

রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট-শিফট) -প্রকাশ মূল্যায়ন

কোম্পানী:

নাম:

* অতীতে যদি আপনার কোন অসুস্থতা থেকে থাকে তাহলে তা দয়াকরে লিখুন।

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

এটি যদি কাজে নিযুক্ত হওয়ার আগের পরীক্ষা হয়, তাহলে অনুগ্রহ করে আপনার বর্তমান কর্মস্থলে সবচেয়ে সাম্প্রতিক রাতের কাজ অনুযায়ী ফরমটি পূরণ করুন। আপনি যদি কখনও রাতে কাজ না করে থাকেন, তাহলে অনুগ্রহ করে ভবিষ্যতে আপনাকে রাতের কাজে নিয়োজিত করা হলে সে সম্পর্কে আপনার সেরা ধারণা থেকে উত্তর দিন।

(অনিয়মিত রাতের শিফটের কারণে কর্মী বিশেষ শারীরিক পরীক্ষার সাপেক্ষে কিনা তা যদি নিশ্চিত না হয়, তাহলে কাজে নিযুক্ত করার আগে শারীরিক পরীক্ষা করা হবে না। ৬ মাস পরে যদি রাতের কাজ একটি ক্ষতিকারক কারণ হিসেবে বিবেচিত হয়, তাহলে কাজে নিযুক্ত করার পর শারীরিক পরীক্ষা করানো হবে।)

1. রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট শিফট) সহ, কত বছর যাবৎ আপনি কার্যকালীন সময়ে (নাইট শিফট-এ) কাজ করেছেন?

☐ পাঁচ বছরের কম ☐ 5-9 বছর ☐ 10-14 বছর ☐ 15-19 বছর ☐ 20 বছর বা তার বেশী ☐ প্রযোজ্য নয়

2. দয়া করে আপনার বর্তমান পেশাতে কর্ম ব্যবস্থাপনাসমূহের উল্লেখ করুন।

☐ 3 কার্যকাল/শিফট ☐ 2 কার্যকাল/শিফট ☐ প্রতি অন্য দিন (24-ঘন্টার কার্যকাল/শিফট) ☐ শুধুমাত্র রাত্রিকালীন কার্যকাল/শিফট ☐ অন্যান্য (অনিয়মিত, ইত্যাদি)

3. আপনার কার্যকাল/শিফট কি নিয়মিতভাবে পরিবর্তিত হয়?

☐ হ্যাঁ (১৯ 3-1 তে যান) ☐ না (১৯ 4 তে যান)

3-1. আপনার কার্যকাল/শিফট কি, সকালের কার্যকাল/শিফট → সন্ধ্যার কার্যকাল/শিফট → রাতের কার্যকাল/শিফট এই অনুসারে পরিবর্তিত হয়?

☐ হ্যাঁ ☐ না

4. কাজ থেকে বিশ্রাম পাবার পর থেকে পুনরায় কাজে যোগদান করা পর্যন্ত আপনি কত ঘন্টা সময় পান?

☐ 11 ঘন্টার বেশী ☐ 11 ঘন্টার কম

5. গত বছরে গড়ে কতদিন আপনি একটানা রাত্রিকালীন কার্যকাল/শিফট-এ কাজ করেছেন?

☐ রাত্রিকালীন কার্যকাল/শিফট-এ একটানা কাজ করিনি ☐ 2 দিন ☐ 3 দিন ☐ 4 দিন ☐ 5 দিন বা তার বেশী

6. দিনের কার্যকাল/শিফট-এর তুলনায়, রাতের কার্যকাল/শিফট-এ কাজের চাপ এবং বিশ্রামের সময় কেমন?

1) কাজের চাপঃ দিনের কার্যকাল/শিফট-এর তুলনায় ☐ একই ☐ কম ☐ বেশী

2) বিশ্রামের সময়ঃ দিনের কার্যকাল/শিফট-এর তুলনায় ☐ একই ☐ কম ☐ বেশী

7. রাতের কার্যকাল/শিফট-এ আপনি কি একাকী কাজ করেন

☐ হ্যাঁ ☐ না

8. রাতের কার্যকাল/শিফট-এ আপনাকে কি নিম্নোক্ত বিষয়গুলি দেওয়া হয়?

রাতের কার্যকাল/শিফট-এ ঘুমানো	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
বিশ্রামের ক্ষেত্র	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
খাবার সময়/জলখাবারের সময়	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না
আপনার রাতের কার্যকাল/শিফট-এর তালিকাকে সমন্বয় করা	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না

9. প্রতি সপ্তাহে গড়ে আপনি কত ঘন্টা কাজ করেন?

☐ 40 ঘন্টার কম ☐ 40 ঘন্টা ☐ 41-51 ঘন্টা ☐ 52-59 ঘন্টা ☐ 60 ঘন্টা বা তার বেশী

রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট-শিফট) - ঘুমের সমস্যা (অনিদ্রা তালিকা)

কোম্পানী:

নাম:

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

--

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

1-3. দয়া করে গত দুই সপ্তাহ ধরে নিম্নলিখিত সমস্যাগুলির তীব্রতাকে নির্দেশ করুন।					
	প্রযোজ্য নয়	খুব কম	মধ্যম	উচ্চমাত্রায়	খুবই উচ্চমাত্রায়
1. ঘুম আসতে সমস্যা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. প্রগাঢ় ভাবে ঘুমোতে সমস্যা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. খুব সহজে ঘুম ভেঙ্গে যায়	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. আপনার বর্তমান ঘুমের পরিস্থিতিতে আপনি কতটা সন্তুষ্ট? <input type="checkbox"/> খুবই সন্তুষ্ট <input type="checkbox"/> সন্তুষ্ট <input type="checkbox"/> সাধারণ <input type="checkbox"/> অসন্তুষ্ট <input type="checkbox"/> খুবই অসন্তুষ্ট					
5. আপনার ঘুমের অনিয়মিততা আপনার সারাদিনের কার্যকলাপে কতটা অসুবিধা সৃষ্টি করে বলে আপনার মনে হয়? (সারাদিন ক্লান্ত থাকা; কর্মদক্ষতা; মনোযোগ; স্মৃতি; বাড়ী বা অফিসে যখন কাজ করেন তখন মেজাজ খারাপ থাকা) <input type="checkbox"/> মোটেই না <input type="checkbox"/> হালকাভাবে <input type="checkbox"/> কিছুটা <input type="checkbox"/> উল্লেখযোগ্যভাবে <input type="checkbox"/> খুবই					
6. লোকে কি আপনাকে এরকম বলে যে, আপনার ঘুমের সমস্যার জন্য আপনার জীবনযাপনের মান হ্রাসপ্রাপ্ত হচ্ছে? <input type="checkbox"/> মোটেই না <input type="checkbox"/> হালকাভাবে <input type="checkbox"/> কিছুটা <input type="checkbox"/> উল্লেখযোগ্যভাবে <input type="checkbox"/> খুবই					
7. বর্তমান ঘুমজনিত সমস্যার জন্য আপনি কতটা চিন্তিত? <input type="checkbox"/> মোটেই না <input type="checkbox"/> হালকাভাবে <input type="checkbox"/> কিছুটা <input type="checkbox"/> উল্লেখযোগ্যভাবে <input type="checkbox"/> খুবই					

রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট-শিফট) - ঘুমের সমস্যা (দিবাকালীন তন্দ্রাচ্ছন্নতা)

কোম্পানীঃ

নামঃ

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

--

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

	মোটেই ঘুমঘুম ভাব থাকে না	হালকাভাবে ঘুমঘুম ভাব	ঘুমঘুম ভাব	খুব ঘুম পায়
1. যখন বসে থাকেন ও পড়াশুনা করেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. যখন টেলিভিশন দেখেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. যখন মিটিং বা থিয়েটারের মত জনপূর্ণস্থানে চুপচাপ বসে থাকেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. যখন প্রায় একঘন্টার মত বাস বা ট্যাক্সিতে চড়েন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. বিকালে বিশ্রামের সময় যখন আরামপ্রদভাবে শুয়ে থাকেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. যখন বসে থাকেন ও কারো সাথে কথা বলেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. দুপুরের খাবারের পর যখন শান্তভাবে বসে থাকেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. যখন গাড়ি ইত্যাদি চালান ও ট্রাফিকের জন্য কিছুক্ষন থামেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট-শিফট) - ঘুমের সমস্যা (ঘুমের প্রকৃতি)

কোম্পানী:

নাম:

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

--

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

1-4. গতমাস যাবৎ রাত্রিকালীন কার্যকাল/শিফট-এ ঘুমের সময়কালে যে অভিজ্ঞতা হয়েছে, সে সম্পর্কে নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলির উত্তর দিন।

1. কোন সময় আপনি বিছানায় গেছেন? () ঘ. () মি.
2. ঘুমিয়ে পড়তে আপনার কতক্ষণ সময় লেগেছে? () ঘ. () মি.
3. কোন সময় আপনার ঘুম ভেঙেছে? () ঘ. () মি.
4. প্রকৃতপক্ষে আপনি মোট কত ঘন্টা ঘুমিয়েছেন? () ঘ. () মি.

5. নিম্নলিখিত কারনগুলির জন্য ঘুমিয়ে পড়ার ক্ষেত্রে আপনি কতবার অসুবিধার সম্মুখীন হয়েছেন?

	প্রযোজ্য নয়	এক সপ্তাহে একবারের কম	এক সপ্তাহে 1-2 বার	এক সপ্তাহে 3 বার
30 মিনিটের মধ্যে ঘুমিয়ে পড়তে পারেন নি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ঘুমের মাঝেই জেগে ওঠা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
বিশ্রাম কক্ষে যাবার জন্য জেগে উঠেছেন	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
শায়িত থাকাকালীন শ্বাসপ্রশ্বাসে অসুবিধা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
খুব জোরে নাকডাকা বা কাশির জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
প্রবল ঠান্ডার জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
প্রবল গরমের জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
দুঃস্বপ্ন বা অপ্রীতিকর স্বপ্নের জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ব্যথার জন্য	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ন্যান্য কারনসমূহ ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. গতমাসে আপনার ঘুমের প্রকৃতিকে কিভাবে মূল্যায়ন করবেন?

- ☐ খুব ভাল ☐ সামগ্রিকভাবে ভালো ☐ সামগ্রিকভাবে খারাপ ☐ খুবই খারাপ

7. গতমাসে ঘুমানোর জন্য আপনি কতবার ঔষধের (ঘুমের সহায়তায়) সাহায্য নিয়েছেন?

- ☐ প্রযোজ্য নয় ☐ সপ্তাহে একবারের কম ☐ সপ্তাহে 1-2 বার ☐ সপ্তাহে 3 বার বা তার বেশী

8. গতমাসে, গাড়ি ইত্যাদি চালনা করার সময় অথবা খাবার সময়, কিংবা সামাজিক ক্রিয়াকলাপে ব্যস্ত থাকার সময় জেগে থাকার জন্য কতবার প্রচেষ্টা করতে হয়েছে?

- ☐ প্রযোজ্য নয় ☐ সপ্তাহে একবারের কম ☐ সপ্তাহে 1-2 বার ☐ সপ্তাহে 3 বার বা তার বেশী

9. গতমাসে আপনার কাজ সমাপ্ত করতে কতটা সমস্যা হয়েছে?

- ☐ একটুও না ☐ সমস্যা হয়নি ☐ সামান্য সমস্যা হয়েছে ☐ খুবই সমস্যা হয়েছে

রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট শিফট) – পাকস্থলী ও ক্ষুদ্রান্ত্র সংক্রান্ত ব্যাধিসমূহ

কোম্পানী:

নাম:

* অতীতে যদি আপনার কোন অসুস্থতা থেকে থাকে তাহলে তা দয়াকরে লিখুন।

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

1. গত তিনমাসে, একবারের খাবার খেয়ে আপনি কতবার অস্বস্তিকরভাবে পেট ভরতি ভাব অনুভব করেছেন?
☐ একবারও না ☐ একমাসে একবারের কম ☐ একমাসে একবার ☐ একমাসে 2-3 বার
☐ সপ্তাহে একবার ☐ দিনে দুইবারের বেশী ☐ প্রায় প্রতিদিন
2. খাবার পর এই (অস্বস্তিকরভাবে) পেট ভরতি ভাব, ছয়মাসেরও আগে অনুভূত হত কি?
☐ না ☐ হ্যাঁ
3. গত তিনমাসে যাবৎ কতবার আপনি একবারের খাবার শেষ করে উঠতে পারেন নি?
☐ একবারও না ☐ একমাসে একবারের কম ☐ একমাসে একবার ☐ একমাসে 2-3 বার
☐ সপ্তাহে একবার ☐ দিনে দুইবারের বেশী ☐ প্রায় প্রতিদিন
4. একবারের খাবার খেয়ে আপনি কতবার অস্বস্তিকরভাবে পেট ভরতি ভাব থাকার উপসর্গগুলি কি ছয়মাসেরও আগে শুরু হয়েছিল?
☐ না ☐ হ্যাঁ
5. গত তিনমাসে কতবার আপনি আপনার পাকস্থলীর কেন্দ্রে ব্যথা বা জ্বালাময় অনুভূতি অনুভব করেছেন (আপনার বুকে নয়, কিন্তু আপনার নাভির ওপরে)?
☐ একবারও না ☐ একমাসে একবারের কম ☐ একমাসে একবার ☐ একমাসে 2-3 বার
☐ সপ্তাহে একবার ☐ দিনে দুইবারের বেশী ☐ প্রায় প্রতিদিন
6. পাকস্থলীর কেন্দ্রে ব্যথা বা জ্বালাময় অনুভূতি কি ছয়মাসেরও বেশীদিন আগে শুরু হয়েছে?
☐ না ☐ হ্যাঁ

রাত্রিকালীন কার্যকাল (নাইট শিফট) - শুন ক্যান্সার

কোম্পানী:

নাম:

* অতীতে যদি আপনার কোন অসুস্থতা থেকে থাকে তাহলে তা দয়াকরে লিখুন।

* নিচের প্রশ্নসমূহ পড়ুন এবং একটি V চিহ্ন দ্বারা সবথেকে সঠিক উত্তরটি নির্দেশ করুন।

1. দক্ষিণ কোরিয়ায় শুন ক্যান্সারের জন্য প্রস্তাবিত স্ক্রিনিং সাইকেলটি নিম্নরূপ। আপনি কি এখনও পর্যন্ত আপনার বয়সের জন্য উপযুক্ত স্ক্রিনিং টেস্ট করিয়েছেন?

৩০ বছর এবং তার বেশি বয়সী: প্রতি মাসে নিজে নিজে পরীক্ষা

৩৫ বছর বা তার বেশি বয়সী: প্রতি ২ বছর অন্তর একজন ডাক্তার দ্বারা মেডিকেল পরীক্ষা

৪০ বছর বা তার বেশি বয়সী: প্রতি ১ থেকে ২ বছর পর পর একজন ডাক্তার দ্বারা এবং ম্যামোগ্রাফির মাধ্যমে মেডিকেল পরীক্ষা

- ☐ কখনোই করিনি
- ☐ আমি এটি কয়েকবার করিয়েছি।
- ☐ আমি প্রায় প্রতিবারই করিয়েছি।

2. দয়া করা আপনার সমস্ত উপসর্গসমূহের উল্লেখ করুন

- ☐ আমার শুনে একটি মাংসপিণ্ড অনুভব করছি
- ☐ আমার শুনবৃত্ত থেকে রসক্ষরন হচ্ছে
- ☐ আমার শুনবৃত্তে চিড় ধরেছে বা ভিতরে ঢুকে যাচ্ছে
- ☐ কোন উপসর্গ নেই

3. গতবছর কি আপনার শনের জন্য এক্স-রে বা সোনোগ্রাম করিয়েছেন?

- ☐ না
- ☐ হ্যাঁ