

නිරාවරන පරීක්ෂනය-

- ආයතනය-
- නම-

පසුගිය කාලයේ ඔබට තිබූ රෝගා බාධ නම් කරන්න.

0 පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න වලට හොඳින්ම ගැලපෙන පිළිතුරු තෝරන්න
මෙය ස්ථානගත කිරීමට පෙර විභාගයක් නම්, කරුණාකර ඔබගේ සේවා ස්ථානයේ මෑතකාලීන රාත්‍රී වැඩවලට අනුකූලව පෝරමය පුරවන්න. ඔබ කිසි දිනක රාත්‍රියේ වැඩ කර නොමැති නම්, ඔබට අනාගතයේ යෙදෙන රාත්‍රී වැඩ ගැන කරුණාකර ඔබගේ උපරිම දැනුමට ප්‍රතිචාර දක්වන්න.
(අක්‍රමවත් රාත්‍රී මුරයන් නිසා යමෙක් විශේෂ ශාරීරික පරීක්ෂණයකට භාජනය වන්නේද යන්න අවිනිශ්චිත නම්, ස්ථානගත කිරීමට පෙර ශාරීරික පරීක්ෂණයක් සිදු නොකළ යුතුය. මාස 6 කට පසු රාත්‍රී වැඩ භාතිකර සාධකයක් ලෙස සලකනු ලැබුවහොත්, ස්ථානගත කිරීමෙන් පසු ශාරීරික පරීක්ෂණයක් පැවැත්විය යුතුය.)

1 වසර කියක් රාත්‍රී වැඩමුරය සහිත ලාද?

අවුරුදු 5 5 -9 අවුරුදු 10 -14 අවුරුදු 15 -19 අවුරුදු 20 හෝ වැඩි

2 ඔබගේ වර්මාන රැකියාවේ සේවා මුර ක්‍රමය හඳුන්වන්න.

☐ මුර තුනයි ☐ දවසක් හැර දවසක් ☐ රාත්‍රී මුරය පමණි ☐ අනිකුත්

3 ඔබගේ වැඩ මුර ක්‍රමය ක්‍රමානුකූලව වක්‍රව සිදුවේද?

☐ ඔව්(෪3 -1 යන්න). ☐ නැත (෪4 ට යන්න).

4 සේවා මුරය අවසන් කර ඊළඟ මුරය පටන් ගන්නා තුරු පැය කීයක් 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 ☐ දවස් 2 ☐ දවස් 3 ☐ දවස් 4 ☐ දවස් 5 හෝ වැඩි

6 රාත්‍රී වැඩ මුරයේදී කළ 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 නින්දා	<input type="checkbox"/> ඔව්	<input type="checkbox"/> නැත
විවේක ස්ථානයක්	<input type="checkbox"/> ඔව්	<input type="checkbox"/> නැත
ආහාර රැ. තේ 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 ගණන

☐ 40 ට අඩුයි ☐ 40 ☐ 41-51 ☐ 52-59 ☐ 60 හෝ වැඩි

රාත්‍රී වැඩ මුර
නින්ද ආශීර්ත රෝගා බාධ

- ආයතනය-.....
- නම-

පසුගිය කාලයේ ඔබට තිබූ රෝගා බාධ නම් කරන්න.

පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා නිවැරදිම පිළිතුර සලකුණු කරන්න.

1-3ග පහත දී ඇති ගැටලු වල පසුගිය සති දෙක තුළ තත්වය සඳහන් කරන්න.

	නැත	අඩුය	සාමාන්‍ය	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"/>

4. ඔබගේ නින්දේ ස්වාභාවය ගැන මඬ කොපමන තෘප්තිමත්ද?
☐ ඉතාමත් තෘප්තිමත් ☐තෘප්තිමත් ☐ සාමාන්‍යයි ☐ සැහැමකට පත් නොවේ ☐ ඉතා දුර්වලයි

5. ඔබගේ නින්ද ආශීර්ත ගැටලුව දිවා කාලයේ වැඩ මුරයට කෙසේ බලපායිද?
☐ බල පෑමක් නැත ☐ මද වශයෙන් ☐ යම් ප්‍රමානයක් ☐ සැලකිය යුතු තරම් ☐ ඉතාමත් වැඩියි

6. ඔබගේ ජීවිතයේ තත්වය නින්ද ආශීර්ත ගැටලු නිසා පිරිහෙන බව අන්‍යයන් පවසනවාද?
☐ නැත ☐ යම් ප්‍රමානයක් ☐ සාමාන්‍යයෙන් ☐ සැලකිය යුතු තරම් ☐ ඉතාමත් වැඩියි

7. වර්ථමානයේ නින්ද ආශීර්ත ගැටලු ගැන ඔබ කොතරම් උනන්දුද?
☐ නැත ☐ යම් ප්‍රමානයක් ☐ සාමාන්‍යයෙන් ☐ සැලකිය යුතු තරම් ☐ ඉතාමත් වැඩියි

රාතිර වැඩ මුරය
නින්ද ආශීර්ත ආබාධ (දිවා කාලයේ නින්ද යාම)

- ආයතනය-.....
- නම-

* ඔබගේ පසු ගිය කාලයේ රෝගාබාධ නම් කරන්න.

* පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා වඩාත්ම ගැලපෙන පිළිතුර සලකුණු කරන්න.

	නින්ද නැත	නින්ද යම් ප්‍රමාණයක්	නිදිබර	ඉතා නිදි බර
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 වාඩිව 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 සමග 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"/>
8 වාහන තද බදයකදි විනාඩි කිපයක් වාහනය නවතා සිටින විට.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

රාතිර වැඩ මුරය (නින්දේ ස්වභාවය)
නින්ද ආශීර්ත ආබාධ (දිවා කාලයේ නින්ද යාම)

- ආයතනය-.....
- නම-

* ඔබගේ පසු ගිය කාලයේ රෝගාබාධ නම් කරන්න.

* පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා වඩාත්ම ගැලපෙන පිළිතුර සලකුනු කරන්න.

1-4. පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා වඩාත්ම ගැලපෙන පිළිතුර සලකුනු 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 සත්‍ය නින්දේ ප්‍රමාණය?

() පැය. () මිනිත්තු

5. පහත සඳහන් හේතු නිසා ඔබට නිදා ගැනීමට නොහැකි වූ වාර ගණන?

	0	සතියකට වරකට	සතියකට 1-2	සතියකට 3 වරකට වඩා
විනාඩි 30 ක් යන තුරු නින්ද නොයයි.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
නින්ද මැද්දේ ඇහැරුනා.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
වැතිර සිටින විට ශ්වසන අපහසුතා .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
තදින් ගෙරවීම 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"/>
බිහිසුනු 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?

☐ ඉතාම හොඳයි ☐ සාමාන්‍යයෙන් හොඳයි ☐ සාමාන්‍යයෙන් අඩුයි ☐ ඉතාම අඩුයි

7 පසුගිය මාසය තුල නිදා ගැනීමට උපකාරක භාවිතා කර වාර ගණන?

☐ නැත ☐ සතියකට එක් වරකට වඩා අඩුවෙන් ☐ සතියකට 1-2 වරක් ☐ සතියකට 3 වරක් හෝ වැඩිපුර

8. පසුගිය මාසය තුල ඔබ පහත සඳහන් අවස්ථා වල නින්දට නොවැටී සිටීමට උත්සාහ දැරූ වාර ගණන (රිය පැදවීම, ආහාර ගැනීම, සමාජීය වැඩක යෙදී සිටින විට)?

☐ නැත ☐ සතියකට වරකට වඩා අඩුවෙන් ☐ සතියකට 1-2 වරක් ☐ සතියකට 3 වරක් හෝ වැඩිපුර

9 පසුගිය මාසයේ ඔබගේ රාජකාරි සම්පූර්ණ කර ගැනීමට අපහසු වීම.

☐ කිසිම අපහසුතාවක් නැත ☐ අපහසු නැත ☐ තරමක් අපහසුයි ☐ ඉතා අපහසුයි

රාතිර වැඩ මුරය (ගැස්ටයිටිස් රෝගය)

- ආයතනය-.....
- නම-

* ඔබගේ පසු ගිය කාලයේ තිබූ රෝගාබාධ නම් කරන්න.

* පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න වලට ඉතාම ගැලපෙන පිළිතුර තෝරන්න.

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

☐ 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 තිබුනාද ?

☐ ඔව් ☐ නැත

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

☐ 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 තිබුනාද?

☐ ඔව් ☐ නැත

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

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

☐ සතියකට වරක් ☐ දින දෙකකට වරක් ☐ සෑම දිනකම

6. මෙම බඩේ දැවෙන ගතිය මීට මාස 6කට පෙර ඔබට තිබුනාද ?

☐ ඔව් ☐ නැත

රාතිර වැඩ මුරය පියයුරු පිළිකා

- ආයතනය-
- නම-

* ඔබගේ පසු ගිය කාලයේ තිබූ රෝගාබාධ නම් කරන්න.

* පහත දැක්වෙන ප්‍රශ්න කියවා වඩාත්ම පිළිතුර තෝරන්න.

1. දකුණු කොරියාවේ පියයුරු පිළිකා සඳහා නිර්දේශිත පිරික්සුම් වක්‍රය පහත පරිදි වේ. ඔබ මේ දක්වා ඔබේ වයසට ගැලපෙන පිරික්සුම් පරීක්ෂණ ලබාගෙන තිබේද?

- අවුරුදු 30 සහ ඊට වැඩි: සෑම මසකම ස්වයං-රෝග විනිශ්චය කරන්න.

- අවුරුදු 35 සහ ඊට වැඩි: සෑම වසර 2 කට වරක් වෛද්‍යවරයෙකුගේ වෛද්‍ය පරීක්ෂණයක් කරන්න.

- අවුරුදු 40 සහ ඊට වැඩි: වෛද්‍යවරයෙකුගේ වෛද්‍ය පරීක්ෂණය සහ සෑම වසර 1 සිට 2 දක්වා මැමෝග්‍රැෆි සිදු කළ යුතුයි.

☐ කිසිසේත්ම පාහේ කළේ නැත.

☐ මට එය කිහිප වතාවක් ලැබී ඇත.

☐ මම එය සෑම විටම පාහේ තබා ගත්තෙමි.

2 කරුනාකර ඔබේ වර්ථමාන රෝග ලක්ෂණ නම් කරන්න

☐ මගේ පියයුරු වල ගෙඩියක් ඇති බව දැනේ.

☐ තුඩු වලින් ශාරීරවයක් වහනය වීම.

☐ තුඩු පැලි හෝ ගිලි තිබීම.

☐ රෝග සලකුනු නැත.

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

☐ ඔව්

☐ නැත