**سیلف کیئر انوینٹری**

*تمام جوابات خفیہ رہیں گے*

اس سروے کو مکمل کرتے ہوئے سوچیں کہ آپ پچھلے مہینے میں کیسا محسوس کر رہے تھے۔

**سیکشن اے:**

ذیل میں درج خود کا خیال رکھنے کے عام رویے ہیں جو لوگ کر سکتے ہیں. آپ مندرجہ ذیل کام کتنی دفعہ یا معمول سے کرتے ہیں؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | کبھی نہیں | کبھی کبھی | ہمیشہ |
| 1۔نیند پوری کرنا یقینی بناتے ہیں؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- بیمار ہونے سے بچنے کی کوشش کرتے ہیں (مثال کے طور پر، فلو شاٹ، اپنے ہاتھ دھوتے ہیں)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3- جسمانی سرگرمی کرنا (مثلاً تیز چہل قدمی کرنا، سیڑھیاں استعمال کرنا)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4۔ متوازن اور مختلف اقسام کی غذا کھانا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5۔ معمول کی صحت کی دیکھ بھال کے لئے اپنے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کو دکھاتے ہیں (مثال کے طور پر معمول کے چیک اپ، دانتوں کا ڈاکٹر، ماہر امراض نسواں)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6۔ اگر/جب تجویز کیا جائے تو، تجویز کردہ ادویات کو بغیر کسی خوراک(ڈوز) کو چھوڑے لیتے ہیں؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7۔ذہنی تناؤ کو دور کرنے کے لئے کچھ کرنا(مثال کے طور پر، مراقبہ، یوگا، موسیقی)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8۔ کیا آپ تمباکو کے دھوئیں سے بچتے ہیں (فعال اور غیر فعال سگریٹ نوشی دونوں)؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**سیکشن بی:**

ذیل میں درج عام چیزیں ہیں جن پر لوگ نظررکھتے ہیں۔ آپ مندرجہ ذیل کام کتنی دفعہ یا معمول سےکرتے ہیں؟

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | کبھی نہیں | کبھی کبھی | ہمیشہ |
| 9۔ اپنی صحت کی حالت پر نظررکھنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10۔ اگر/جب تجویز کیا جائے تو دوا کے مضر اثرات پر نظررکھنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11۔ آپ کیسا محسوس کرتے ہیں اس بات میں تبدیلیوں پر توجہ دينا؟  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12- نظررکھنا کہ کیا آپ عام سرگرمیاں کرتے ہوئے معمول سے زیادہ تھک جاتے ہیں؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13۔علامات پر نظررکھنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

14۔ آخری بار کے بارے میں سوچیں جب آپ کو کوئی علامت تھی۔ یہ کسی بھی چیز کی علامت ہو سکتی ہے – سردی، رات کی خراب نیند، ایک بیماری,یہ دوا کا ردعمل بھی ہو سکتا ہے.

(ایک نمبر پردائرہ لگائیں)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | میں نے علامت کو نہیں پہچانا | جلدی نہیں | کچھ جلدی | بہت جلدی |
| آپ نے کتنی جلدی اسے کسی بیماری، صحت کے مسئلے یا دوا کےمضر اثر کی علامت کے طور پر پہچان لیا؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**سیکشن سی:**

ذیل میں ایسے طرز عمل کی فہرست دی گئی ہے جو لوگ اپنی علامات پر قابو پانے کے لیے استعمال کرتے ہیں۔ جب آپ میں علامات ہوں تو آپ کے ان میں سے کسی کو استعمال کرنے کا کتنا امکان ہے؟

(ہر طرز عمل کے لئے ایک عدد پر دائرہ لگائیں)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | امکان نہیں | کسی حد تک امکان | بہت امکان ہے |
| 15۔ علامات کو کم کرنے یا دور کرنے کے لئے آپ جو کھاتے یا پیتے ہیں اسے تبدیل کرنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16- اپنی سرگرمی کی سطح کو تبدیل کرنا (مثال کے طور پر آہستہ ہونا، آرام کرنا)؟  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17۔ علامات کو کم کرنے یا دور کرنے کے لئے دوا لینا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18۔ اگلے دورے پر اپنے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کو علامات کے بارے میں بتانا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19۔ رہنمائی کے لئے اپنے صحت کی دیکھ بھال فراہم کرنے والے کو کال کرنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**ان چیزوں کے بارے میں سوچیں جو آپ نے آخری بار کی تھیں جب آپ کو کوئی علامت تھی…**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **میں نے کچھ نہیں کیا** | **یقین نہيں** | **کسی حد تک یقین ہے** | **بالکل یقینی** |
| 20۔کیا آپ نے جو چیزیں کیں ان سے آپ نے بہتر محسوس کیا؟ | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

اس سروے کو مکمل کرنے کے لئے آپ کا شکریہ!

**سیلف کیئر سیلف ایفیکیسی اسکیل**

تمام جوابات خفیہ رہیں گے

عام طور پر، آپ کتنے پراعتماد ہیں جو آپ کر سکتے ہیں یا کر سکتے تھے:

(ہر بیان کے لیے ایک عدد پر دائرا بنائیں)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **پر اعتماد نہیں** | **کسی حد تک پراعتماد** | **بہت پراعتماد** |
| 1۔ اپنے آپ کو مستحکم اور علامات سے پاک رکھنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- اگر آپ کوایک علاج دیا گیا ہے تو اس منصوبے پر عمل کرنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3- اگر آپ کوایک علاج دیا گیا ہے تو اس منصوبے پر عمل کرنے پربرقرار رہنا یہاں تک کہ جب مشکل ہو؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- معمول کے مطابق اپنی صحت کی حالت پر نظر رکھنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- اپنی صحت کی حالت پر معمول کے مطابق نظررکھنےپر برقرار رہنا یہاں تک کہ جب مشکل ہو ؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- اگر آپ کی صحت میں تبدیلیاں آتی ہیں تو ان کو پہچاننا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- اپنے علامات کی اہمیت کا اندازہ کرنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- اپنی علامات کو دور کرنے کے لیے کچھ کرنا؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9- اپنی علامات کا علاج تلاش کرنے پر برقرار رہنا یہاں تک کہ جب مشکل ہو ؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10-اندازہ لگانا کہ ایک علاج کتنا اچھا کام کرتا ہے؟ | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

اس سروے کو مکمل کرنے کے لئے آپ کا شکریہ!