

නිරාවරන පරීක්ෂනය -

- ආයතනය;.....
- නම-

පසුගිය කාලයේ ඔබට තිබූ රෝගා බාධ නම කරන්න

පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න වලට හොඳින්ම ගැලපෙන පිලිතුරු තෝරන්න

1 වසර කිහිප රාත්‍රී වැඩමුරය සහිත ලාදැරී
 අවුරුදු 5 5 -9 අවුරුදු 10 -14 අවුරුදු 15 -19 අවුරුදු අවුරුදු 20 හෝ වැඩි

2 ඔබගේ වරමාන රැකියාවේ සේවා මුර ක්‍රමය හඳුන් වන්න
 මුර තුනයි දවසක් හැර දවසක් රාත්‍රී මුරය පමණි අනිකුත්

3 ඔබගේ වැඩ මුර ක්‍රමය ක්‍රමානුකූලව වක්‍රව සිදුවේද
 ඔව් (෧෩-1 යන්න) නැත (෧෪ 0 යන්න)

4 සේවා මුරය අවසන් කර ඊලඟ මුරය පටන් ගන්නා තුරු පැය කිහිප තිබේද
 පැය 11 කට වඩා පැය 11 ට අඩුයි

5 සාමාන්‍යයෙන් එක දිනට රාත්‍රී වැඩමුර කොපමණ වසරකට කර ඇතිද
 එක දිනට හැර දවසක් රාත්‍රී වැඩමුර නැත දවස 2 දවස 3 දවස 4 දවස 5 හෝ වැඩි

6 රාත්‍රී වැඩ මුරයේදී කල යුතු කාර්යය හා විවේක කාලය දිවා කල වැඩ මුරය සමග සැලකූ විට
 -
 1) වැඩ ප්‍රමාණය : දවල් මුරයට සාපේක්ෂව සමානයි අඩුයි වැඩියි
 2) විවේකය දවල් මුරයට සාපේක්ෂව සමානයි අඩුයි වැඩියි

7 රාත්‍රී මුරයේදී ඔබ සේවය කරන්නේ තනිවමද
 ඔව් නැත

8 පහත දේවල් රාත්‍රී වැඩ මුරයේදී ඔබට හිමිද.

රාත්‍රී වැඩ මුරයේදී හින්ද	<input type="checkbox"/> ඔව්	<input type="checkbox"/> නැත
විවේක ස්ථානයක්	<input type="checkbox"/> ඔව්	<input type="checkbox"/> නැත
ආහාර රැ හේ වෙලාව	<input type="checkbox"/> ඔව්	<input type="checkbox"/> නැත
රාත්‍රී වැඩ මුර වෙනස් කර ගැනීම	<input type="checkbox"/> ඔව්	<input type="checkbox"/> නැත

9 සතියකට වැඩ කරන සාමාන්‍ය පැය ගනන
 40 ට අඩුයි 40 41-51 52-59 60 හෝ වැඩි

රාත්‍රී වැඩ මුර -

නින්ද ආශ්‍රිත රෝගා බාධ-

- ආයතනය;.....
- නම-

පසුගිය කාලයේ ඔබට තිබූ රෝගා බාධ නම කරන්න

--

පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා නිවැරදිම පිලිතුර සලකුණු කරන්න

1-3. පහත දී ඇති ගැටලු වල පසුගිය සති දෙක තුළ තත්වය සඳහන් කරන්න					
	නැත	අඩුය	සාමාන්‍යත	වැඩි	ඉතා වැඩි
1. නින්ද නොයාම	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. හොඳින් නිදා ගැනීමට අපහසු බව	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. වේලාසන අවදිය	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>4. ඔබගේ නින්දේ ස්වාභාවය ගැන මඬ කොපමන තෘප්තිමත්ද? <input type="checkbox"/> ඉතාමත් තෘප්තිමත් <input type="checkbox"/> තෘප්තිමත් <input type="checkbox"/> සාමාන්‍යයි <input type="checkbox"/> සැහැමකට පත් නොවේ <input type="checkbox"/> ඉතා දුර්වලයි</p> <p>5. ඔබගේ නින්ද ආශ්‍රිත ගැටලුව දිවා කාලයේ වැඩ මුරයට කෙසේ බලපායිදැ? <input type="checkbox"/> බල පෑමක් නැත <input type="checkbox"/> මද වශයෙන් <input type="checkbox"/> යම් ප්‍රමාණයක් <input type="checkbox"/> සැලකිය යුතු තරම් <input type="checkbox"/> ඉතාමත් වැඩියි</p> <p>6. ඔබගේ ජීවිතයේ තත්වය නින්ද ආශ්‍රිත ගැටලු නිසා පිරිහෙන බව අත්‍යයෙන් පවසනවාදැ? <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/> යම් ප්‍රමාණයක් <input type="checkbox"/> සාමාන්‍යයෙන් <input type="checkbox"/> සැලකිය යුතු තරම් <input type="checkbox"/> ඉතාමත් වැඩියි</p> <p>7. වරප්‍රමාණයේ නින්ද ආශ්‍රිත ගැටලු ගැන ඔබ කොතරම් උනන්දු? <input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/> යම් ප්‍රමාණයක් <input type="checkbox"/> සාමාන්‍යයෙන් <input type="checkbox"/> සැලකිය යුතු තරම් <input type="checkbox"/> ඉතාමත් වැඩියි</p>					

රාත්‍රි වැඩ මුරය

නිතර ආශ්‍රිත ආධාන : දිවා කාලයේ නිතර යාම -

- ආයතනය;.....
- නම-

* ඔබගේ පසු ගිය කාලයේ රෝගාධාන නම් කරන්න

--

* පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා වඩාත්ම ගැලපෙන පිලිතුර සලකුණු කරන්න

	නිතර නැත	නිතර යම් ප්‍රමාණයක්	නිදිබර	ඉතා නිදිබර
1 වාඩි වී කියවන විට	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 රූපවාහිනිය නරඹන විට	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ප්‍රසිද්ධ ස්ථානයක වාඩිවී වී රැස්වීමක් හෝ නාට්‍යයක් බලන විට	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 පැයක පමණ බස් රථයක හෝ 'කාරයක යන විට	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 හවස් කාලයේ සුව පහසුව සිටින විට	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 වාඩි වී කෙනෙක් සමඟ කතා කරන විට	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 දිවා ආහාරයෙන් පසු වාඩි වී සිටින විට	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8වාහන තද බදුයකදී විනාඩි කිපයක් වාහනය නවතා සිටින විට	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

රාත්‍රී වැඩ මූරය(නින්දේ ස්වභාවය)

නින්ද ආශ්‍රිත ආබාධ : දිවා කාලයේ නින්ද යාම -

- ආයතනය;.....
- නම-

* ඔබගේ පසු ගිය කාලයේ රෝගාබාධ නම් කරන්න

--

* පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා වඩාත්ම ගැලපෙන පිලිතුර සලකුණු කරන

1-4. පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා වඩාත්ම ගැලපෙන පිලිතුර සලකුණු කරන්න				
1. ඔබ නින්දට යන වේලාව?				() පැය. () මිනිත්තු
2. ඔබට නින්ද යාමට ගතවන කාලය?				() පැය . () මිනිත්තු.
3. ඔබ අවදි වන වේලාව ?				() පැය . () මිනිත්තු
4. ඔබට ලැබෙන ඡත්‍ය කිකදේ ප්‍රමාණය t?				() පැය . () මිනිත්තු.
5. පහත සඳහන් හේතු නිසා ඔබට නිදා ගැනීමට නොහැකි වූ වාර ගනන?				
	0	සතියකට වරකට	සතියකට 1-2	සතියකට 3 වරකට වඩා
එනාඩි 30 ක් යන තුරු නින්ද නොයයි	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
රාත්‍රියේ මැද හදිසියේ අවදි වීම	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
වැකිර සිටින විට ශ්වසන අපහසුතා	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
තදින් ගෙවීම හෝ කැස්ස	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
දැඩි ශිතලක් දැනීම	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
දැඩි උනුසුමක් දැනීම	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
බිහිසුණු හෝ අප්‍රසන්න සිහින	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
වේදනාව	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
අනිකුත්	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 6 පසුගිය මාසයේ නින්ද ගැන ඔබේ අදහස?				
<input type="checkbox"/> ඉතාම හොඳයි <input type="checkbox"/> සාමාන්‍යයෙන් හොඳයි <input type="checkbox"/> සාමාන්‍යයෙන් අඩුයි <input type="checkbox"/> ඉතාම අඩුයි				
 7 පසුගිය මාසය තුළ නිදා ගැනීමට උපකාරක භාවිතා කර වාර ගනන?				
<input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/> සතියකට එක් වරකට වඩා අඩුවෙන් <input type="checkbox"/> සතියකට 1-2 වරකට <input type="checkbox"/> සතියකට 3 වරකට හෝ වැඩිපුර				
 8. පසුගිය මාසය තුළ ඔබ පහත සඳහන් අවස්ථා වල නින්දට නොවැටී සිටීමට උත්සාහ දැරූ වාර ගනන(ිග පැදවීම ල ආහාර ගැනීමල සමාජීය වැඩක යෙදී සිටින විට)?				
<input type="checkbox"/> නැත <input type="checkbox"/> සතියකට වරකට වඩා අඩුවෙන් <input type="checkbox"/> සතියකට 1-2 වරකට <input type="checkbox"/> සතියකට 3 වරකට හෝ වැඩිපුර				
 9 පසුගිය මාසයේ ඔබගේ රාජකාරී සම්පූර්ණ කර ගැනීමට අපහසු වීම				
<input type="checkbox"/> කිසිම අපහසුතාවක් නැත <input type="checkbox"/> අපහසු නැත <input type="checkbox"/> තරමක් අපහසුයි <input type="checkbox"/> ඉතා අපහසුයි				

රාත්‍රී වැඩ මුරය (ගැස්ට්‍රොනමික් රෝගය)

- ආයතනය;.....
- නම-

* ඔබගේ පසු ගිය කාලයේ තිබූ රෝගාබාධ නම් කරන්න

* පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න වලට ඉතාම ගැලපෙන පිලිතුරු තෝරන්න

1. පසුගිය මාස 3 තුළ ආහාර වේලකින් පසු ඔබට අපහසුතාවක් ඇති වූ වාර ගනන?

නැත! මසකට දින එකකට අඩුවෙන් මසකට දිනක් මසකට දින 2-3

සතියකට වරක් දින දෙකකට වරක් සෑම දිනකම

2. මෙම තත්වය පසු ගිය මාස 6කට පෙර ඔබට තිබුණද ?

ඔව් නැත

3. පසුගිය මාස 3 තුළ එක් ආහාර වේලක් සම්පූර්ණයෙන් අනුභව කිරීමට අපහසු වූ වාර ගනන?

නැත! මසකට දින එකකට අඩුවෙන් මසකට දිනක් මසකට දින 2-3

සතියකට වරක් දින දෙකකට වරක් සෑම දිනකම

4 මෙම ආහාර වේල අවසන් කිරීමට නොහැකි වීමේ ගැටලුව- මාස 6කට පෙර ඔබට තිබුණද?

ඔව් නැත

5. පසුගිය මාස 3 ක කාලය ඔබේ උදරයේ දැවෙන වේදනාවක් ඇති වූ වාර ගනන ?

නැත මසකට දින එකකට අඩුවෙන් මසකට දිනක් මසකට දින 2-3

සතියකට වරක් දින දෙකකට වරක් සෑම දිනකම

6. මෙම බරේ දැවෙන ගතිය මීට මාස 6කට පෙර ඔබට තිබුණද ?

ඔව් නැත

රාත්‍රි වැඩ මුරය පියයුරු පිළිකා

- ආයතනය-
- නම-

* ඔබගේ පසු ගිය කාලයේ තිබූ රෝගාධාධ නම් කරන්න

* පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා වඩාත්ම පිලිතුර තෝරන්න

1. පසුගිය වසර තුළ ඔබ කී වාරයක් ස්වයං පියයුරු පිළිකා පරීක්ෂාව කලාද ?

කිසිසේත් නැත මසකට වරකට වඩා අඩුවෙන් සෑම මාස 3-6 ට වරක්

මාස 1-2 ට වරක් මසකට දෙවරකට වඩා

2 කරුණාකර ඔබේ වර්ථමාන රෝග ලක්ෂණ නම් කරන්න

.

මගේ පියයුරු වල ගෙඩියක් ඇති බව දැනේ .

තුඩු වලින් ඉුවයක් වහනය වීම .

තුඩු පැලී හෝ ගිලී තිබීම

රෝග සලකුණු නැත.

3. ඔබේ පියයුරු වල X-ray සටහනක් හෝ sonogram එකක් පසුගිය වසරේ ගත්තාද?

ඔව් නැත