

Küsimustik uneaegsete hingamishäirete uuringuteks registreerumisel

Kuupäev:.....

Nimi:.....

Isikukood:.....

Vanus:.....a.

Kaal:.....kg

Pikkus:.....cm

Perekonnaseis: Abielus/vabaabielus Lahutatud Üksielav

Elukutse:..... Töökoht.....

Tööaeg: Tavaline tööaeg (E-R) Töö vahetustega/mittetavaline tööaeg

UINUMINE JA MAGAMINE

Mulle tundub, et vajantundi und igal öösel.

Praegu magan ma tundi igal öösel

Mis kellaajal Te tavaliselt uinute? Kell.....

Mis kellaajal Te tavaliselt ärkate? Kell....

Kas Teil on unehäireid? Ei

Jah

Kui Jah, siis: millest on Teie arvates unehäired tingitud?

	Mitte üldse	Natuke	Teatud määral	Palju	Väga palju
Norskamisest	1	2	3	4	5
Valudest kehas	1	2	3	4	5
Muust haigusest	1	2	3	4	5
Olen pinges	1	2	3	4	5
Ebaregulaarsusest	1	2	3	4	5
Stressist tööl	1	2	3	4	5
Probleemidest perekonnas	1	2	3	4	5
Meeleolu langusest	1	2	3	4	5
Liigsest kohvijoomisest	1	2	3	4	5
Liigsest alkoholitarvitamisest	1	2	3	4	5
Ravimite toimetest	1	2	3	4	5
Halvast magamistoa mikrokliimast	1	2	3	4	5

Kui sageli:

	Iialgi	Harva	Vahel	Sageli	Alati
Kas norskate valjult ja teisi häirivalt?	1	2	3	4	5
Kas Teie norskamise tõttu peab või on pidanud Teie abikaasa/partner magama teises toas?	1	2	3	4	5
Kas Teil on norskamise tõttu raske reisida, elada hotellis jne.?	1	2	3	4	5
Kas Teiega kokkupuutunud inimesed on maininud, et Teil esineb une ajal hingamisseisakuid?	1	2	3	4	5
Kas Teil on õhtuti uinumise raskusi?	1	2	3	4	5
Kas kasutate unerohutuid?	1	2	3	4	5
Kas ärkate öösel korduvalt üles?	1	2	3	4	5
Kas vähkrete öösiti voodis?	1	2	3	4	5
Kas higistate öösiti?	1	2	3	4	5
Kas Teil on öösiti nina kinni?	1	2	3	4	5
Kas ärkate üles kiiresti tundega, et ei saa hingata?	1	2	3	4	5
Kas ärkate öösiti tundes vajadust minna tualetti, et urineerida? (Tualetis käimiste arv öö kohta:.....)	1	2	3	4	5
Kas ärkate liiga vara ja Teil on raskusi uuesti uinumiseega?	1	2	3	4	5

ÄRKAMINE

<u>Kui sageli:</u>	Iialgi	Harva	Vahel	Sageli	Alati
Tunnete end ärgates väljapuhanuna?	1	2	3	4	5
Ärkate peavaluga?	1	2	3	4	5
Ärkate suukuivusega?	1	2	3	4	5
Tunnete, et ei suuda end liigutada, kui olete ärganud?	1	2	3	4	5

KUIDAS TE TUNNETE END PÄEVAL?

<u>Kui sageli:</u>	Iialgi	Harva	Vahel	Sageli	Alati
Tunnete kehalist väsimust?	1	2	3	4	5
Tunnete end päeval unisena?	1	2	3	4	5
Te uinute tahtmatult, näiteks tööl pausi ajal?	1	2	3	4	5
Lubate endale päeval hetkelise tukastamise?	1	2	3	4	5
Te uinute päevase/õhtuse lõõgastumise ajal (näit. telerit vaadates)?	1	2	3	4	5
Te tunnete, et lihastest kaob korraks jõud seoses tugevate emotsioonidega (rõõm, kurbus, raev jne.)?	1	2	3	4	5
Tunnete end kergesti ärrituvana?	1	2	3	4	5
<u>Kui Te juhite autot</u> – olete juhtunud suigatama või olete olnud suigatamisele lähedal?	1	2	3	4	5
<u>Unisuse tõttu Te:</u>					
ei tule tööülesannetega rahuldavalt toime?	1	2	3	4	5
väldite minekut teatrisse, kinno jne.?	1	2	3	4	5
Teil on raske lävida inimestega?	1	2	3	4	5
Teil on probleeme langenud meeleolu tõttu või tunnete, et Teil on depressioon?	1	2	3	4	5

<u>Kui suuri vaevusi põhjustavad Teile:</u>	Mingeid	Väikesi	Mõõdukaid	Suuri	Väga suuri
Kontsentreerumisraskused?	1	2	3	4	5
Mäluhäired?	1	2	3	4	5

Kas Te suitsetate või tarvitate nikotiini mingis muus vormis? Jah Ei

Kui Jah, kui palju Te suitsetate või tarvitate nikotiini mingis muus vormis?

Sigarette...../päevas Sigareid...../päevas

Piibutäisi...../päevas Nikotiiniannuseid mingis muus vormis...../päevas

Kui Ei, kas olete varem suitsetanud või tarvitanud nuusktubakat?

Ei Jah, suitsetanud Jah, tarvitanud nuusktubakat Lõpetanud.....

Kui palju allolevat Te joote?

Igapäevaselt

Puhkepäeviti ja pühiti

Kohvi

.....tassi

.....tassi

Teed

.....tassi

.....tassi

Õlut

.....klaasi

.....klaasi

Veini

.....klaasi

.....klaasi

Kanget alkoholi

.....ml

.....ml

	Jah	Ei
Kas olete aeg-ajalt tundnud vajadust liigutada ühte või mõlemat jalga ebamugavustunde tõttu jalas/jalgades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Teil on raske hoida jalga/jalgu liikumatuna, kui tekib eelmainitud vaevus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas mainitud vaevused tekivad või süvenevad rahuolekus, samal ajal kui aktiivne liigutamine annab kasvõi ajutist või osalist kergendust?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas nimetatud vaevused süvenevad õhtusel või öisel ajal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kas Teil esineb lihastes või liigestes jäikust või valu, mis häiriks und?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kui palju Te kaalusite, kui olite:

15-aastane:.....kg	20-aastane:.....kg	25-aastane:.....kg	30-aastane:.....kg
35-aastane:.....kg	40-aastane:.....kg	45-aastane:.....kg	50-aastane:.....kg
55-aastane:.....kg	60-aastane:.....kg		

Märkige ära kõik need probleemid ja/või haigused, mida Te põete või olete põdenud?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Südamelihaseinfarkt | <input type="checkbox"/> Diabeet |
| <input type="checkbox"/> Allergia | <input type="checkbox"/> Muu südamehaigus | <input type="checkbox"/> Impotentsus |
| <input type="checkbox"/> Muu hingamisteede probleem | <input type="checkbox"/> Kõrge vererõhk | <input type="checkbox"/> Liigesvaevused |
| <input type="checkbox"/> Heinanohu | <input type="checkbox"/> Kõrge hemoglobiinisaldus | <input type="checkbox"/> Psüühikahäired |
| <input type="checkbox"/> Pikaajaline ninakinnisus | <input type="checkbox"/> Peavalu | <input type="checkbox"/> Kõrvetised/refluks |

Missuguseid pidevat arstlikku järelvalvet vajavaid haigusi Te põete?

.....

Missuguseid ravimeid Te regulaarselt tarvitate?

.....

Märkige alljärgnevalt ära kõik oma haiglasviibimised ja/või operatsioonid (ka väiksemad ambulatoorselt tehtud operatsioonid).

MIS?

MILLAL?

.....
.....
.....
.....
.....

Kas Te olete proovinud norskamise vastu mõnd ravivõtet? Jah Ei

Kui Jah, siis mida? Selili asendis magamise vältimist
 Kaalust mahavõtmist
 Muud (mida?):.....

