**سانس کی دائمی بیماری کے دوران اپنا خیال رکھنے کے اقدامات**

حصہ الف

**درج ذیل وہ اقدامات ہیں جو کہ سانس کی دائمی بیماریوں میں مبتلا افراد اپنے حفاظت کے لئے اٹھاتے ہیں۔ آپ ان میں** **سے کون سے اقدامات کتنی دفعہ لیتے ہیں**۔

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ہمیشہ** | **اکثر** | **کبھی کبھی** | **کم کم** | **کبھی نہیں** |  | |  |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | **نزلہ زکام میں مبتلا لوگوں سے بچ کے رہنا** | | **1** |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | کسی کمرے میں جہاں کوئی سگریٹ پی رہا ہو ، وہاں سے باہر نکلنا | | 2 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | سپرے، پینٹ ، محلولات اور گردوغبار سے اپنے آپ کو بچانا | | 3 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | کھانسی یا گہرے گہرے سانس سے پھیپھڑوں کی صفائی کرنا ( اگر ضرورت ہو) | | 4 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اپنی روزمرہ کے کام کاج کے درمیان تھوڑا آرام کرنا | | 5 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اپنی سانس کو صحیح رکھنے کے لئے بڑے بڑے سانس | | 6 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | باقاعدگی سے کچھ ورزش کرنا (واک، سائیکلنگ، تیرنا وغیرہ) | | 7 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اپنی بازووں کے ساتھ ہفتے میں تین بار ورزش کرنا | | 8 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | ہفتے میں کم سے کم ایک ار کسی سماجی کام میں حصہ لینا | | 9 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | ہر سال فلو ویکسین لگوانا | | 10 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | میں کوئی جاری دوائی نہیں لیتا | تجویز شدہ دوائیاں اپنی ٹائم سے لینا | 11 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | جب میں باہر جاتا ہوں تو اپنا منہ اور ناک ڈھانپ کر رکھنا | | 12 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اپنی بیماری کے معائنے کے لئے اپنے ڈاکٹر کے پاس باقاعدگی سے کرانا | | 13 |

**سیکشن ب**

ذیل میں وہ تمام کام بیان کئے گئے ہیں جو کہ پھیپھڑوں کے دائمی مریض اپنی مرض پر نظر رکھنے کے لئے کرتے ہیں۔ ذیل میں ددیکھنا ہے کی آپ یہ کام کتنے باقاعدگی سے کرتے ہیں۔

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ہمیشہ** | **اکثر** | **کبھی کبھی** | **کم کم** | **کبھی نہیں** | مجھے ایسی کوئی مسئلہ نہیں ہے |  |  |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | اپنے بلغم میں اضافے کی نگرانی کرنا | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | بلغم کے رنگ میں تبدیلی کی نگرانی کرنا | 2 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | کھانسی میں اضافے کی نگرانی کرنا | 3 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | سانس چرحنے میں اضافے یا سیٹیوں کی آواز میں اضافے کی نگرانی کرنا | 4 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | اس بات کی بھی نگرانی کرنا کی آیا میں رات کو سانس کی تکلیف کی وجہ سے نیند سے بیدار ہوتا ہوں | 5 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | اس بات کا خیال رکھنا کہ آیا میں سانس کی تکلیف کی وجہ سے نیند آنے میں دشواری ہے | 6 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | اس بات کی نگرانی کرنا کہ آیا میں جب کوئی کام کرتا ہوں تو آیا میں معمول سے جلدی تھک جاتا ہوں | 7 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | دل کی دھڑکن تیز ہونا، تھرتھراہٹ، بے خوابی ، منہ خشک ہوجانااور پیشاب میں مشکل پیش آنے کی نگرانی کرنا | 8 |

9۔ پھیپھڑوں کے مریض کو کو مرض یا علاج کی وجہ سے کچھ علامات یا مسئلے ہوتے ہیں۔ آکری دفعہ آپ کو جب ایسے علامات ظاہر ہوئے تھے تو آپ نے کتنا جلدی اس کو پہچان لیا تھا

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| مجھے کوئی علامات ظاہر نہیں ہوئی | میں نے علامات کو پہچانا نہیں | جلدی نہیں پہچانا |  | کچھ جلد ہی پہچان لیا |  | بہت جلدی پہچان لیا |
| NA | 1 | 2 | 3 | 4 |  | 5 |

**سیکشن سی**

ذیل میں دی گئی وہ تمام عادات ہیں جو لوگ ان علامات کی روک تھام کے لئے لوگ اختیار کرتے ہیں۔ آپ درج ذیل عادات میں سے کون سی عادت اختیار کرتے ہیں۔

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| زیادہ تر |  | کچھ زیادہ نہیں |  | زیادہ نہیں |  |  |  |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | میں دوائی نہیں لے رہا | اگر مجھے پھیپھڑوں کے لئے تجویز شدہ ادویات میں مسئلہ ہو تو میں اپنے ڈاکٹر سے بات کرتا ہوں | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اگر مجھے کوئی مسئلہ کئی دن تک رہتا ہو تو میں اپنے ڈاکٹر کے پاس جاتا ہوں | | 2 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اگر مجھے سانس لینے میں دشواری بڑھ رہی ہو تو میں ڈاکٹر سے بات کرتا ہوں | | 3 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | اگر میری کھانسی بڑھ رہی ہو تو میں ڈاکٹر سے بات کرتا ہوں | 4 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | اگر میری بلغم کا رنگ تبدیل ہو رہا ہو تو میں ڈاکٹر سے بات کرتا ہوں | 5 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | NA | اگر بلغم کی مقدار بڑھ رہی ہو تو میں ڈاکٹر سے بات کرتا ہوں | 6 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | میں انہیلر استعمال نہیں کرتا | اگر مجھے سانس کے ذریعے لی جانے والی دوائیوں سے مضر اثرات جیسا کہ تھرتھراہٹ، بے خوابی ، منہ خشک ہوجانااور پیشاب میں مشکل ہو جائے تو تو میں ڈاکٹر سے بات کرتا ہوں | 7 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | میں انہیلر استعمال نہیں کرتا | اگر مجھے دوائیوں کی مضر اثرات بڑھ جائے تو میں ڈاکٹر کی تجویز کردہ مطابق دوائیوں میں تبدیلی کرتا ہوں (جیسا کہ کارٹیسون یا انٹی بائیوٹک لینا) | 8 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | جب مجھے سانس میں دشواری ہتی ہے تو میں گھر کے کام کاج چھوڑ دیتا ہوں | | 9 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | جب مجھے سانس میں دشواری ہو تونہاتے وقت کرسی یا کسی اور چیز پر بیٹھ جاتا ہوں یا ٹب استعمال کرتا ہوں | | 10 |

**خود کی دیکھ بھال خود افادیت**

**ذیل میں دی گئی اقدامات سے ظاہر ہوتا ہے کہ آُ اپنی اپنے آپ پر کتنا بھروسہ رکھتے ہیں کہ درج ذیل اقدامات لے سکو۔**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **بھت بھروسہ ہے** |  | **کچھ بھروسہ ہے** |  | **بھروسہ نہیں ہے** |  |  |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اپنے بیماری کے علامات کو روکنا | 1 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | جو مشورہ مجھے دیا گیا ہو خواہ وہ مشکل کیوں نہ ہو | 2 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اپنے علامات کو چیک کرتا ہوں اگر چہ وہ آسان نہ ہو | 3 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | باقاعدگی سے دوا لیتا ہوں، دی گئی ہدایات پر عمل کرتا ہوں اگر چہ مشکل ہو | 4 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اپنی بیماری کی علامات جب خراب ہونے لگ جائے تو میں ان کو پہچان لیتا ہوں | 5 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | اپنی علامات کو کم کرنے لئے کچھ کرتا ہون اگر چہ مشکل ہو | 6 |
| 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | علامات کو کم کرنے کے لئے کیے گئے کام کے اثرات کا اندازہ لگتا ہو | 7 |