



VUOROTYÖKYSELY

Taustatiedot:

Nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Työpiste/toimipaikka: _____

Kuinka kauan olet ollut vuorotyössä, johon liittyy yötyötä? _____kk _____v

Työssäsi käytössä oleva vuorotyöjärjestelmä:

- Kolmivuoro
 Yötyö
 Jokin muu, mikä? _____

Kuinka koet nykyisen työvuorojärjestelmän yleensä vaikuttavan

	Häiritsee	Ei vaikutusta	Helpottaa
Uneen ja nukahtamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vireyteen ja valveillaoloon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Työssä jaksamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yleiseen terveydentilaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiaaliseen elämäänne, ystävien, sukulaisten ym. tapaamiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perheenne yhdessäoloon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapaa-ajan harrastuksiin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentteja:

Kuinka monta tuntia nukut vuorokaudessa?

	Alle 5 tuntia	5-8 tuntia	Yli 8 tuntia
Aamuvuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iltavuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yövuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos koet väsymystä, aiheutuuko väsymys mielestäsi?

	Ei ollenkaan	Jonkin verran	Paljon
Vuorotyöstä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muusta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jos koet väsymystä, vaikuttaako väsymys mielestäsi työsuoritukseesi?

	Ei ollenkaan	Jonkin verran	Paljon
Aamuvuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iltavuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yövuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vaikuttaako väsymys mielestäsi vapaa-ajan viettoosi?

	Ei ollenkaan	Jonkin verran	Paljon
Aamuvuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iltavuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yövuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kuinka usein Sinulla on viimeisen puolen vuoden aikana ollut seuraavia oireita ja tuntemuksia?

	ei koskaan/ harvemmin kuin kerran kk:ssa	harvemmin kuin kerran vkossa	1-2 päivänä vkossa	3-5 päivänä vkossa	lähes joka päivä
ruokahaluttomuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
närästystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ilmavaivoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ummetusta tai ripulia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sydämen tykytystä tai rintakipua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
silmien ärtyneisyyttä tai väsymystä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
päänsärkyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alaselän kipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
niska-hartiaseudunkipuja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Onko lääkäri todennut sinulla jonkin seuraavista sairauksista

	Kyllä	Ei
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epilepsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Astma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mielenterveysongelmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kuorsaatko usein (*vähintään kolmena yönä viikossa*)?

kyllä ei

Onko joku maininnut sinun kuorsaavan kovaäänisesti ja/tai katkonaisesti?

kyllä ei

Onko joku maininnut sinulla olevan hengityskatkoksia ainakin kerran viikossa?

kyllä ei

Onko Sinun vaikea keskittyä ja koota ajatuksiasi?

ei koskaan melko harvoin silloin tällöin melko usein jatkuvasti

Koettu stressi

Stressillä tarkoitetaan tilannetta, jossa ihminen tuntee itsensä jännittyneeksi, levottomaksi hermostuneeksi, ahdistuneeksi, tai hänen on vaikeaa nukkua asioiden vaivatessa jatkuvasti mieltä.

Tunnetko nykyisin tällaista stressiä?

en lainkaan vain vähän jonkin verran melko paljon erittäin paljon

Tapahtuuko sinulle usein päivällä jotain erityistä, jolla on mielestäsi merkitystä nukkumisen kannalta?

kyllä ei

Jätätkö itsellesi aikaa rentoutua ennen nukkumaan menoa?

kyllä ei

Murehditko vuoteessa?

kyllä ei

Käytätkö unilääkkeitä?

	En	Joskus	Säännöllisesti
Aamuvuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iltavuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Yövuoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vapaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mitä lääkitystä;

Mitä olet tehnyt unettomuutesi voittamiseksi?

Kuinka usein harrastat vapaa-aikanasi liikuntaa?

	ei koskaan/ harvemmin kuin kerran kk:ssa	harvemmin kuin kerran vkossa	1-2 päivänä vkossa	3-5 päivänä vkossa	lähes joka päivä
30min kerralla hikoillen ja hengästyen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
edellistä kevyempää kuntoliikuntaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hyötyliikuntaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Koetko vuorotyöhön liittyen oireita tai ongelmia tai onko terveydentilassasi jokin muu asia, josta haluaisit tulla keskustelemaan terveysasemalle?

Jos on, niin mikä/mitä;

Kiitos vastauksestasi !