

Примерный состав рабочей группы по реализации корпоративной программы укрепления здоровья работников Инспекции государственного жилищного надзора Волгоградской области (Госжилнадзор) "Здоровье на рабочем месте".

1. Председатель —
2. Заместитель председателя —
3. Секретарь —
4. Члены рабочей группы —
—
—

**Анкета
"Оцени риски своего здоровья"**

Уважаемый сотрудник!

В Вашем учреждении проводятся мероприятия по укреплению здоровья и профилактике заболеваний. В целях выявления потребностей в вопросах здоровья и здорового образа жизни просим Вас ответить на вопросы анкеты.

Благодарим за сотрудничество!

Наименование
организации _____

Пол: мужской женский

Возраст _____ (полных лет)

Должность _____

Дата заполнения анкеты " ____ " _____ 20__ г.

| | | | |
|-----|---|-----------------------|--|
| 1. | Характер питания (отметьте значком "V" один ответ, соответствующий Вашим привычкам питания) | | |
| 1.1 | Сколько раз в день Вы принимаете пищу? <input type="checkbox"/> 3-4 раза в день <input type="checkbox"/> 2-3 раза в день <input type="checkbox"/> 1 раз в день | 0 1 2 | |
| 1.2 | За сколько часов до сна Вы принимаете пищу? <input type="checkbox"/> Не ужинаю <input type="checkbox"/> Более, чем за 2 часа <input type="checkbox"/> За 2 часа и менее | 0 1 2 | |
| 1.3 | Сколько кусков (чайных ложек) сахара Вы обычно потребляете за день с чаем, кофе? <input type="checkbox"/> Ни одного <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> 6 и более | 0 1 2 3 | |
| 1.4 | Как часто Вы пьете сладкие газированные напитки (колу, пепси, фанту и пр.)? <input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> 1 раз в неделю и реже <input type="checkbox"/> 2-3 раза в неделю <input type="checkbox"/> 4-6 раз в неделю <input type="checkbox"/> Несколько раз в день | 0 1 2 3 4 | |
| 1.5 | Добавляете ли Вы соль в уже приготовленную пищу? <input type="checkbox"/> Нет, никогда | 0 | |

| | | | |
|--------------|---|----------------------------|--|
| | <input type="checkbox"/> Да, иногда <input type="checkbox"/> Да, обычно | 1 2 | |
| 1.6 | На каком жире Вы обычно жарите пищу дома? <input type="checkbox"/> Не жарю <input type="checkbox"/> На растительном масле <input type="checkbox"/> На маргарине <input type="checkbox"/> На сливочном масле <input type="checkbox"/> На животном жире <input type="checkbox"/> На различных жирах | 0 1 2 3 4 5 | |
| 1.7 | Как часто Вы едите овощи (кроме картофеля) и фрукты? <input type="checkbox"/> Несколько раз в день <input type="checkbox"/> 4-6 раз в неделю <input type="checkbox"/> 2-3 раза в неделю <input type="checkbox"/> 1 раз в неделю и реже <input type="checkbox"/> Никогда | 0 1 2 3 4 | |
| 1.8 | Чем Вы дома преимущественно заправляете салаты? <input type="checkbox"/> Ничем <input type="checkbox"/> Растительным маслом <input type="checkbox"/> Сметаной <input type="checkbox"/> Майонезом <input type="checkbox"/> Всем вышеперечисленным | 0 1 2 3 4 | |
| Сумма баллов | | | |

| | | | |
|-----------|---|-------------|--|
| 2. | Физическая активность (Отметьте значком "V" один ответ) | | |
| 2.1 | Как Вы добираетесь на работу и с работы? <input type="checkbox"/> Пешком <input type="checkbox"/> На общественном транспорте <input type="checkbox"/> На собственном автомобиле | 0 1 2 | |
| 2.2 | Сколько минут в день Вы тратите на ходьбу в среднем и быстром темпе (включая дорогу до места работы и обратно)? <input type="checkbox"/> Более 1 часа <input type="checkbox"/> Менее 1 часа | 0 1 | |
| 2.3 | Делаете ли Вы утреннюю зарядку? <input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Иногда <input type="checkbox"/> Никогда | 0 1 2 | |
| 2.4 | Посещаете ли Вы спортивные секции? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 0 1 | |

| | | | |
|--------------|---|------------------|--|
| 2.5 | Сколько часов в неделю Вы регулярно занимаетесь физическими упражнениями (в т.ч. посещение бассейна, танцы)? <input type="checkbox"/> Более 3 часов <input type="checkbox"/> 2-3 часа <input type="checkbox"/> 1-2 часа <input type="checkbox"/> Не занимаюсь | 0 1 2 3 | |
| 2.6 | Проводите ли Вы гимнастику на рабочем месте? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 0 1 | |
| Сумма баллов | | | |

| | | | | | |
|--|---|---------------------|------------------------|---------------------------|--------------------|
| 3. | Выявление уровня стресса (Оцените, пожалуйста, насколько Вы согласны с каждым из перечисленных ниже утверждений) | | | | |
| | Утверждение | Да, согласен | Скорее согласен | Скорее не согласен | Не согласен |
| 3.1 | Пожалуй, я нервный человек | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.2 | Я очень беспокоюсь о своей работе | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.3 | Я часто ощущаю нервное напряжение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.4 | Моя профессиональная деятельность вызывает у меня большое напряжение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.5 | Общаясь с людьми, я часто ощущаю нервное напряжение | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.6 | К концу дня я совершенно истощен физически и психически | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3.7 | В моей семье часто возникают напряженные отношения | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Сумма баллов | | | | | |
| Результат: подсчитайте количество баллов, для этого суммируйте все обведенные Вами цифры и разделите на 7 (общее число утверждений). | | | | | |

| 4. Отношение к курению (Отметьте значком "V" один ответ) | | | |
|---|--|------------------|--|
| 4.1 | Как можно охарактеризовать Вас по отношению к курению? <input type="checkbox"/> Никогда не курил (а) <input type="checkbox"/> Курил (а), но бросил (а) <input type="checkbox"/> Курю | 0 1 2 | |
| 4.2 | Если Вы продолжаете курить, употребляете ли Вы табачные изделия ежедневно? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да | 1 2 | |
| 4.3 | Как скоро после пробуждения Вы выкуриваете первую сигарету? <input type="checkbox"/> В течение первых 5мин <input type="checkbox"/> В течение 6-30мин <input type="checkbox"/> 30 мин-60 мин <input type="checkbox"/> Более чем 60 мин | 3 2 1 0 | |
| 4.4 | Сложно ли для Вас воздержаться от курения в местах, где курение запрещено? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 1 0 | |
| 4.5 | От какой сигареты Вы не можете легко отказаться? <input type="checkbox"/> Первая утром <input type="checkbox"/> Все остальные | 1 0 | |
| 4.6 | Сколько в среднем сигарет (папирос) Вы выкуриваете в день? <input type="checkbox"/> До 10 сигарет <input type="checkbox"/> 11-12 <input type="checkbox"/> 21-30 <input type="checkbox"/> 31 и более | 0 1 2 3 | |
| 4.7 | Вы курите более часто в первые часы утром, после того, как проснетесь, чем в течение последующего дня? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 1 0 | |
| Сумма баллов | | | |

| 5. Отношение к алкоголю (Отметьте значком "V" один ответ) | | | |
|--|--|---|--|
| 5.1 | Какие алкогольные напитки Вы предпочитаете? <input type="checkbox"/> Сухое вино <input type="checkbox"/> Пиво <input type="checkbox"/> Крепленое вино <input type="checkbox"/> Столовое вино <input type="checkbox"/> Коньяк <input type="checkbox"/> Виски <input type="checkbox"/> Ром <input type="checkbox"/> Водка <input type="checkbox"/> Самогон <input type="checkbox"/> Бренди | 2 2 3 3 3 4 4 5 6 3 0 | |

| | | | |
|-----|---|---|--|
| | <input type="checkbox"/> Алкоголь не употребляю | | |
| 5.2 | <p>Какие алкогольные напитки Вы предпочитаете?</p> <input type="checkbox"/> Сухое вино <input type="checkbox"/> Пиво <input type="checkbox"/> Крепленое вино <input type="checkbox"/> Столовое вино <input type="checkbox"/> Коньяк <input type="checkbox"/> Виски <input type="checkbox"/> Ром <input type="checkbox"/> Водка <input type="checkbox"/> Самогон <input type="checkbox"/> Бренди <input type="checkbox"/> Алкоголь не употребляю | <input type="checkbox"/> 2 2 3 3 3 4 4 5 6 3 0 | |
| 5.3 | <p>В каких ситуациях Вы употребляете алкоголь?</p> <input type="checkbox"/> В компании с друзьями, для веселья, хорошего настроения <input type="checkbox"/> По случаю важных событий (день рождения, свадьба и пр.) <input type="checkbox"/> Для аппетита <input type="checkbox"/> При появлении проблем, семейных неурядиц, скуки, одиночества <input type="checkbox"/> Чтобы почувствовать себя увереннее <input type="checkbox"/> Для снятия физической боли <input type="checkbox"/> От простуды <input type="checkbox"/> Угощают, отказаться неудобно <input type="checkbox"/> Для снятия эмоционального или физического напряжения <input type="checkbox"/> После бани <input type="checkbox"/> Алкоголь не употребляю | 2 2 2 4 4 4 2 4 3 4 4 0 | |
| 5.4 | <p>Считают ли друзья, что Вы много выпиваете??</p> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 6 0 | |
| 5.5 | <p>Были ли у вас проблемы, связанные с алкоголем, в семье, на работе?</p> <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 4 0 | |
| 5.6 | <p>Можете ли Вы во время застолья отказаться от приема алкоголя, несмотря на уговоры окружающих?</p> <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Не всегда <input type="checkbox"/> Да | 6 2 0 | |

| | | | |
|--------------|--|-------------|--|
| 5.7 | Допускаете ли вы возможность вождения машины в нетрезвом состоянии? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет | 0 6 | |
| 5.8 | Крепкие напитки Вы пьете: <input type="checkbox"/> Залпом <input type="checkbox"/> Медленно <input type="checkbox"/> Крепкие напитки не пью | 3 2 0 | |
| 5.9. | Бывает ли у вас ощущение похмелья? <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Крайне редко <input type="checkbox"/> Нет | 6 2 0 | |
| 5.10 | Часто ли вам приходится похмеляться? <input type="checkbox"/> Часто <input type="checkbox"/> Крайне редко <input type="checkbox"/> Нет | 6 2 0 | |
| Сумма баллов | | | |

| б | Состояние здоровья (<i>Отметьте значком "V" вариант ответа</i>) | | |
|-----|---|------------------|--|
| 6.1 | Ваш рост (см) – Ваш вес (кг) – Ваш обхват талии (см) – | | |
| 6.2 | Знаете ли Вы цифры своего артериального давления? Систолическое АД – Диастолическое АД – | | |
| 6.3 | Бывает ли у Вас повышенное артериальное давление? <input type="checkbox"/> Никогда <input type="checkbox"/> Редко <input type="checkbox"/> Постоянно | 0 1 2 | |
| 6.4 | Знаете ли Вы свой уровень сахара в крови? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Затрудняюсь ответить <input type="checkbox"/> Нет | 0 1 2 | |
| 6.5 | Как в настоящее время Вы оцениваете состояние своего здоровья? <input type="checkbox"/> Отличное <input type="checkbox"/> Хорошее <input type="checkbox"/> Удовлетворительное <input type="checkbox"/> Плохое | 0 1 2 3 | |

| | | | |
|--------------|---|--------|--|
| 6.6 | Обращались ли Вы к врачу в течение последних 6 мес? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да | 0 1 | |
| 6.7 | Получали ли Вы лист нетрудоспособности в течение последних 6мес? <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да | 0 1 | |
| Сумма баллов | | | |

Оценка результатов анкетирования

| | | |
|---|--------------------------|---|
| 1 | Характер питания | <p><i>Оценка результата («ключ»)</i> – Суммируйте баллы, полученные в перечисленных вопросах:</p> <p>0-5 – нарушения рационального питания отсутствуют (отлично)</p> <p>6-10 – незначительные нарушения рационального питания (хорошо)</p> <p>11-13 – имеются некоторые нарушения рационального питания (удовлетворительно)</p> <p>14 баллов и более – имеются нарушения рационального питания (плохо)</p> |
| 2 | Физическая активность | <p><i>Оценка результата («ключ»)</i> – Суммируйте баллы, полученные в перечисленных вопросах:</p> <p>0-5 – физическая активность достаточно высока (отлично)</p> <p>6-10 – физическая активность низкая (плохо)</p> |
| 3 | Выявление уровня стресса | <p><i>Оценка результата:</i></p> <p>Уровень стресса «высокий» – (балл 1-2);</p> <p>«средний» – (балл 2,01-3);</p> <p>«низкий» – (балл 3,01-4)</p> |
| 4 | Отношение к курению | <p><i>Оценка результата:</i></p> <p>0-2 – очень слабая зависимость</p> <p>3-4 – слабая зависимость</p> <p>5 – средняя зависимость</p> <p>6-7 – высокая зависимость</p> <p>8-10 – очень высокая зависимость</p> |
| 5 | Отношение к алкоголю | <p><i>Оценка результатов:</i></p> <p>10 баллов и менее - Вы знаете о культуре питья, проблем с алкоголем у Вас нет, алкоголизм Вам не грозит.</p> <p>11 - 25 баллов - Вам надо задуматься. Возможно, у Вас уже есть некоторые проблемы, связанные с алкоголем.</p> <p>26- 45 баллов - Вам следует признаться в том, что у Вас есть риск к развитию алкоголизма.</p> <p>Больше 45 очков - Вероятно, Вы злоупотребляете алкоголем, решить самостоятельно эту проблему Вам сложно.</p> |

Приложение 3

Заявка на участие в мероприятии "Игра на похудение"

| | | |
|----|------------------------------|--|
| 1. | Ф.И.О. (полностью) | |
| 2. | Число, месяц, год рождения | |
| 3. | Наименование организации | |
| 4. | Должность | |
| 5. | Контактный телефон (сотовый) | |
| 6. | Вес (кг) | |
| 7. | Рост (см) | |

Фотография приветствуется.

Приложение 4

Заявка на участие в мероприятии "Время бросить курить"

| | | |
|----|--------------------------------------|--|
| 1. | Ф.И.О.(полностью) | |
| 2. | Число, месяц, год рождения | |
| 3. | Наименование организации | |
| 4. | Должность | |
| 5. | Контактный телефон (сотовый) | |
| 6. | Стаж курения | |
| 7. | Число выкуриваемых сигарет в день | |