

## Đánh giá mức độ tiếp xúc với lao động ca đêm

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

\* Vui lòng viết các tiền sử bệnh trong quá khứ nếu có.

--

\* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1. Thời gian làm việc theo ca, kể cả làm ca đêm của anh (chị) tính đến nay là bao nhiêu năm? <input type="checkbox"/> Dưới 5 năm <input type="checkbox"/> 5-9 năm <input type="checkbox"/> 10-14 năm <input type="checkbox"/> 15-19 năm <input type="checkbox"/> Trên 20 năm <input type="checkbox"/> Không có	
2. Vui lòng đánh dấu vào hình thức làm việc tại công ty. <input type="checkbox"/> Ba ca <input type="checkbox"/> Hai ca <input type="checkbox"/> Cách ngày (24 tiếng) <input type="checkbox"/> Làm ca đêm cố định <input type="checkbox"/> Khác (không theo quy tắc v.v)	
3. Lịch làm việc theo ca của anh(chị) có thay đổi theo quy tắc nào không? <input type="checkbox"/> Có (☞ đi đến câu 3-1) <input type="checkbox"/> Không (☞ đi đến câu 4)	
3-1. Lịch làm việc theo ca của anh (chị) thay đổi theo ca sáng → ca chiều → ca đêm phải không? <input type="checkbox"/> Đúng <input type="checkbox"/> Không	
4. Sau khi tan ca, thời gian nghỉ vào ca làm việc tiếp theo là bao lâu? <input type="checkbox"/> Trên 11 tiếng <input type="checkbox"/> Dưới 11 tiếng	
5. Số ngày làm việc ca đêm thông thường của anh (chị) trong vòng một năm gần đây là mấy ngày? <input type="checkbox"/> Không làm ca đêm liên tục <input type="checkbox"/> 2 ngày <input type="checkbox"/> 3 ngày <input type="checkbox"/> 4 ngày <input type="checkbox"/> Trên 5 ngày	
6. Lượng công việc và thời gian nghỉ của ca đêm so với ca ngày như thế nào? 1) Lượng công việc: so với ca ngày <input type="checkbox"/> Giống nhau <input type="checkbox"/> Ít hơn <input type="checkbox"/> Nhiều hơn 2) Thời gian nghỉ : so với ca ngày <input type="checkbox"/> Giống nhau <input type="checkbox"/> Ít hơn <input type="checkbox"/> Nhiều hơn	
7. Anh (chị) có bị cô lập trong quá trình làm việc ca đêm không? <input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không	
8. Những hạng mục nào sau đây được chấp thuận trong quá trình làm ca đêm?	
Thời gian ngủ trong khi làm ca đêm	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Phòng nghỉ ngơi	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Ăn cơm/ ăn đêm/ ăn nhẹ	<input type="checkbox"/> Có <input type="checkbox"/> Không
Điều chỉnh lịch làm ca đêm	<input type="checkbox"/> Được phép <input type="checkbox"/> Không được phép
9. Thời gian làm việc trung bình một tuần của anh (chị) là bao nhiêu tiếng? <input type="checkbox"/> Dưới 40 tiếng <input type="checkbox"/> 40 tiếng <input type="checkbox"/> 41-51 tiếng <input type="checkbox"/> 52-59 tiếng <input type="checkbox"/> Trên 60 tiếng	

## Lao động ca đêm và tình trạng mất ngủ (chỉ số của triệu chứng mất ngủ)

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

\* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

--

\* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1-3. Đánh dấu vào mức độ trầm trọng của các vấn đề dưới đây của anh (chị) trong vòng hai tuần gần đây nhất.

	Không có	Ít	Trung bình	Nặng	Rất nặng
1. Khó ngủ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Khó duy trì giấc ngủ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dễ bị thức giấc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Mức độ hài lòng của anh(chị) về tình trạng giấc ngủ hiện nay?

Rất hài lòng    Hơi hài lòng    Bình thường    Hơi bất mãn    Rất bất mãn

5. Anh (chị) nghĩ việc thiếu ngủ ảnh hưởng ở mức độ nào đến hoạt động ban ngày của mình?

(Ví dụ gây mệt mỏi vào ban ngày, ảnh hưởng đến khả năng làm việc ở công ty và gia đình, khả năng tập trung, trí nhớ, tâm trạng v.v)

Hoàn toàn    Đôi chút    Ít    Tương đối    Rất nhiều

6. Những người xung quanh có cho rằng vấn đề thiếu ngủ đang làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của anh (chị) không?

Hoàn toàn không    Đôi chút    Ít    Tương đối    Rất nhiều

7. Anh (chị) lo lắng như thế nào về vấn đề thiếu ngủ hiện nay?

Hoàn toàn không    Đôi chút    Ít    Tương đối    Rất nhiều

**Lao động ca đêm và tình trạng mất ngủ (triệu chứng buồn ngủ vào ban ngày)**

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

\* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

--

\* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

	Hoàn toàn không buồn ngủ	Buồn ngủ một chút	Tương đối buồn ngủ	Rất buồn ngủ
1. Khi đang ngồi đọc sách	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Khi xem ti vi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Khi ngồi yên trong các không gian công cộng như nhà hát hay phòng họp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Khi đi xe buýt hay taxi liên tục trong khoảng một tiếng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Khi nằm nghỉ ngơi vào giờ nghỉ giải lao buổi chiều	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Khi đang ngồi và nghe ai đó nói chuyện	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Khi ngồi im lặng sau khi ăn cơm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Khi tạm dừng xe do tín hiệu giao thông trong lúc lái xe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Lao động ca đêm và tình trạng mất ngủ (chất lượng giấc ngủ)

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

\* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

--

\* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1-4. Vui lòng trả lời các câu hỏi dưới đây theo tình trạng giấc ngủ trong thời gian làm việc ca đêm một tháng gần đây nhất của anh (chị).

1. Anh (chị) đi ngủ lúc mấy giờ? ( )giờ ( )phút
2. Từ lúc đi nằm cho đến khi vào giấc ngủ mất khoảng bao nhiêu thời gian? ( )tiếng ( )phút
3. Anh (chị) thức dậy lúc mấy giờ? ( )giờ ( )phút
4. Thực tế anh (chị) ngủ bao nhiêu tiếng? ( )tiếng ( )phút

5. Trong vòng một tháng gần đây, anh (chị) đã từng bị khó ngủ do những lí do dưới đây bao nhiêu lần?

	Không có	Dưới 1 lần 1 tuần	1-2 lần 1 tuần	Trên 3 lần 1 tuần
Vì không ngủ được trong vòng 30 phút	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì đang ngủ thì bị thức giấc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì thức dậy để đi vệ sinh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì khó thở khi nằm xuống	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì ngáy to hay ho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì cảm thấy lạnh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì cảm thấy nóng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì mơ thấy ác mộng	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vì nhức đầu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lý do khác ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Anh (chị) đánh giá thế nào về chất lượng giấc ngủ của mình trong vòng một tháng gần đây?

- Rất tốt       Tương đối tốt       Khá xấu       Rất xấu

7. Anh (chị) đã dùng thuốc ngủ như thế nào trong vòng một tháng gần đây để được ngủ ngon?

- Không có       Dưới 1 lần 1 tuần       1-2 lần 1 tuần       Trên 3 lần 1 tuần

8. Trong vòng một tháng gần đây, anh (chị) có thường xuyên bị buồn ngủ dẫn đến mệt mỏi khi đang lái xe, ăn cơm hay tham gia các hoạt động xã hội không?

- Không có       Dưới 1 lần 1 tuần       1-2 lần 1 tuần       Trên 3 lần 1 tuần

9. Trong vòng một tháng gần đây, anh (chị) có cảm thấy vất vả trong công việc không?

- Hoàn toàn không       Bình thường       Hơi vất vả       Rất vất vả

## Lao động ca đêm và chứng bệnh dạ dày

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

\* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

\* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1. Trong vòng ba tháng gần đây, sau khi ăn khẩu phần của một người, anh (chị) có thường xuyên thấy khó chịu do cảm giác no không?

Hoàn toàn không       Dưới 1 ngày 1 tháng       1 ngày 1 tháng       2-3 ngày 1 tháng  
 1 ngày 1 tuần       Trên 2 ngày 1 tuần       Hầu như mỗi ngày

2. Triệu chứng khó chịu do no bụng sau khi ăn này có kéo dài từ 6 tháng trước đây không?

Không       Có

3. Trong vòng ba tháng gần đây, anh (chị) có thường xuyên không thể ăn hết khẩu phần của một người không?

Hoàn toàn không       Dưới 1 ngày 1 tháng       1 ngày 1 tháng       2-3 ngày 1 tháng  
 1 ngày 1 tuần       Trên 2 ngày 1 tuần       Hầu như mỗi ngày

4. Triệu chứng không thể ăn hết khẩu phần của một người này có kéo dài từ 6 tháng trước đây không?

Không       Có

5. Trong vòng ba tháng gần đây, anh (chị) có thường xuyên bị đau hay nóng râm ran vùng bụng bên trái trên rốn không?

Hoàn toàn không       Dưới 1 ngày 1 tháng       1 ngày 1 tháng       2-3 ngày 1 tháng  
 1 ngày 1 tuần       Trên 2 ngày 1 tuần       Hầu như mỗi ngày

6. Triệu chứng đau hay nóng râm ran vùng bụng bên trái trên rốn này có kéo dài từ 6 tháng trước đây không?

Không       Có

## Lao động ca đêm và nguy cơ ung thư vú

Tên nơi làm việc :

Họ và tên :

\* Vui lòng viết các tiền sử bệnh nếu có.

\* Vui lòng đọc các câu hỏi dưới đây và đánh V vào ô thích hợp.

1. Bạn có thường xuyên khám định kỳ ung thư vú trong vòng một năm gần đây không?

Không                       Dưới 1 lần trong 6 tháng                       1 lần trong 3-6 tháng

1 lần trong 1-2 tháng                       Trên 2 lần trong 1 tháng

2. Vui lòng đánh dấu vào các triệu chứng bạn đang có hiện nay.

Vùng ngực có xuất hiện những khối u cứng.

Đầu ngực bị chảy nước.

Đầu ngực bị sưng tấy hay lún vào trong.

Không có triệu chứng.

3. Trong vòng một năm gần đây, bạn có đi siêu âm hay chụp x-quang vùng ngực không?

Không                       Có