

VUOROTYÖKYSELY

Nimi: _____ **Työpaikka:** _____ **Päivämäärä:** _____

Kuinka kauan olet tehnyt yhteensä vuorotyötä? _____ vuotta.

Paljonko teet yövuoroja kolmen viikon listalla? _____

Kuinka tyytyväinen olet nykyiseen työhösi?

erittäin tyytyväinen __, melko tyytyväinen __, neutraali __, melko tyytymätön __, erittäin tyytymätön __

Miten nykyinen vuorojärjestelmä vaikuttaa (ympyröi numerot)

	Häiritsee paljon	Häiritsee jonkin verran	Ei häiritse eikä helpota	Helpottaa paljon
a. Uneen ja vireyteen	1	2	3	4
b. Työssä jaksamiseen	1	2	3	4
c. Terveystilaan	1	2	3	4
d. Sosiaaliseen elämään	1	2	3	4
e. Perhe-elämään	1	2	3	4
f. Harrastuksiin	1	2	3	4

Onko työpaikalla ongelmia työvuorojen järjestelyissä? Jos on, niin millaisia?

Miten hyvin henkilökohtaiset toivomukset otetaan huomioon työvuorolistaa laadittaessa?

Kuinka monta tuntia nuket keskimäärin vuorokaudessa?

Aamuvuoron jälkeen _____, iltavuoron jälkeen _____, yövuoron jälkeen _____

Onko sinulla ollut unettomuutta tai unen laadun heikkoutta viimeisen 3 kk aikana?

Kyllä ___/ Ei ___

Onko sinulla ollut voimakasta väsymystä ja/tai nukahtelua työssä tai vapaa-ajalla viimeisen 3 kk aikana? Kyllä ___/ Ei ___

Onko sinulla ollut voimakasta kuorsaamista viimeisen 3 kk aikana? Kyllä ___/ Ei ___

Onko sinulla ollut unen aikaisia hengityskatkoksia viimeisen 3 kk aikana? Kyllä ___/ Ei ___

Kuinka usein viimeisen 3 kk aikana väsymys on heikentänyt työssä suoriutumistasi?

Ei koskaan __ Harvoin __ Melko usein __ Usein/ Jatkuvasti __

Minkä pistemäärän antaisit nykyiselle työkyvyillesi? (ympyröi numero)

Täysin työkyvytön 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Työkyky parhaimmillaan

Millaiseksi koet työkykysi verrattuna työkykyysi 2 vuotta sitten?

Parempi __ Samanlainen __ Huonompi __

Montako päivää olet ollut pois töistä sairauden takia viimeisen vuoden aikana? _____ päivää.

Onko sinulla ollut viimeisen puolen vuoden aikana ollut seuraavia oireita?

Ruokahaluttomuutta: Kyllä __ Ei __
Närästystä: Kyllä __ Ei __
Vatsakipua: Kyllä __ Ei __
Ilmavaivoja: Kyllä __ Ei __
Ummetusta: Kyllä __ Ei __
Ripulia: Kyllä __ Ei __

Sydämen rytmihäiriöitä: Kyllä__ Ei__
Rintakipua: Kyllä__ Ei__
Silmäoireita: Kyllä__ Ei__
Päänsärkyä: Kyllä__ Ei__
Alaselän kipuja: Kyllä__ Ei__
Niska-hartiakipuja: Kyllä__ Ei__
Keskittymisvaikeuksia: Kyllä__ Ei__
Stressiä: Kyllä__ Ei__

Onko sinulla jokin sairaus tai vaiva, jonka vuoksi saat jatkuvaa hoitoa tai lääkitystä?

Tupakointi

Alkoholin käyttö

Liikunnan harrastaminen

Ravinto

Lähisuvun sairaudet

Millaiset ovat työtoverien välit?

Millainen on työpaikkasi ilmapiiri?

Saatko tarvittaessa tukea esimieheltäsi? Kyllä ___/ Ei ___

Oletko viimeisen kuukauden aikana usein ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta? Kyllä__ Ei __

Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta? Kyllä__ Ei __

Mitkä asiat työpaikallasi vaikuttavat työhyvinvointiisi myönteisesti?

Mitkä asiat työpaikallasi heikentävät työhyvinvointiasi?

Terveys suunnitelma: