

## रातको पालो- अनाबरण मूल्यांकन

कम्पनी:

नाम:

\* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

\*तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१. राती पालो पर्ने कामको पालोमा तपाईं कति बर्ष काम गर्नुभयो?  
 ५ बर्ष भन्दा कम  ५-९ बर्ष  १०-१४ बर्ष  १५-१९ बर्ष  २० बर्ष वा सो भन्दा बढी  लागु हुदैन।

२. अहिलेको तपाईंले गरेको पेशामा कामको व्यवस्थापन संकेत गर्नुहोस्।  
 ३ पालो  २ पालो  १ दिन बिराएर (२४-घण्टा)  रातीको पालो मात्र  अन्य (अनियमित आदि)

३ के तपाईंको कामको पालो नियमित रूपमा आउँछ?  
 हो (3-१ मा जानुहोस्)  होईन (3-४ मा जानुहोस्)

३-१. के तपाईंको कामको पालो बिहानी पालो→ साँझको पालो→ रातीको पालो गरी आउँछ?  
 हो  होईन

४. काममा सकिनु र काममा फिर्ता जानु बीचमा कति घण्टासमय हुन्छ?  
 ११ घण्टा भन्दा बढी  ११ घण्टा भन्दा कम

५. औषतमा विगत बर्षमा कतिदिन लगातार रातीको पालोमा काम गर्नुभयो?  
 रातीको पालोमा लगातार दिन काम गरेको छैन  २ दिन  ३ दिन  ४ दिन  ५ दिन वा बढी

६. दिनको पालोको तुलनामा रातीको पालोको कामको चाप र आराम गर्ने समय कस्तो हुन्छ?  
१) कामको चाप: दिनको पालोको तुलनामा  उस्तै  कम  धेरै  
२) आराम गर्ने समय: दिनको पालोको तुलनामा  उस्तै  कम  धेरै

७. रातीको पालोमा तपाईं एकलै काम गर्नुहुन्छ?  
 हो  होईन

८. रातीको पालोमा तलका कामहरूमा अनुमती दिईन्छ?  

रातीको पालोको समयमा सुत्ने	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
आराम गर्ने स्थान	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
खाना/खाजा समय	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन
रातीको कार्यतालीका समायोजन गर्ने	<input type="checkbox"/> छ	<input type="checkbox"/> छैन

९. औषतमा एक हप्तामा कति घण्टा काम गर्नुहुन्छ?  
 ४० घण्टा भन्दा कम  ४० घण्टा  ४१-५१ घण्टा  ५२-५९ घण्टा  ६० घण्टा वा बढी

रातीको पालो- निद्रामा गडबडी (अनिद्रा सूचांक)

कम्पनी:

नाम:

\* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

--

\* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१-३ कृपया विगतका २ हप्ताका तलका समस्याहरूको तीव्रतालाई संकेत गर्नुहोस्।					
	कुनै पनि छैन	कम	मध्यम	उच्च	धेरै उच्च
१. निद्रा पर्न समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
२. राम्रो सँग सुत्न समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. उठ्नलाई समस्या	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

४. तपाईं सुताईको प्रतिमानबाट तपाईं कतिको सन्तुष्ट हुनुहुन्छ?

धेरै सन्तुष्ट  संतुष्ट  औषत  असन्तुष्ट  धेरै असन्तुष्ट

५. दिनको समयमा तपाईंको निद्राको गडबडीले क्रियाकलापहरूमा कतिको असर परेको ठान्नुहुन्छ?  
(दिनको समयमा थकान हुने, घरमा वा कार्यालयमा काम गर्दाको क्षमता, ध्यान, स्मृती, मनस्थीति)

पटकै होइन  अलिकति  केहि हद सम्म  एकदम  एकदमै धेरै

६. के मानिहरूले तपाईंको निद्राको समस्याको कारणले तपाईंको जीवनको गुणस्तर खस्कीराखेको छ भन्छन्?

पटकै होइन  अलिकति  केहि हद सम्म  एकदम  एकदमै धेरै

७. तपाईंको हालको निद्राको समस्या सम्बन्धमा तपाईं कतिको चिन्तित हुनुहुन्छ?

पटकै होइन  अलिकति  केहि हद सम्म  एकदम  एकदमै धेरै

रातीको पालो- निद्रामा गडबडी (दिउँसोको तन्द्रा)

कम्पनी:

नाम:

\* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

--

\* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

	पटकै निद्रा लाग्दैन	हल्ला निद्रा लाग्छ	निद्रा लाग्छ	धेरै निद्रा लाग्छ
१. बसिराखेको र पढिरेखेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
२. टेलिभिजन हेरिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. कुनै सार्वजनिक स्थान जस्तै नाट्यशालामा स्थिर बसेको बेला वा बैठकको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
४. करिब एक घण्टाको लागि ट्याक्सी चढिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
५. मध्याह्नको आराममा सजिलोसँग पल्टिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
६. बसेको र कसैसँग कुराकानी गरिरहेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
७. दिउँसोको खानापछि शान्तसँग बसेको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
८. सवारी चलाईरहेको र ट्राफिक जाममा केही मिनेट रोकिएको समयमा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

रातीको पालो- निद्रामा गडबडी (निद्राको गणस्तर)

कम्पनी:

नाम:

\* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

\* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१-४. कृपया विगतको महिनामा रातीको पालोमा निदाउने सम्बन्धाका तलका प्रश्नहरूमा प्रतिक्रिया दिनुहोस्

१. तपाईं सुत्नकोलागि विस्तरामा कति बेला जानुहुन्छ ? ( ) घण्टा । ( ) मिनेट ।  
२. तपाईंलाई निदाउन कति समय लाग्छ? ( ) घण्टा । ( ) मिनेट ।  
३. कतिबेला उठ्नुहुन्छ? ( ) घण्टा । ( ) मिनेट ।  
४. वास्तवमा तपाईं कति घण्टा निदाउनुहुन्छ? ( ) घण्टा । ( ) मिनेट ।

५. तलका कारणहरूले तपाईंलाई निदाउनमा कति पटक समस्या परेको छ?

	कुनै छैन	हसामा एक पटक भन्दा कम	हसामा १-२ पटक	हसामा ३ पटक वा बढी
३० मिनेट भित्र निदाउन सकिएन	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
मध्यरातीमा निद्राबाट ब्युँझिने	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
शौचालय जानको लागि ब्युँझिने	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
पल्टेको समयमा थ्यासप्रथासमा कठिनाई हुने	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ठुलो स्वरले घुरेको वा खोकेको कारणले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एकदमै जाडो महशुस भएर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
एकदमै गर्मी महशुस भएर	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दुःस्वप्न वा खराब सपनाको कारणले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
दुखाईको कारणले	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
अन्य कारणहरू ( )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

६. विगत महिनाको तपाईंको निद्राको गुणस्तरलाई कसरी नाप्नुहुन्छ?

- एकदमै राम्रो  समग्रमा राम्रो  समग्रमा नराम्रो  धेरै नराम्रो

७. विगत महिनामा निदाउनको लागि कति पटक औषधी (निद्रालाग्ने औषधी) लिनुभयो?

- कुनै छैन  हसामा एक पटक भन्दा कम  हसामा १-२ पटक  हसामा ३ पटक वा बढी

८. विगत महिनामा तपाईं सवारी चलाउदा वा खाना खादा वा अन्य कुनै सामाजिक कार्यमा व्यस्त हुँदा जागा रहनको लागि संघर्ष कतिपटक गर्नुपरेको छ?

- कुनै छैन  हसामा एक पटक भन्दा कम  हसामा १-२ पटक  हसामा ३ पटक वा बढी

९. विगतमा काम सम्पन्न गर्नको लागि तपाईंलाई कतिको अठ्यारो परेको छ?

- कुनै पनि छैन  अठ्यारो छैन  हल्का अठ्यारो  एकदमै अठ्यारो

## रातीको पालो- गैस्ट्रोइंटेस्टाइनल रोगहरु

कम्पनी:

नाम:

\* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

\*तलका प्रश्नहरु पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१. विगत तीन महिनामा, तपाईं एक खाना खाईसकेपछि कतिको अपच असुविधाजनक महशुस गर्नुभएको छ?  
 पटकै छैन  महिनामा एक पटक भन्दा कम  एक महिनामा एक दिन  एक महिनामा २-३ दिन  
 हसामा एक पटक  दिनमा दुई पटक  लगभग प्रत्येक दिन
२. खाना खाएपछि अपच (असुविधाजनक) महशुस के तपाईंले छ महिना अगाडि गर्नुभएको हो?  
 छैन  छ
३. विगत ३ महिनामा एक पूर्ण खाना सक्न तपाईं कति असक्षम हुनुभएको छ?  
 पटकै छैन  महिनामा एक पटक भन्दा कम  एक महिनामा एक दिन  एक महिनामा २-३ दिन  
 हसामा एक पटक  दिनमा दुई पटक  लगभग प्रत्येक दिन
४. के एक पूर्ण खाना सक्न असक्षम हुने लक्षणहरु छ महिना भन्दा अगाडि शुरू भएका हुन?  
 छैन  छ
५. विगत ३ महिनामा पेटको मध्य भागमा दुखेको वा पोलेको महशुस कतिको भएको छ? (छाती होईन, तर पेटको माथिल्लो भाग)  
 पटकै छैन  महिनामा एक पटक भन्दा कम  एक महिनामा एक दिन  एक महिनामा २-३ दिन  
 हसामा एक पटक  दिनमा दुई पटक  लगभग प्रत्येक दिन
६. के पेटको दुखे वा पोल्ने लक्षणहरु छ महिना अगाडिबाट शुरू भएका हुन?  
 छैन  छ

रातीको पालो-स्तन क्यानसर

कम्पनी:

नाम:

\* कृपया तपाईंलाई बिगतमा कुनै रोग भएको भए लेख्नुहोस् ।

\* तलका प्रश्नहरू पठ्नुहोस् र सबै भन्दा उपयुक्त उत्तरलाई V ले संकेत गर्नुहोस् ।

१. प्रायः कतिको तपाईंले गत बर्षमा स्तनको स्वंएम-निदान गर्नुभएको छ?  
 कहिल्लै छन्  प्रत्येक ६ महिनामा १ पटक भन्दा कम  प्रत्येक ३-६ महिनामा एक पटक  
 प्रत्येक १-२ महिनामा एक पटक  एक महिनामा दुई पटक भन्दा बढी
२. कृपया तपाईंका हालका सबै लक्षणहरू संकेत गर्नुहोस् ।  
 मेरो स्तनमा गाँठा महशुस गर्दछु ।  
 निप्पलमा एउटा श्राव छ ।  
 मरो निप्पल माथि खुरीएको र धँसा गएको छ ।  
 कुनै लक्षण छैन ।
३. के गत बर्ष तपाईंले स्तनको एक्सरे वा सोनोग्राम गराउनुभएको छ?  
 छैन  छ