

# A

Maj, 2005

## **Enkät till kassörskor/kassörer i XX:s butiker**

Arbetslivsinstitutet genomför i samarbete med Arbetsmiljöverket en undersökning av arbetsförhållandena vid kassaarbete. En del av denna undersökning består av en enkät till 50 anställda kassörskor/kassörer inom XX.

Du deltar helt frivilligt i denna undersökning. Var god svara på alla frågorna i enkäten (två sidor). Vår medarbetare kommer att finnas närvarande för att svara på eventuella frågor. Som tack för din medverkan kommer Du att få en Trisslott.

Alla Dina svar kommer att behandlas konfidentiellt inom projektet och inga individuella resultat kommer att offentliggöras eller göras tillgängliga för arbetsgivaren. Resultaten kommer endast att publiceras i sammanställd form för hela gruppen.

Använd gärna baksidan av enkäten om raderna inte räcker till!

Tack för Din medverkan!

Göran Hägg

Annika Kihlstedt

Arbetslivsinstitutet, tel. 619 68 81

1. **Kön:** 1  Kvinna 2  Man 2. **Ålder:** \_\_\_\_\_

3. **Hur många timmar per vecka arbetar du med kassaarbete?** \_\_\_\_\_ timmar/vecka

4. **Hur länge har du arbetat i denna butikskedja med kassaarbete?** \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ månader

5. **Hur länge har du *totalt* arbetat med kassaarbete i ditt liv? Räkna även med arbetet i denna butikskedja.** \_\_\_\_\_ år \_\_\_\_\_ månader

6. **Vilka arbeten/yrken har du haft förut?** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. **Hur känner du dig under ett normalt arbetspass i kassan?**

Svara genom att på varje rad ringa in siffran under det svarsalternativ som bäst motsvarar hur du normalt känner dig. Fyll i snabbt utan att tänka efter för mycket.

|                   | <b>Inte<br/>alls</b> | <b>Knappast<br/>alls</b> | <b>Något</b> | <b>Ganska</b> | <b>Mycket</b> | <b>Mycket,<br/>mycket</b> | <b>Förstår<br/>inte ordet</b> |
|-------------------|----------------------|--------------------------|--------------|---------------|---------------|---------------------------|-------------------------------|
| <b>Avslappnad</b> | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Aktiv</b>      | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Spänd</b>      | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Slapp</b>      | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Stressad</b>   | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Energisk</b>   | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Ineffektiv</b> | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Avspänd</b>    | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Skärpt</b>     | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Pressad</b>    | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Passiv</b>     | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |
| <b>Lugn</b>       | 0                    | 1                        | 2            | 3             | 4             | 5                         | 6                             |

8. **Finns det moment/situationer i kassaarbetet som irriterar eller stressar dig?**

1  Nej 2  Ja, vilka?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. **Finns det moment/situationer i kassaarbetet som du tycker är *fysiskt* besvärande?**

1  Nej 2  Ja, vilka?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

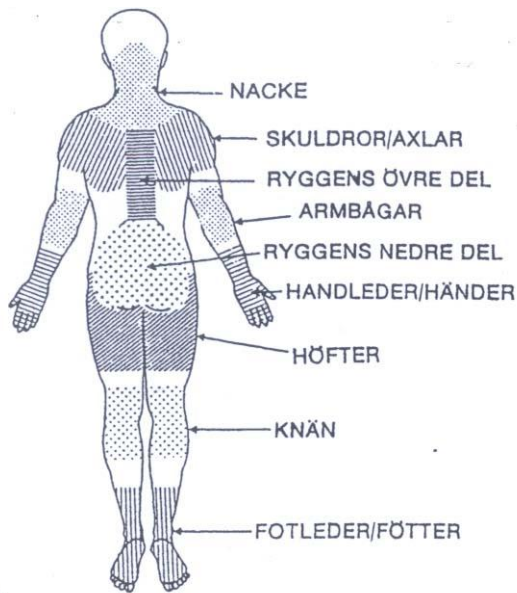
10. **Har du några önskemål eller synpunkter på kassans utformning?**

1  Nej 2  Ja, vilka? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. **Finns det något du tycker att kunderna kan göra för att förenkla ditt arbete?**

1  Nej 2  Ja, hur borde de göra?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kodnr: \_\_\_\_\_



12. **Hur lång är du?**

cm

13. **Hur mycket väger du?**

kg

14. **Är du högerhänt eller vänsterhänt?**

1  Högerhänt

2  Vänsterhänt

| Besvaras av alla  | Besvaras bara av den som uppgivit besvär   |   |
|---|--|---|
| Har du haft <b>besvär</b> (smärta, värk, obehag) någon gång under de <b>senaste 12 månaderna</b> i:   | Har du någon gång under de <b>senaste 12 månaderna inte kunnat utföra ditt dagliga arbete</b> (i eller utanför hemmet) på grund av besvären? | Har du haft <b>besvär</b> någon gång under de <b>senaste 7 dygnen</b> ? |
| 15. <b>Nacke</b><br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 16.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 17.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja     |
| 18. <b>Skuldror/axlar</b><br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja, i höger skuldra/axel<br>3 <input type="checkbox"/> Ja, i vänster skuldra/axel<br>4 <input type="checkbox"/> Ja, i båda skuldrorna/axlarna  | 19.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 20.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja     |
| 21. <b>Armbågar</b><br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja, i höger armbåge<br>3 <input type="checkbox"/> Ja, i vänster armbåge<br>4 <input type="checkbox"/> Ja, i båda armbågarna                          | 22.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 23.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja     |
| 24. <b>Handleder/händer</b><br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja, i höger handled/hand<br>3 <input type="checkbox"/> Ja, i vänster handled/hand<br>4 <input type="checkbox"/> Ja, i båda handled./händerna | 25.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 26.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja     |
| 27. <b>Ryggens övre del (bröstryggen)</b><br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja   | 28.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 29.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja     |
| 30. <b>Ryggens nedre del (ländrygg/korsrygg)</b><br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 31.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 32.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja     |
| 33. <b>En höft eller båda höfterna</b><br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 34.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 35.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja     |
| 36. <b>Ett knä eller båda knäna</b><br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja   | 37.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 38.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja     |
| 39. <b>En fotled/fot eller båda fotlederna/fötterna</b><br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja   | 40.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja  | 41.<br>1 <input type="checkbox"/> Nej 2 <input type="checkbox"/> Ja     |