

## 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 کو پڑھ کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان 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 براہ 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 غیر یقینی پائی جاتی ہے کہ رات کی بے قاعدہ شفٹوں کے باعث کام کرنے والے فرد میں خصوصی جسمانی جائزہ لیا جانا ہے یا نہیں، تو ایسی 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 ☐ 5-10 سال ☐ 10-14 سال ☐ 15-19 سال ☐ 20 سال یا اس سے زائد ☐ قابل اطلاق نہیں
2. 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)
3. کیا آپ کی شفٹ باقاعدگی کے ساتھ تبدیل ہوتی رہتی ہے؟  
☐ ہاں (تو پھر 1-3 پر چلے جائیں) ☐ نہیں (تو پھر 4 پر چلے جائیں)
- 1-3. کیا آپ کی شفٹ صبح، شام اور رات کی شفٹ کی ترتیب سے بدلتی ہے؟  
☐ ہاں ☐ نہیں
4. 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
5. 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 ☐ 4 دن ☐ 5 دن یا اس سے زائد
6. 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
7. کیا آپ رات کی شفٹ میں اکیلے کام کرتے ہیں؟  
☐ ہاں ☐ نہیں
8. کیا رات کی شفٹ کے دوران مندرجہ ذیل باتوں کی اجازت دی جاتی ہے؟  

رات کی شفٹوں کے دوران سونا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
آرام کے لیے جگہ	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
کھانا یا ہلکا پھلکا کھانا کھانے کا وقت	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
رات کی شفٹ کے اوقات میں موافقت	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
9. آپ ایک ہفتے میں اوسطاً کتنے گھنٹے کام کرتے ہیں؟  
☐ 40 گھنٹوں سے کم ☐ 40 گھنٹے ☐ 41-51 گھنٹے ☐ 52-59 گھنٹے ☐ 60 گھنٹے یا اس سے زائد

رات کی شفٹ -نیند کی خرابی کی شکایت ( بے خوابی کا انڈیکس یا اشاریہ )

ادارہ:

نام:

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

--

درج ذیل سوالات کو پڑھ کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان لگائیں۔

3-1 برائے مہربانی گزشتہ دو ہفتوں کے دوران ان مسائل کی شدت بتائیں؟

بہت زیادہ	زیادہ	درمیانہ	کم	بالکل نہیں	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سونے میں مسائل
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آرام سے سونے میں مشکلات
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	آسانی سے جاگ جانا

4. اپنے موجودہ سونے کے انداز سے آپ کتنا مطمئن ہیں؟

☐ بہت زیادہ مطمئن ☐ مطمئن ☐ اوسطاً مطمئن ☐ غیر مطمئن ☐ بہت زیادہ غیر مطمئن

5. 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 ہوئے دن کے دوران تھکاوٹ ہونا؛ صلاحیتوں، توجہ، یادداشت، مزاج وغیرہ)

☐ بالکل نہیں ☐ بہت کم ☐ کسی حد تک ☐ کافی ☐ بہت زیادہ

6. کیا لوگ ایسا کہتے ہیں کہ نیند کے مسائل کی وجہ سے آپ کی صلاحیت کم ہو رہی ہے؟

☐ بالکل نہیں ☐ بہت کم ☐ کسی حد تک ☐ کافی ☐ بہت زیادہ

7. 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 "✓" سے موزوں ترین جواب کی نشاندہی کریں -

بہت زیادہ خواب آلودہ رہنا	خواب آلودہ رہنا	بہت کم خواب آلودہ رہنا	بالکل خواب آلودہ نہیں رہنا	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1. جب بیٹھ کر پڑھ رہے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. جب ٹیلی ویژن دیکھ رہے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. جب عوامی مقامات پر بیٹھے ہوتے ہیں جیسے تھیٹر یا کسی ملاقات کے دوران
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. جب ایک گھنٹے کے لئے بس یا ٹیکسی میں سوار رہتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5. جب دوپہر کو آرام سے لیٹے ہوئے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. جب بیٹھے ہوئے کسی سے بات کر رہے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. جب خاموشی سے دن کے کھانے کے بعد بیٹھے ہوتے ہیں
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. 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 کو پڑھ کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان 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
2. آپ کو نیند آنے تک کتنا وقت لگ جاتا ہے؟ ( ) گھنٹے ( ) منٹ
3. آپ کب تک سو کر اٹھتے ہیں؟ ( ) گھنٹے ( ) منٹ
4. آپ کو اصل میں کتنے گھنٹے کی نیند حاصل ہوتی ہے؟ ( ) گھنٹے ( ) منٹ

5. مندرجہ ذیل وجوہات کے باعث کتنی بار آپ کو سونے میں مشکلات کا سامنا ہوتا ہے؟

بالتک نہیں	بفتے میں ایک دفعہ سے کم	بفتے میں 1-2 دفعہ	بفتے میں 3 دفعہ یا زائد
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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. 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

7. 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 ☐ 2-1 دفعہ ہفتہ بھر میں ☐ 3 دفعہ یا زائد ہفتہ بھر میں

8. گزشتہ ماہ کے دوران کتنی دفعہ آپ کو گاڑی چلانے، یا کھانا کھانے، یا سماجی سرگرمیوں میں مصروفیت کے دوران جاگے رہنے کے لیے جدوجہد کرنا پڑی؟

☐ کبھی نہیں ☐ ہفتے میں ایک سے بھی کم دفعہ ☐ 2-1 دفعہ ہفتہ بھر میں ☐ 3 دفعہ یا زائد ہفتہ بھر میں

9. گزشتہ ماہ کے دوران آپ کے لیے اپنے کام کو پورا کرنا کس 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 کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان لگائیں۔

1. گزشتہ تین ماہ کے دوران، کتنی دفعہ آپ نے ایک وقت کا کھانا ختم کرنے کے بعد عجیب سی شکم پُری کی بے چینی محسوس کی؟  
☐ کبھی بھی نہیں ☐ مہینے میں ایک دن سے کم ☐ مہینہ بھر میں ایک دن  
☐ مہینہ بھر میں 2-3 دن ☐ ہفتے میں ایک دفعہ ☐ دن میں 2 دفعہ سے زائد ☐ تقریباً روزانہ
2. گزشتہ چھ ماہ سے پہلے بھی آپ کو کبھی ایسا (بے چینی کا) شکم پُری کا احساس ہوتا رہا ہے؟  
☐ ہاں ☐ نہیں
3. گزشتہ تین ماہ کے دوران کتنی بار آپ ایک وقت کا کھانا بھی ختم نہ کر سکے؟  
☐ کبھی بھی نہیں ☐ مہینے میں ایک دن سے کم ☐ مہینہ بھر میں ایک دن  
☐ مہینہ بھر میں 2-3 دن ☐ ہفتے میں ایک دفعہ ☐ دن میں 2 دفعہ سے زائد ☐ تقریباً روزانہ
4. کیا گزشتہ چھ ماہ سے پہلے ایک وقت کا کھانا ختم نہ کر پانے کی علامات موجود تھیں؟  
☐ ہاں ☐ نہیں
5. 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 ☐ مہینے میں ایک دن سے کم ☐ مہینہ بھر میں ایک دن  
☐ مہینہ بھر میں 2-3 دن ☐ ہفتے میں ایک دفعہ ☐ دن میں 2 دفعہ سے زائد ☐ تقریباً روزانہ
6. کیا گزشتہ چھ ماہ سے پہلے پیٹ میں درد یا جلن کے احساس کی علامات موجود تھیں؟  
☐ ہاں ☐ نہیں

## 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 کو پڑھ کر مناسب جواب پر (✓) کا نشان 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؟  
1.

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

■ تقریباً کبھی نہیں کیا

■ میں نے اسے چند مرتبہ کروایا ہے۔

■ میں نے اسے تقریباً ہر مرتبہ رکھا ہے۔

2. برائے مہربانی اپنی موجودہ علامات کی نشاندہی کریں؟

□ مجھے اپنی چھاتی میں اُبھار محسوس ہوتا ہے۔

□ پستان سے رطوبت کا اخراج ہوتا ہے۔

□ میرے پستان میں زخم ہیں یا یہ کھوکھلے ہو گئے ہیں۔

□ کوئی علامات نہیں۔

3. کیا آپ نے گزشتہ ایک سال کے دوران چھاتی کا ایکسرے یا صوتی ترسیم (سونو گرام) کرایا ہے؟

□ ہاں □ نہیں