**رات کی شفٹ – معلومات کا تعین**

ادارہ:

نام:

\*اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

|  |
| --- |
|  |

\* درج ذیل سوالات کوپڑھ کرمناسب جواب پر (✓) کانشان لگائیں۔

اگر یہ تعیناتی سے قبل کاجائزہ ہے، تو براہ مہربانی اپنے موجودہ کام کی جگہ پر رات کے سب سے حالیہ کام کے مطابق فارم پُر کریں۔ اگر آپ نے رات کو کبھی کام نہیں کیا ، تو براہِ مہربانی آپ مستقبل میں جو رات کا کام کریں گے اس کے بارے میں اپنے علم کے مطابق بہتر سے بہتر جواب دینے کی کوشش کریں۔

(اگر اس حوالے سے غیریقینی پائی جاتی ہے کہ رات کی بے قاعدہ شفٹوں کے باعث کام کرنے والے فرد میں خصوصی جسمانی جائزہ لیا جانا ہے یا نہیں ،توایسی صورت میں تعیناتی سے قبل جسمانی جائزہ نہیں لیا جائے ۔اگر 6 ماہ کے بعد رات کے کام کو نقصان دہ عنصر سمجھا جاتا ہے تو ایسی صورت میں تعیناتی کے بعد جسمانی معائنہ کیا جائے گا۔)

|  |
| --- |
| 1. آپ نے کتنے سالوں سے ایسی شفٹوں میں کام کیا ہے جن میں رات کی شفٹیں شامل تھیں ؟ |
| □ 5 سال سے کم □ 5۔5 سال □ 10-14 سال □ 15-19 سال  □ 20 سال یا اس سے زائد □ قابل اطلاق نہیں |
| 1. برائے مہربانی اپنی موجودہ ملازمت پر اپنے کام کے انتظامات کی نشاندہی کریں ؟ |
| □3 شفٹیں □ 2 شفٹیں □ ہر دوسرے دن (24 گھنٹے شفٹ) □ صرف رات کی شفٹ  □ دیگر (بے قاعدہ وغیرہ) |
| 1. کیا آپ کی شفٹ باقاعدگی کےساتھ تبدیل ہوتی رہتی ہے ؟ |
| □ ہاں (☜تو پھر 3۔1 پر چلےجائیں) □ نہیں (☜ تو پھر 4 پر چلےجائیں) |
| 3۔1 کیا آپ کی شفٹ صبح، شام اور رات کی شفٹ کی ترتیب سے بدلتی ہے ؟ |
| □ ہاں □ نہیں |
| 1. کام ختم کرنے کے بعد سے لیکر واپس کام پر آنے تک فراغت کے کتنے گھنٹے آپ کو حاصل ہوجاتے ہیں ؟ |
| □ 11 گھنٹے سے زائد □ 11 گھنٹے سے کم |
| 1. گزشتہ ایک سال سے اوسطاً کتنے دن آپ نے لگاتار رات کی شفٹوں میں کام کیا ہے ؟ |
| □کبھی مسلسل رات کی شفٹ نہیں کی □ 2 دن □ 3 دن □4دن □ 5 دن یا اُس سے زائد |
| 1. آپ کس طرح صبح کی شفٹ کے ساتھ رات کی شفٹ کے کام کے بوجھ اور آرام کے اوقات کا موازنہ کرتے ہیں ؟ |
| 1) کام کا بوجھ: صبح کی شفٹوں کے مقابلے میں □ ایک جیسا □ کم □ زیادہ |
| 2) آرام کے اوقات : صبح کی شفٹوں کے مقابلے میں □ ایک جیسا □ کم □ زیادہ |
| 1. کیاآپ رات کی شفٹ میں اکیلےکام کرتےہیں؟ |
| □ ہاں □ نہیں |
| 1. کیا رات کی شفٹ کے دوران مندرجہ ذیل باتوں کی اجازت دی جاتی ہے ؟ |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | رات کی شفٹوں کے دوران سونا | □ ہاں | □ نہیں | | آرام کے لیےجگہ | □ ہاں | □ نہیں | | کھانا یا ہلکا پھلکا کھانا کھانے کا وقت | □ ہاں | □ نہیں | | رات کی شفٹ کےاوقات میں موافقت | □ ہاں | □ نہیں | |
| 1. آپ ایک ہفتے میں اوسطاً کتنے گھنٹے کام کرتے ہیں ؟ |
| □ 40 گھنٹوں سے کم □ 40 گھنٹے □ 41- 51گھنٹے □52-59 گھنٹے □60 گھنٹے یا اس سے زائد |

**رات کی شفٹ - نیند کی خرابی کی شکایت ( بےخوابی کا انڈیکس یا اشاریہ )**

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

|  |
| --- |
|  |

درج ذیل سوالات کوپڑھ کرمناسب جواب پر (✓) کانشان لگائیں۔

|  |
| --- |
| 1-3برائے مہربانی گزشتہ دوہفتوں کے دوران ان مسائل کی شدت بتائیں؟ |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **بالکل نہیں** | **کم** | **درمیانہ** | **زیادہ** | **بہت زیادہ** | | سونے میں مسائل | □ | □ | □ | □ | □ | | آرام سے سونے میں مشکلات | □ | □ | □ | □ | □ | | آسانی سے جاگ جانا | □ | □ | □ | □ | □ | |
| 1. اپنے موجودہ سونے کے انداز سے آپ کتنا مطمئن ہیں؟ |
| □ بہت زیادہ مطمئن □ مطمئن □ اوسطاً مطمئن □ غیر مطمئن □ بہت زیادہ غیر مطمئن |
| 1. آپ کے خیال میں آپ کی نیند کی خرابی دن کے اوقات میں آپ کی سرگرمیوں پر کتنا اثر انداز ہوتی ہے ؟   (دفتر یا گھر پر کام کرتے ہُوئےدن کے دوران تھکاوٹ ہونا؛ صلاحیتوں، توجہ، یاد داشت، مزاج وغیرہ) |
| □ بالکل نہیں □ بہت کم □کسی حد تک □ کافی □ بہت زیادہ |
| 1. کیا لوگ ایسا کہتے ہیں کہ نیند کے مسائل کی وجہ سے آپ کی صلاحیت کم ہورہی ہے؟ |
| □ بالکل نہیں □ بہت کم □کسی حد تک □ کافی □ بہت زیادہ |
| 1. اپنے موجودہ نیند کے مسائل کے بارے میں آپ کس قدر فکر مند ہیں؟ |
| □ بالکل نہیں □ بہت کم □ کسی حد تک □ کافی □ بہت زیادہ |

**رات کی شفٹ - نیند کی خرابی کی شکایت (دن کے وقت خوابیدگی)**

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

|  |
| --- |
|  |

مندرجہ ذیل سوالات کو غور سے پڑھیں اور " ✓ " سےموزوں ترین جواب کی نشاندہی کریں ۔

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | بالکل خواب آلوده نہیں رہنا | بہت کم خواب آلوده رہنا | خواب آلوده رہنا | بہت زیادہ خواب آلوده رہنا |
| 1. جب بیٹھ کر پڑھ رہے ہوتے ہیں | □ | □ | □ | □ |
| 1. جب ٹیلی ویژن دیکھ رہے ہوتے ہیں | □ | □ | □ | □ |
| 1. جب عوامی مقاما ت پر بیٹھے ہوتے ہیں جیسے تھیٹر یا کِسی ملاقات کے دوران | □ | □ | □ | □ |
| 1. جب ایک گھنٹے کے لئے بس یا ٹیکسی میں سوار رہتے ہیں | □ | □ | □ | □ |
| 1. جب دوپہر کو آرام سے لیٹے ہوئے ہوتے ہیں | □ | □ | □ | □ |
| 1. جب بیٹھے ہوئےکسی سے بات کررہے ہوتے ہیں | □ | □ | □ | □ |
| 1. جب خاموشی سے دن کے کھانے کے بعد بیٹھے ہوتے ہیں | □ | □ | □ | □ |
| 1. جب گاڑی چلاتے اور چند منٹوں کے لیے ٹریفک کے باعث روکتے ہیں | □ | □ | □ | □ |

**رات کی شفٹ - نیند کی خرابی کی شکایت (نیند کا معیار)**

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

|  |
| --- |
|  |

\* درج ذیل سوالات کوپڑھ کرمناسب جواب پر (✓) کانشان لگائیں۔

|  |  |
| --- | --- |
| 4-1 برائے مہربانی گزشتہ ماہ میں رات کی شفٹ کے دوران سونے کے بارے میں سوالات کے جوابات دیں. | |
|  | |
| 1. آپ کس وقت بستر میں جاتے ہیں ؟ | ( )گھنٹے ( )منٹ |
| 1. آپ کو نیندآنےتک کتناوقت لگ جاتاہے؟ | ( )گھنٹے ( )منٹ |
| 1. آپ کب تک سو کر اُٹھتے ہیں ؟ | ( )گھنٹے ( )منٹ |
| 1. آپ کو اصل میں کتنے گھنٹے کی نیند حاصل ہوتی ہے ؟ | ( )گھنٹے ( )منٹ |
|  |  |
| 1. مندرجہ ذیل وجوہات کے باعث کتنی بار آپ کو سونے میں مشکلات کا سامنا ہوتا ہے ؟ | |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | بالکل نہیں | ہفتے میں ایک دفعہ سے کم | ہفتے میں 1-2دفعہ | ہفتے میں 3 دفعہ یا زائد | | 30 منٹ کے اندر اندر سو نہیں سکے | □ | □ | □ | □ | | نیند کے درمیان میں جاگ گیا | □ | □ | □ | □ | | بیت الخلا ءجانے کے لئے جاگ جانا؟ | □ | □ | □ | □ | | لیٹے ہوں تو سانس لینے میں مشکلات ہونا | □ | □ | □ | □ | | بہت زور سے خراٹے لینے یا کھانسنے کی وجہ سے | □ | □ | □ | □ | | انتہائی سرد ی محسوس کی | □ | □ | □ | □ | | انتہائی گرمی محسوس کی | □ | □ | □ | □ | | ڈراؤنے خواب یا ناخوشگوار خوابوں کی وجہ سے | □ | □ | □ | □ | | درد کی وجہ سے | □ | □ | □ | □ | | دیگر وجوہات  ( ) | □ | □ | □ | □ | | |
| 1. گزشتہ ماہ کے دوران کس طرح آپ اپنی نیند کے معیار کی درجہ بندی کریں گے ؟ | |
| □بہت عمدہ □مجموعی طور پر عمدہ □مجموعی طور پر ناقص □ انتہائی ناقص | |
| 1. گزشتہ ماہ کے دوران کتنی بار سونے کے لیے آپ نے دوائی لی (نیند کی دوا) ؟ | |
| □کبھی نہیں □ہفتے میں ایک سے بھی کم دفعہ □1-2دفعہ ہفتہ بھر میں □ 3 دفعہ یا زائد ہفتہ بھر میں | |
| 1. گزشتہ ماہ کے دوران کتنی دفعہ آپ کو گاڑی چلانے، یا کھانا کھانے، یا سماجی سرگرمیوں مین مصروفیت کے دوران جاگے رہنے کے لیےجدوجہد کرنا پڑی؟ | |
| □کبھی نہیں □ہفتے میں ایک سے بھی کم دفعہ □1-2 دفعہ ہفتہ بھر میں □ 3 دفعہ یا زائد ہفتہ بھر میں | |
| 1. گزشتہ ماہ کے دوران آپ کے لیے اپنے کام کو پُورا کرناکس قدر مشکل رہا ؟ | |
| □کبھی بھی نہیں □کوئی مشکل نہیں □قدرے مشکل □ بہت مشکل | |

**رات کی شفٹ - معدے کی بیماریاں**

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

|  |
| --- |
|  |

درج ذیل سوالات کو پڑھ کرمناسب جواب پر (✓) کانشان لگائیں۔

|  |
| --- |
| 1. گزشتہ تین ماہ کے دوران، کتنی دفعہ آپ نے ایک وقت کا کھانا ختم کرنے کے بعد عجیب سی شِکم پُری کی بے چینی محسوس کی ؟ |
| □کبھی بھی نہیں □مہینےمیں ایک دن سےکم □مہینہ بھر میں ایک دن  □مہینہ بھر میں 2-3 دن □ ہفتے میں ایک دفعہ □ دن میں 2 دفعہ سے زائد □ تقریباً روزانہ |
| 1. گزشتہ چھ ماہ سے پہلے بھی آپ کو کبھی ایسا (بے چینی کا) شِکم پُری کااحساس ہوتا رہا ہے ؟ |
| □نہیں □ہاں |
| 1. گزشتہ تین ماہ کے دوران کتنی بارآپ ایک وقت کا کھانا بھی ختم نہ کر سکے ؟ |
| □کبھی بھی نہیں □مہینےمیں ایک دن سےکم □مہینہ بھر میں ایک دن  □ مہینہ بھر میں 2-3 دن □ ہفتے میں ایک دفعہ □ دن میں 2 دفعہ سے زائد □ تقریباً روزانہ |
| 1. کیا گزشتہ چھ ماہ سے پہلے ایک وقت کا کھانا ختم نہ کر پانے کی علامات موجود تھیں ؟ |
| □نہیں □ہاں |
| 1. گزشتہ تین ماہ کے دوران کتنی دفعہ آپ کے پیٹ کے بالکل درمیان میں درد یا جلن محسوس ہوئی؟ (آپ کے سینے میں نہیں بلکہ آپ کے ناف کے تھوڑا وپر ) |
| □کبھی بھی نہیں □ مہینےمیں ایک دن سےکم □مہینہ بھر میں ایک دن  □ مہینہ بھر میں 2-3 دن □ ہفتے میں ایک دفعہ  □ دن میں 2 دفعہ سے زائد □ تقریباً روزانہ |
| 1. کیا گزشتہ چھ ماہ سے پہلے پیٹ میں درد یا جلن کے احساس کی علامات موجود تھیں ؟ |
| □نہیں □ہاں |

**رات کی شفٹ - چھاتی کا سرطان (کینسر)**

ادارہ:

نام:

\* اگر آپ ماضی میں بیمار رہ چکے ہیں تو برائے مہربانی ذیل میں تحریر فرمائیں۔

|  |
| --- |
|  |

درج ذیل سوالات کوپڑھ کرمناسب جواب پر (✓) کانشان لگائیں۔

|  |
| --- |
| جنوبی کوریا میں چھاتی کے سرطان کے لئے سفارش کردہ اسکریننگ سائیکل درج ذیل ہے۔ کیا آپ نے اب تک اپنی عمر کے لئے موزوں اسکریننگ ٹیسٹ کروائے ہیں؟ |
| |  | | --- | | 30 سال اور اس سے زیادہ عمر: ہر ماہ خود تشخیص  35 سال یا اس سے زیادہ عمر: ہر 2 سال بعد ڈاکٹر کے ذریعہ طبی معائنہ  40 سال یا اس سے زیادہ عمر: ڈاکٹر کی طرف سے طبی معائنہ اور میموگرافی ہر 1 سے 2 سال | |
| * تقریبا ًکبھی نہیں کیا * میں نے اسے چند مرتبہ کروایا ہے۔ * میں نے اسے تقریباً ہرمرتبہ رکھا ہے۔  1. برائے مہربانی اپنی موجودہ علامات کی نشاندہی کریں؟ |
| □ مجھے اپنی چھاتی میں   اُبھار محسوس ہوتا ہے ۔  □ پستان سے رطوبت کا اِخراج ہوتا ہے ۔  □میر ےپستان میں زخم ہیں یا یہ کھوکھلے ہو گئےہیں ۔  □کوئی علامات نہیں ۔ |
| 1. کیا آپ نے گزشتہ ایک سال کے دوران چھاتی کا ایکسرے یا صوتی ترسیم (سونو گرام) کرایا ہے ؟ |
| □نہیں □ہاں |