

Courtesy of Shubhangi Dere

कृपया सूचनाएँ भरिये

नाम \_\_\_\_\_ आयु \_\_\_\_\_

लिंग \_\_\_\_\_ शिक्षा \_\_\_\_\_ धर्म \_\_\_\_\_

व्यवसाय \_\_\_\_\_ स्थानियता \_\_\_\_\_ दिनांक \_\_\_\_\_

**निर्देश**

आप अपनी गर्भावस्था के उत्थान के पहलू मान सकते हो ऐसे कुछ कथन पृष्ठ क्र.दो पर दिए गए हैं और गर्भावस्था के बारों में कम आकर्षक हो सकते हैं ऐसे कुछ कथन पृष्ठ क्र. तीन पर दिए गए हैं। आप उन्हें एक-एक करके सावधानीपूर्वक पढ़िए तथा देखिये कि किस सीमा तक ये कथन आप पर लागू हो रहे हैं। यदि कथन में व्यक्त की गई बातें आप पर बिल्कुल भी लागू नहीं होती हैं तो आप **“बिल्कुल नहीं”** वाले खानों में सही का निशान लगायें। यदि कथन में व्यक्त की गई बातें आप पर बहुत कम लागू होती हैं, तो **“कुछ हद तक”** वाले खानों में सही का चिन्ह लगायें। यदि कथन में व्यक्त की गई बातें आप पर थोड़ा-बहुत लागू होती हैं, तो **“थोड़ा-बहुत”** वाले खानों में सही का चिन्ह लगायें तथा कथन में की बातें आप पर पूर्णरूपेण लागू होती तो **“बहुत ज्यादा”** के आगे वाले खाने में सही का निशान लगायें।

किसी भी कथन पर अधिक देर तक न सोचें। प्रत्येक कथन को पढ़ते ही आपको जैसा आभास हो जाये तदनुसार कथन के सम्मुख चार विकल्पों के आगे बने खानों में से किसी एक खाने में तुरन्त सही का निशान लगा दें। आपके उत्तरों को पूर्णतः गोपनीय रखा जायेगा और केवल शोध कार्यों में प्रयुक्त किया जायेगा। इसलिए निःसंकोच शीघ्रता से उत्तर दें।

**फलांकन तालिका**

Page	2	3	Total Score	Interpretation
Raw Score				

■ निम्नलिखित में से प्रत्येक ने आपको कितना **खुश, सकारात्मक** या **उत्थान** का अनुभव कराया है?

कथन	बिल्कुल नहीं	कुछ हद तक	थोड़ा-बहुत	बहुत ज्यादा
१. बच्चा कितना हिल रहा है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
२. बच्चे के नाम के बारे में जीवनसाथी के साथ चर्चा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. आपकी गर्भावस्था या उपस्थिति के बारे में दूसरों की टिप्पणियाँ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
४. नर्सरी की व्यवस्था करना या उसके बारे में सोचना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
५. इस समय गर्भवती होने की भावना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
६. प्रसूति रोग विशेषज्ञ या दाई के पास जाना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
७. गर्भवती होने के बारे में आध्यात्मिक भावना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
८. आप गर्भवती हैं इसलिए दूसरों से सहायता या सौजन्य	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
९. बच्चे की शक्ल या उपस्थिति के बारे में सोचना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१०. गर्भावस्था या प्रसव के बारे में जीवनसाथी के साथ चर्चा	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

■ निम्नलिखित में से प्रत्येक ने आपको कितना **दुखी, नकारात्मक** या **परेशान** महसूस कराया है?

कथन	बिल्कुल नहीं	कुछ हद तक	थोड़ा-बहुत	बहुत ज्यादा
१. पर्याप्त नींद हो रही है	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
२. शारीरिक अंतरंगता या आत्मीयता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
३. गर्भावस्था की सामान्य परेशानी (नाराज़गी, असंयम)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
४. वजन में उतार चढ़ाव	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
५. गर्भावस्था के कारण शरीर में बदलाव	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
६. बच्चा सामान्य होगा या नहीं इस बारे में विचार	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
७. अपने श्रम और प्रसव के बारे में सोचना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
८. शारीरिक कार्य या कार्य करने की क्षमता	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
९. शारीरिक लक्षणों के बारे में चिंतायें (दर्द, धब्बे, आदि)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
१०. कपड़े या जुतों का फिट होना	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>