

व्यक्तिगत जानकारी

नाम _____	लिंग _____	आयु _____
आपका व्यवसाय _____	मासिक आय _____	
वैवाहिक स्थिति -	अविवाहित <input type="checkbox"/>	विवाहित <input type="checkbox"/>
	विधवा/विधुर <input type="checkbox"/>	तलाक़ शुदा <input type="checkbox"/>
परिवार का प्रकार -	संयुक्त <input type="checkbox"/>	एकाकी <input type="checkbox"/>
परिवारिक वातावरण -	शांत <input type="checkbox"/>	अशांत <input type="checkbox"/>
	असहयोगात्मक <input type="checkbox"/>	स्नेह पूर्ण <input type="checkbox"/>
कार्य स्थल का वातावरण -	शांत <input type="checkbox"/>	अशांत <input type="checkbox"/>
	असहयोगात्मक <input type="checkbox"/>	तनावरहित <input type="checkbox"/>
	सुरक्षित <input type="checkbox"/>	असुरक्षित <input type="checkbox"/>
क्या कोई शारीरिक बीमारी है -	हाँ <input type="checkbox"/>	नहीं <input type="checkbox"/>
यदि हाँ तो बीमारी का नाम दीजिए		
यदि विवाहित है तो वैवाहिक जीवन का विवरण -	सुखद <input type="checkbox"/>	तनावपूर्ण <input type="checkbox"/>

निर्देश

आपसे संबंधित कुछ कथन नीचे दिए गए हैं। कृपया उनके संबंध में अपने अनुभव के आधार पर प्रतिक्रियाएं दीजिए। प्रतिक्रियाएं निम्नानुसार दीजिए -

- |  | हमेशा                               | कभी-कभी                             | कभी नहीं                            |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1 यदि आप उस प्रकार का हमेशा अनुभव करते हैं तो हमेशा के वर्ग में सही का निशान लगाईए।          | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            |
| 2 यदि आप उस प्रकार का कभी-कभी अनुभव करते हैं तो कभी-कभी के वर्ग में सही का निशान लगाईए।      | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| 3 यदि आप उस प्रकार का कभी भी अनुभव नहीं करते हैं तो कभी नहीं के वर्ग में सही का निशान लगाईए। | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

याद रखिए आपको तीनों में से केवल एक वर्ग में निशान लगाना है। आपको हरेक कथन के लिए अपनी प्रतिक्रिया देनी है। किसी भी कथन को छोड़ना नहीं है। आपनी पूरा करने के लिए कोई समय सीमा नहीं है फिर भी आप शीघ्र से शीघ्र पूरा करने का प्रयास कीजिए।

Scores	State of Stress

क्रम	कथन	हमेशा	कभी-कभी	कभी नहीं
1	मेरी हथेलिया पसीने से गीली रहती हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	मुझे सामान्य की अपेक्षा किसी काम को करने में अधिक समय लगता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	छोटी-छोटी बातें भी मुझे बेचैन कर देती हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	मुझे एकाग्रचित होने में कठिनाई होती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	मुझे अपने आपको व्यस्त रखने के लिए काम खोजना पड़ता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	मैं शीघ्र ही निराश हो जाता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	निर्णय लेने में मुझे कठिनाई होती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	मेरे शरीर में अक्सर पीड़ा एवं दर्द होता रहता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	काम पर या घर में मैं कुछ विशेष परिस्थितियों से बचने का प्रयास करता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	कुछ परिस्थितियों में मैं आवश्यकता से अधिक सक्रिय हो जाता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	मुझे सिर में दर्द/भारीपन अथवा दबाव की अनुभूति होती रहती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	मैं शीघ्र ही क्रोधित/चिड़चिड़ा हो जाता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	समस्याओं का समाधान ढूँढ़ने में मुझे कठिनाई होती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	मुझे नींद बहुत देर में और कम आती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	मुझे बेचैनी होती है और मैं एक स्थान पर बैठने में अपने आप को असमर्थ पाता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	मुझे लगता है कि मेरी खुराक में अंतर आ गया है। पहले की अपेक्षा अधिक/कम हो गई है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	मनोरंजन के कार्यों से मैं दूर ही रहता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	मुझे ऐसा लगता है कि मैं भूलने लगा हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	मेरी काम इच्छा/व्यवहार में कमी आ गई है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	मुझे पाचन शक्ति संबंधी समस्या हो गई है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्रम	कथन	हमेशा	कभी-कभी	कभी नहीं
21	मैं शीघ्र थक जाता हूँ तथा थकान बनी रहती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	मुझसे काम में असावधानी के कारण गलतियाँ हो जाती हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	मुझे छाती में दर्द अथवा घबराहट का अनुभव होता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	कोई भी काम शुरू करने में कठिनाई होती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	किसी भी प्रकार की देरी हो जाने पर मैं अपना धैर्य खोने लगता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	मुझे दूसरों का अच्छा व्यवहार भी बुरा लगता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	मुझे दूसरों से घृणा होने लगी है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	दूसरों की मेहरबानी पर मुझे क्रोध आ जाता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	साथियों की सफलता मुझे बेचैन कर देती है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	अपने क्रोध पर नियंत्रण करना मेरे लिए मुश्किल होता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	सामान्य परिस्थितियाँ भी मुझे विचलित कर देती हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	परिवारजनों के मध्य भी मैं बेचैनी का अनुभव करने लगता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	अपने घनिष्ठ मित्र और सम्बन्धी मुझे बुरे लगते हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	मुझे अपने मित्रों से मिलना बुरा लगता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	मुझे बिना अधिक काम करने पर भी शारीरिक थकान का अनुभव होता है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	आसान से दिखने वाले कामों को शुरू करने में कठिनाई का अनुभव करता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	मुझे लगता है कि मेरी स्मरण शक्ति कमजोर हो रही है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	मुझे लगता है कि मेरा जीवन नीरस हो गया है।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	अपने से बड़ों के बीच में भी मैं असुरक्षित अनुभव करता हूँ।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	कोई भी काम करने में अनेक बाधाएँ आती हैं।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>