĆ ŻEBY WESPRZEĆ TWÓJ ROZWÓJ ZAWODOWY?

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. CO KIEROWNICTWO MOŻE ZROBIĆ ŻEBY UŁATWIĆ CI WYKONYWANIE OBOWIĄZKÓW NA TWOIM STANOWISKU?

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. O JAKIM PROBLEMIE KIEROWNICTWO NIE WIE LUB NIE POŚWIĘCA MU WYSTARCZAJĄCEJ UWAGI?

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

**W sprawach nieuregulowanych niniejszym formularzem zastosowanie mają obowiązujące przepisy prawa.**