



NATIONAL CONFERENCE

ON


“INNOVATIVE & ADVANCED MANAGEMENT IN ONCOLOGY NURSING”

2ND & 3RD NOVEMBER, 2017


ORGANIZED BY
DEPARTMENT OF MEDICAL SURGICAL NURSING
U.P.U.M.S, NURSING COLLEGE, SAIFAI, ETAWAH

CERTIFICATE

This is to certify that Dr. / Ms. / Mr. Kamli Prakash has
presented Poster/Paper titled Study on Effectiveness of Yoga on quality
of life of Breast cancer patients undergoing Chemotherapy.
and secured First Prize.


Mr. Sembian N.
HOD, MED SURG NSG
ORGANIZING CHAIRPERSON


Prof. Mrs. Biji Bijju
DEAN, NURSING COLLEGE
PATRON


Dr. (Brig) T. Prabhakar, VSM
VICE CHANCELLOR
CHIEF PATRON



INC 2018



METRO COLLEGE
OF HEALTH SCIENCES & RESEARCH
• NURSING • PARAMEDICAL • PHARMACY

2nd Indian Nursing Conference in New Delhi 2018 (INC)

2nd Indian Nursing Conference on Recent Advances in Nursing Education, Research,

Nursing Care and Psychiatric Nursing. *Organized by:* Institute of Nursing Education and Research,

New Delhi, *Venue-* Vishwa Yuvak Kendra, Chanakyapuri, New Delhi, 110 021

24th February 2018

Certificate

For Presenting Scientific Paper on ...Effectiveness...of...T.o.g.a.

on Anxity, Depression. & Stress...level of breast cancer pts. undergoing chemotherapy

Number of Credit hours Awarded by the Delhi Nursing Council is 7, vide ACC. No. 037

Prof R K Sharma
Director INEAR

Prof (Mrs) Ashia Quershi
Co-Chairperson

APPENDICES

APPENDICE I

HIHT University

Swami Ram Nagar,
P.O. Doiwala, Dehra dun(INDIA)
Phone: 91-135-2471111, Extn. 328, Fax 910135-2471122

HIHTU/HIMS/ETHICS/2013/02

Dated: 28.1.2013

“Ethics Committee”

The Ethics committee in its meeting held on 25.1.2013 approved the Research Proposal entitled:

“Study to assess the effectiveness of Yoga on stress level and quality of life of breast cancer patients undergoing chemotherapy”.

- Submitted by Principal Investigator Mrs. Kamli Prakash, Vice Principal & Faculty, Himalayan college of Nursing.

Dt:- 28.1.2013


Dr. D.C. Dhasmana
Secretary, Ethics Committee





APPENDICE II

To

The Director

Date:02/03/2013

Cancer Research Institute

HIHT University

Swami Ram Nagar

Dehradun, Uttarakhand

Subject: Requesting Permission to conduct research

Respected Sir

This is to inform you that I Mrs. Kamli Prakash registered in HIHT University as Ph. D student and also working as vice principal for undergraduate Programms in Himalayan College of Nursing, wants to conduct my research study in Cancer Research Institute HIHT . The topic of my research is-

“Study to assess the effectiveness of Yoga Practices on Stress Level and Quality of Life of breast cancer patients undergoing Chemotherapy “

I would be teaching yoga (Diaphragmatic Breathing, Systematic Relaxation, Alternate Nostril Breathing and Joints and Gland exercises) to breast cancer patients when they come for first cycle of chemotherapy at CRI, and I will assess their Quality of life and Stress level as they come for six cycles of chemotherapy starting from second cycle till sixth cycle.

I have obtained the permission for doing this study from Ethical committee of HIHT University

I humbly request you to kindly permit me to conduct this study in Cancer Research Institute HIHT. I will ever grateful to you

Thanking you

Yours' sincerely

Kamli Prakash
5/3/13

Kamli Prakash

Permitted
A. Prakash
6/03/13

APPENDICE III



हिमालयन उपचर्या महाविद्यालय HIMALAYAN COLLEGE OF NURSING

(विश्वविद्यालय अनुदान आयोग अधिनियम की धारा 2(एक) के अन्तर्गत उत्तराखण्ड अधिनियम सं० 12 वर्ष 2013 द्वारा स्थापित स्वामी राम हिमालयन विश्वविद्यालय की एक संवैधानिक इकाई)
(A Constituent Academic Unit of Swami Rama Himalayan University est. u/s 2(f) of UGC Act & enacted vide Uttarakhand Act No. 12 of 2013)



Ref No. SRHU/HCN/2018/ 685

Date: October 5, 2018

To Whomsoever It May Concern

This letter is to verify that I have taught Mrs. Kamli Prakash the Yoga Protocol which is comprised of diaphragmatic breathing, systematic relaxation, alternate nostril breathing and joints and glands (exercise of neck and shoulders) for the intervention of her Doctoral thesis entitled: "Study to assess the Effectiveness of Yoga on Stress Level and Quality of Life of breast cancer patients undergoing chemotherapy."

I have had several contact sessions with Mrs. Prakash regarding the learning of the yoga intervention for her thesis and felt confident that she was able to apply this Yoga intervention.

I am certified in the USA as a Teacher of Yoga Science and have been teaching Yoga Science for over 30 years, both here in India and in the USA.

My best wishes go with her as she completes her Doctoral Education.

Kathleen Marie McKeehan

Dr. Kathleen Marie McKeehan
Nursing Advisor Himalayan College of Nursing and
Former Coordinator of the department of Yoga Sciences
Swami Rama Himalayan University
Dehradun, Uttarakhand 248140
India

APPENDICE IV

Permission Letter to download EORTC QLQ C30 and BR 23

From: Melodie Cherton <melodie.cherton@eortc.be>
Sent: Fri, 29 Mar 2013 15:33:38 GMT+0530
To: "kamliprakash@rediffmail.com" <kamliprakash@rediffmail.com>
Subject: Re: Form submission from EORTC

Dear Kamli

Thank you for your email and interest in our measures.
We do grant permission to use our measures for academic studies.
Please proceed with downloading the questionnaire and additional modules you might be interested in on our website <http://roups.eortc.be/qol/>.

By entering the download request your study registered at the EORTC and you obtain permission to use our tools.

Note that the QLQ-BR23 module is validated and available for academic use on our website <http://groups.eortc.be/qol/eortc-modules> .

Please enter a download request by clicking on “download module” at the bottom of the page and fulfill the online form.

If you have any further questions, please do not hesitate to contact me.

Regards,

Mæcopy;lodie CHERTON
EORTC, Executive Assistant - Quality of Life Department
Tel: +32 (0)2 774 16 78
Fax:+32 (0)2 779 45 68
Avenue E. Mounier 83/11 • 1200 Brussels • Belgium
melodie.cherton@eortc.be - <http://groups.eortc.be/qol>
50 years of Progress Against Cancer [1962–2012]

mìs”;

Methods: demonstration of Yoga to breast cancer patients, self report by patients on data collection questionnaire.

fof/k;kWa % izfdz;k@”kY; fpdfRlk@mi;ksxlkexzh@jDr uewus dh vko`fRr@ek=k (vkdzked izfd;k;sa&izR;sd dk fooj.k o dkj.k

Risk involved: None

tksf[ke % v;/u lgHkkfxrk esa “kkfey tksf[ke @Hksn~; vkcknh] ;fn “kkfey gks rks] dk cpko

Potential benefits: Reduction in Stress Level and improvement of Quality of Life of breast cancer patients undergoing chemotherapy.

laHkkforykHk

Reasonable alternatives/ possible variant treatment available: Other relaxation techniques.

mfrpr fodYi@miyC /k laHko mipkj ds izdkj

Subject’s responsibility: To practice diaphragmatic breathing, systematic relaxation, alternate nostril breathing, joints and glands exercises of neck and shoulder at home twice in a day and to provide the relevant information being asked.

fo”k;d ds nkf;Ro

Compensation: No

eqvkoTk

Confidentiality: Yes

xksifu;rk

Voluntary participation: Yes

LoSfPNd Hkkxhnhkj

Financial cost of participation involved: None

foRrh; ykxresa “kkfeyHkkxhnhkj % izfrHkkfx;ksa ds fy;s iwokZuqekfur [kpsZ@fo’k; vkSj mlDs Hkqxrku

Contact person: Dr. Sunil Saini (Professor & Director, Cancer Research Institute) and Dr. D.C. Dhasmana, ethics Committee (Member secretary), for further information on any query at any time in an event of a problem.

laidZ O;fDr ¼xkbM½ ,sfFkDldfeVh ¼lnL; lfpo½] fdlh Hkh leL;k ;k vf/kd tkudkj ds fy, fdlh Hkh le;A

Patient /legal representative

initials.....Date.....

jksxh @dkuquhizrfuf/k

fnukad

(Thank you for taking time to read this document .If you decide to take part in this study, you will be given a copy of this information document and signed consent form to keep with you)

¼ bl nLrkost dks le; fudkydj i<us ds fy, /kU;okn A vkibl v;/;u esa Hkkx ysus dk QSlyk djrs gSa rks tkujhizi dh izfrfyfi ,o agLrk{kfjr lgefr izi= dk ,d izfr nh tk,xh A

Principal Investigator' Name: Mrs. Kamli Prakash (PhD Scholar)

iz/kku vUos'kd dk uke

Name of the Institute: Cancer Research Institute, Swami Rama Himalayan University, Jolly Grant,
Dehradun, Uttarakhand.

laLFkku dk uke

Part II: Informed consent form
Lwfpr lgefr izi=

Name of the study/ trial: Study to assess effectiveness of Yoga on Stress Level and Quality of Life of breast cancer patients undergoing Chemotherapy.

v/;;u dkuke@ijh{k.k

Name of the Investigator: Mrs. Kamli Prakash (PhD Scholar) under the guidance of Dr. Sunil Saini (Professor & Director, cancer research Institute)

iz/kkuvUos'kddkuke

Study code:

v/;u lfgark

Patient Name

jksxh dk uke

Date of birth..... Age.....

tUeifrFk

vk;q

1. I confirm that I have read and understood the patient information sheet dated..... for the above study on(drugs /procedures etc).... and had the opportunity to ask questions which were answered to my satisfaction

1- eSa iqf'V djrk@djrH g Wwafd eSaus mijksDr ----- v/;;u ds fy, jksxh lwpuk izi= fnukad----- dks Hkyh&Hkkafr i<+ o le> fy;k gSvkSj bl ds ckjs esa eq>s iz"u iwNus ds iq.kZ volj feys ftu ds lUrks'ktud mRrj izklr gq,A

2. I have been well informed about the potential anticipated risks, discomfort and side effects associated with(the trial drugs/procedures etc).... and what I will be expected to do?

2- eq>s ----- v/;;u ls tqM+s laHkkfor izR;kf"kr tksf[ke] ijs"kkuh o nq'izHkko vkSj bl ds fy;s eq>s D;k djuk gS ds ckjs esaHkyh&Hkkafr lwfpr fd;k tk pqdk gSA

3. I understand that my participation is voluntary and I am free to withdraw from the study at any time without giving any reason, without affecting my future medical care or legal rights. I shall inform the principal investigator in this regard for any precaution/ medical care required to follow.

3- eq>s Kkr gS fdesjhlghkkfXrkLoSfPNdgSvkSjeSadHkhHkhfcukdkj.kcrk;sbl v/;;u lSHkfo'; esavius@viuhfpdRIkO;oLFkk ;k dkuwuhvf/kdkj dksfdlhHkhizdkjlsizHkkfordjsfcukgVldrk@ldrhgWWa w] A blaca/k esaeSafdlhHkhiko/kkuh @fpdRIklqfo/kk dh t:jr iMusijz/kkuvUos'kddkslwfpr d:axk@d:axh A

4. I understand that the principal investigator, others workers on the principal investigator's behalf and the ethics committee HIHT University will not need my permission to look at my health record both in the respect of the current study and any further research that may be conducted in relation to it, even if I withdraw from the

study/ trial. I agree to this access. However, I understand that my identity will not be revealed in any information released to third parties or published.

4- **eq>s KkrgSfdiz/kkuvUos'kd] iz/kkuvUos'kd dh vksjlsvU; dk;ZdrkZvksavkSjLokehjkefgeky;ufo"ofokky; dh uSfrdrklfefdksorZeku v/;;u vkSjblsIEcfU/krvksfdlhHkhvUos'.k ds laca/k esaesjsLokLF; lac/khvfHkys[kksadks ns[kus ds fy, esjhlgefdrdhvko";drkughagksxh] pkgseSabl v/;;u@ijh{k.klsvyxHkhD;ksa u gkstkÅa A bldsfy;seSviuhlgerhiznkudjrk@djrhgWwA eSa le>rkgWwsafdfdlhvU; O;fDr@laLFkk ;k fdlhHkhizdkf"krlekxzhesaesjhigpkudk [kqyklkughafd;ktk;sxk A**

5. I agree not restrict the use of any data or results that arise from this study provided such a use is only for scientific purpose.

5- **eSbl v/;;ulsmiftr ds fdlhHkhMsVk ;k ifj.kkeksaa ds bLrsekydksizfrcfU/krukdjusdksviuhlgeftriznkudjrkkgwWao"krss Zbudkiz;ksxdsoyoSKkfudmn~ns";ksa ds fy, fd;ktkjgkgs A**

6. I am aware that investigator will inform, whenever the situation arises, about any new finding that develop anywhere in the world, related to my treatment which may affect any decision to continue participation in the study.

6- **eq>s Kkr gS dh fo"o esa dgh aHkh esjs mipkj ls IEcfU/kr fd lhHkh ubZ [kkst fodflr gksus dh fLFkfresa] tks esjs bl v/;;u esa Hkkxhnhkj tkjh j[kus ds fdlh Hkh fu.kZ; dks izHkkfordjldrkgS] eq>s vUos'kd ds }kjlwfrfd;ktk,xkA**

7. I had have time to make my decision whether or not to take part in this study/trial. I agree to take part in the above study; I have received a signed and dated copy of this consent form for my records.

7- **eq>s bl v/;;u@ijh{k.ksaHkkxysus ;k u ysus ds fy;sl;kZir le; iznkufd;kx;kAeSamijksDr v/;;u esaHkkxysus ds fy;sviuhlgeftriznkudjrk@djrhgWwawAeq>s blgeftrizni= dh ,d gLrk{kfjr o fnukafdrizfrfyfiviusvfHkys[kksa ds fy;sizklrgkspqdhgSA**

Patient/ Legally Acceptable Representative (LAR) Name Patient's LAR's Signature Date and Time

Investigator/ Designee Name Investigator/ Designee's Name Date and Time

Witness Name

Witness's Signature

Date and Time

APPENDICE VI

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG, Zubrod) performance scale

Performance status	Definition
0	Fully active; no performance restrictions
1	Strenuous physical activity restricted; fully ambulatory and able to carry out light work
2	Capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up and about >50 percent of waking hours.
3	Capable of only limited selfcare; confined to bed or chair >50 percent of waking hours
4	Completely disabled; cannot carry out any selfcare; totally confined to bed or chair

Excerpted from: Oken MM, et al. Am J Clin Oncol 1982; 5:649.

APPENDICE VII

Sociodemographic & Clinical Proforma

Code No_____

1. Name of the patient: _____
2. Age:_____
3. Educational Level:_____
4. Occupational Status:_____
5. Source of Income:_____
6. Marital Status: Married/ Unmarried/ Divorced/ Widow
7. No. Of Children:_____
8. Household: Living with husband/ living with husband and children/ living with children/ living alone
9. Any Co-Morbidity present:_____
10. Any history of taking: Tobacco/ Alcohol/Cigarette/Bidi
11. Any history of Cancer in the family:_____
12. Practicing Yoga currently:_____
13. Ever heard of breast Cancer before developing breast cancer: _____
14. Place of living:_____

CLINICAL DATA

1. Menopausal status:_____
2. Stage of breast cancer: I/II/III
3. Grade of breast Cancer: I/II/III
4. Time since diagnosis: < 1year/1-5years/> 5years
5. Date of Surgery: _____
6. Surgery: Lumpectomy/Modified Radical Mastectomy/conservative Surgery
7. Chemotherapy: Adjunct/ 2nd line palliative
8. Chemotherapeutic drug received:

APPENDICE VIII



EORTC QLQ-C30 (version 3)

We are interested in some things about you and your health. Please answer all of the questions yourself by circling the number that best applies to you. There are no "right" or "wrong" answers. The information that you provide will remain strictly confidential.

Please fill in your initials:

--	--	--	--	--

Your birthdate (Day, Month, Year):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Today's date (Day, Month, Year):

31

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
1. Do you have any trouble doing strenuous activities, like carrying a heavy shopping bag or a suitcase?	1	2	3	4
2. Do you have any trouble taking a <u>long</u> walk?	1	2	3	4
3. Do you have any trouble taking a <u>short</u> walk outside of the house?	1	2	3	4
4. Do you need to stay in bed or a chair during the day?	1	2	3	4
5. Do you need help with eating, dressing, washing yourself or using the toilet?	1	2	3	4

During the past week:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
6. Were you limited in doing either your work or other daily activities?	1	2	3	4
7. Were you limited in pursuing your hobbies or other leisure time activities?	1	2	3	4
8. Were you short of breath?	1	2	3	4
9. Have you had pain?	1	2	3	4
10. Did you need to rest?	1	2	3	4
11. Have you had trouble sleeping?	1	2	3	4
12. Have you felt weak?	1	2	3	4
13. Have you lacked appetite?	1	2	3	4
14. Have you felt nauseated?	1	2	3	4
15. Have you vomited?	1	2	3	4
16. Have you been constipated?	1	2	3	4

Please go on to the next page

During the past week:

	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
17. Have you had diarrhea?	1	2	3	4
18. Were you tired?	1	2	3	4
19. Did pain interfere with your daily activities?	1	2	3	4
20. Have you had difficulty in concentrating on things, like reading a newspaper or watching television?	1	2	3	4
21. Did you feel tense?	1	2	3	4
22. Did you worry?	1	2	3	4
23. Did you feel irritable?	1	2	3	4
24. Did you feel depressed?	1	2	3	4
25. Have you had difficulty remembering things?	1	2	3	4
26. Has your physical condition or medical treatment interfered with your <u>family</u> life?	1	2	3	4
27. Has your physical condition or medical treatment interfered with your <u>social</u> activities?	1	2	3	4
28. Has your physical condition or medical treatment caused you financial difficulties?	1	2	3	4

For the following questions please circle the number between 1 and 7 that best applies to you

29. How would you rate your overall health during the past week?

1 2 3 4 5 6 7

Very poor

Excellent

30. How would you rate your overall quality of life during the past week?

1 2 3 4 5 6 7

Very poor

Excellent



EORTC QLQ-C30 (version 3) (कॉर्स ३.०)

हम आपके और आपके स्वास्थ्य के बारे में कुछ बातें जानना चाहते हैं . कृपया आप सब प्रश्नों का उत्तर स्वयं उस अंक पर गोला बनाकर दें जो आपको सबसे सही लगता है . कोई भी उत्तर सही या गलत नहीं है . आपके द्वारा दी गयी जानकारी गुप्त रखी जाएगी .

केस फॉर्म क्रमांक : _____ अनुक्रमांक : _____

आपके नाम के अक्षर : _____

आपकी जन्मतिथि (दिन, मास, वर्ष) : _____

आज की तिथि (दिन, मास, वर्ष) : _____

क्रमांक		विलकुल नहीं	थोड़ा सा	थोड़ा अधिक	बहुत अधिक
1.	क्या आपको मेहनत के काम करने में कठिनाई होती है? जैसे कि बाज़ार की भारी थैली या सुटकेस उठाना?	1	2	3	4
2.	क्या आपको दूर तक टहलने में कोई कष्ट होता है?	1	2	3	4
3.	क्या आपको घर के आसपास थोड़ा टहलने में कोई तकलीफ होती है?	1	2	3	4
4.	क्या आपको दिन में कुर्सी में बैठने की या बिस्तर पर लेटे रहने की जरूरत महसूस होती है?	1	2	3	4
5.	क्या आपको खाने, कपड़े पहनने, नहाने या शौचालय जाने में मदद की जरूरत पड़ती है?	1	2	3	4
	पिछले एक सप्ताह के दौरान	विलकुल नहीं	थोड़ा सा	थोड़ा अधिक	बहुत अधिक
6.	क्या आपको अपना काम करने में या दूसरे दैनिक कार्यों में रुकावट महसूस हुई?	1	2	3	4
7.	क्या आपको अपने शौक पूरे करने में या दूसरे फुर्सत के कार्यों में रुकावट महसूस हुई?	1	2	3	4
8.	क्या आपको साँस लेने में तकलीफ हुई?	1	2	3	4
9.	क्या आपको दर्द था?	1	2	3	4
10.	क्या आपको आराम की जरूरत थी?	1	2	3	4
11.	क्या आपको सोने में कठिनाई हुई?	1	2	3	4
12.	क्या आपको कमजोरी महसूस हुई?	1	2	3	4
13.	क्या आपकी भूख कम हो गयी थी?	1	2	3	4
	<u>अगले पन्ने पर</u>				

APPENDICE IX

ENGLISH



EORTC QLQ - BR23

Patients sometimes report that they have the following symptoms or problems. Please indicate the extent to which you have experienced these symptoms or problems during the past week.

During the past week:	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
31. Did you have a dry mouth?	1	2	3	4
32. Did food and drink taste different than usual?	1	2	3	4
33. Were your eyes painful, irritated or watery?	1	2	3	4
34. Have you lost any hair?	1	2	3	4
35. Answer this question only if you had any hair loss: Were you upset by the loss of your hair?	1	2	3	4
36. Did you feel ill or unwell?	1	2	3	4
37. Did you have hot flushes?	1	2	3	4
38. Did you have headaches?	1	2	3	4
39. Have you felt physically less attractive as a result of your disease or treatment?	1	2	3	4
40. Have you been feeling less feminine as a result of your disease or treatment?	1	2	3	4
41. Did you find it difficult to look at yourself naked?	1	2	3	4
42. Have you been dissatisfied with your body?	1	2	3	4
43. Were you worried about your health in the future?	1	2	3	4
During the past <u>four</u> weeks:	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
44. To what extent were you interested in sex?	1	2	3	4
45. To what extent were you sexually active? (with or without intercourse)	1	2	3	4
46. Answer this question only if you have been sexually active: To what extent was sex enjoyable for you?	1	2	3	4

Please go on to the next page

During the past week:	Not at All	A Little	Quite a Bit	Very Much
47. Did you have any pain in your arm or shoulder?	1	2	3	4
48. Did you have a swollen arm or hand?	1	2	3	4
49. Was it difficult to raise your arm or to move it sideways?	1	2	3	4
50. Have you had any pain in the area of your affected breast?	1	2	3	4
51. Was the area of your affected breast swollen?	1	2	3	4
52. Was the area of your affected breast oversensitive?	1	2	3	4
53. Have you had skin problems on or in the area of your affected breast (e.g., itchy, dry, flaky)?	1	2	3	4



EORTC QLQ - BR23

रोगी कभी कभी बताते हैं कि उन्हें निम्न लक्षण या कष्ट हैं। पिछले सप्ताह में आपको किस हद तक यह लक्षण या कष्ट थे यह सूचित करें।

पिछले सप्ताह में:		बिल्कुल नहीं	थोड़ा सा	थोड़ा अधिक	बहुत अधिक
31.	क्या आपका मुंह सूखा रहता था?	1	2	3	4
32.	क्या आपको खाना या पानी हमेशा से अलग लगता था?	1	2	3	4
33.	क्या आपने आँखों में दर्द या जलन महसूस की या आपकी आँखों से पानी आता था?	1	2	3	4
34.	क्या आपके बाल गिरते हैं?	1	2	3	4
35.	इस प्रश्न का उत्तर तभी दें अगर आपके बाल गिरे हो: क्या आप अपने बाल गिरने से परेशान थीं?	1	2	3	4
36.	क्या आपको बीमार लगा या अपनी तबीयत खराब लगी?	1	2	3	4
37.	क्या आपको बहुत गर्मी लगी और चेहरा लाल हो गया?	1	2	3	4
38.	क्या आपको सरदर्द होता था?	1	2	3	4
39.	क्या आपको रोग या उपचार के कारण अपना शरीर कम आकर्षक लगा?	1	2	3	4
40.	क्या आपको रोग या उपचार के कारण अपना स्वीत्य कम लगने लगा है?	1	2	3	4
41.	क्या आपको खुदको नग्न देखने में तकलीफ हुई?	1	2	3	4
42.	क्या आप अपने शरीर से असंतुष्ट हैं?	1	2	3	4
43.	क्या आप भविष्य के अपने स्वास्थ्य के विषय में चिंतित हैं?	1	2	3	4
पिछले चार सप्ताह में:		बिल्कुल नहीं	थोड़ा सा	थोड़ा अधिक	बहुत अधिक
44.	आपको शारीरिक संबंधों में कितनी रुचि थी?	1	2	3	4
45.	आप शारीरिक संबंध किस हद तक रखती थीं? (संभोग या बिना संभोग के)	1	2	3	4
46.	इस प्रश्न का उत्तर तभी दें अगर आपके शारीरिक संबंध रहे हैं: शारीरिक संबंधों में आपको कितना आनंद आया?	1	2	3	4

कृपया अगले पृष्ठ पर जाएं

पिछले सप्ताह में:		बिल्कुल नहीं	थोड़ा सा	थोड़ा अधिक	बहुत अधिक
47.	क्या आपके कंधे में या बाँह में दर्द था?	1	2	3	4
48.	क्या आपके हाथ या बाँह सूजे थे?	1	2	3	4
49.	क्या आपको बाँह ऊपर उठाने में या घुमाने में कष्ट था?	1	2	3	4
50.	क्या आपको अपने रोगग्रस्त स्तन के भाग में कोई दर्द था?	1	2	3	4
51.	क्या आपके रोगग्रस्त स्तन के भाग में सूजन थी?	1	2	3	4
52.	क्या आपके रोगग्रस्त स्तन का भाग ज्यादा संवेदनशील हो गया था?	1	2	3	4
53.	क्या आपके रोगग्रस्त स्तन के भाग की त्वचा में तकलीफ थी, जैसे कि खुजली, सूखापन या छिलना?	1	2	3	4

4 | Consumable Booklet of ADSS-BSPSA

10

क्र.सं.	कथन	हाँ	नहीं	प्राप्तांक
---------	-----	-----	------	------------

37. मुझे लगता है कि मेरी जिन्दगी का कोई मतलब नहीं है।
38. मैं अपने गुस्से पर काबू नहीं रख पाता/आपा नहीं रहता।
39. मुझे डरावने सपने आते हैं।
40. अक्सर मुझे ऐसा लगता है कि मेरा दिमाग खाली हो गया।
41. मुझे सीने में दबाव/भारीपन महसूस होता है।
42. बिना किसी कारण के अक्सर मेरी स्लाई फूट पड़ती है।
43. उस घटना के बाद से दूसरे लोगों के साथ मेरे रिश्तों में खटास आ गई है (तनाव या परेशान करने वाली घटनाओं के बाद में कुछ समय तक मेरे रिश्तों में खटास आ जाती है)।
44. अक्सर अकेले पड़े रहने का मन करता है।
45. अक्सर मेरी आँखों के सामने अधिशा सा हो जाता है या धुंधलापन छा जाता है।
46. मुझे ध्यान लगाने में दिक्कत होती है।
47. अक्सर मेरा जो भिचलता है।
48. तबीयत गिरी-गिरी सी रहती है।

Serial No.	39	41	45	47	37	38	42	44	48	40	43	46
Score												
Total Score												

© 2011. All rights reserved. Reproduction in any form is a violation of Copyright Act. Consumable Booklet of Anxiety, Depression and Stress Scale (ADSS-BSPSA) Hindi Version



T.M. Regd No. 564838
Copyright Regd. No. A-73256/2005 Dt. 13.5.05

Consumable Booklet
of
ADSS-BSPSA
(Hindi Version)

Pallavi Bhatnagar
Megha Singh
Manoj Pandey
Sandhya
Amitabh

कृपया निम्न सूचनाएं भरिये-

दिनांक

--	--	--	--	--	--	--	--

नाम

कक्षा

आयु

दिना

निवास

पिता का व्यवसाय

जाति

धर्म

मासिक आय

निर्देश

हम सब अपनी जिंदगी में चिंता, तनाव व दुःख अक्सर महसूस करते हैं। हम आपसे आपके रोजमर्रा की जिंदगी में महसूस किए जाने वाले चिंता, तनाव व दुःख से सम्बन्धित कुछ कथन पूछेंगे। यदि आपको लगता है कि आप अक्सर ऐसा महसूस करते हैं तो अपना जवाब 'हाँ' में दीजिए। आपके जवाब गोपनीय रखे जाएंगे। अतः ईमानदारी से उत्तर दें।

SCORING TABLE

Sub-scale	Anxiety	Depression	Stress
Page	2	3	4
Score			
Total			
Percentile			
Category			

Estd. 1971

www.npcindia.com

☎ : (05962) 2464926

NATIONAL PSYCHOLOGICAL CORPORATION
4/230, KACHERI GHAT, AGRA-282 001 (INDIA)

क्र.सं.	कथन	हाँ	नहीं	प्राप्तांक
---------	-----	-----	------	------------

1. मुझे अपने मुँह सूख जाने के बारे में पता चल जाता है।
2. साँस लेने में दिक्कत महसूस करते हैं (जैसे साँस का तेज चलना, बिना काम किए साँस में दिक्कत होना)।
3. कुछ भी अच्छा महसूस नहीं कर पाते/पाती हैं।
4. मुझे आराम करने में दिक्कत होती है।
5. मुझे लगता है कि मैं बहुत जल्दी परेशान हो जाता/जाती हूँ।
6. अक्सर ऐसा महसूस होता है कि मैं कुछ नहीं कर सकता/सकती।
7. अक्सर मुझे ऐसा लगता है कि मेरे हाथ-पैर काँपते हैं (पैरों में जान नहीं है, पैर जवाब दे रहे हैं)।
8. किसी भी प्रकार से देरी हो जाने पर बेचैनी होने लगती है।
9. मुझे ऐसा लगता है कि जीवन में कुछ बचा ही नहीं है।
10. मुझे अक्सर ऐसा लगता है कि दिल बैठ जा रहा है और मैं दुःखी हूँ।
11. मुझे अक्सर ऐसा महसूस होता है कि मुझे बेहोशी आ रही है।
12. मुझको चीजें जल्दी बुरी लग जाती हैं।
13. मुझे किसी भी चीज में जोश नहीं आ पा रहा है।
14. मुझे काम न करने या गर्मी न होने पर भी पसीना ज्यादा आता है। (जैसे हाथ पसीने में भीग जाते हैं।)
15. मुझे बिना किसी ठोस वजह के डर लगता है।
16. मैंने पाया जैसे मैं बहुत चिड़चिड़ा हो गया/गयी हूँ।
17. मैंने पाया कि किसी बात से परेशान होने के बाद मुझे शांत होने में मुश्किल होती है।
18. मुझे निगलने में दिक्कत होती है।

Serial No.	1	2	7	11	14	15	18	3	6	9	10	13	4	5	8	12	16	17
Score																		
Total Score																		

क्र.सं.	कथन	हाँ	नहीं	प्राप्तांक
---------	-----	-----	------	------------

19. मैंने पाया कि मेरे काम में टोका-टोकरी होने पर उसे बदरिश्त करने में मुझे परेशानी होती है।
20. मैं उन चीजों के बारे में परेशान रहता/रहती हूँ जिनमें मैं मारे घबराहट के कहीं कुछ गड़बड़ न कर दूँ और मेरा मजाक न बन जाए।
21. मैं बहुत ज्यादा घबड़ाहट और बेचैनी महसूस करता/करती हूँ।
22. काम को शुरू करने में पहल करने में दिक्कत होती है।
23. मैं अपने आप को बात-बात में उत्तेजित पाता/पाती हूँ।
24. मैं सिर, गर्दन और पीठ के दर्द से परेशान रहता/रहती हूँ।
25. मैं कमजोरी महसूस करता/करती हूँ और जल्दी थक जाता/जाती हूँ।
26. मैं दुःखी और निराश महसूस करता/करती हूँ।
27. मैं महसूस करता/करती हूँ कि मेरा किसी चीज काम में मन नहीं लगता है।
28. मैं अपने दिल की धड़कन का तेज होना महसूस करता/करती हूँ।
29. मुझे किसी बात का जवाब देने में समय लगता है।
30. किसी भी ऐसे काम या घटना का सामना करने में मुझे बहुत दिक्कत होती है जो मुझे वैसी ही किसी बीती हुई परेशानी की याद दिलाती है।
31. मैं खुद के बारे में बहुत बेकार महसूस करता/करती हूँ।
32. मुझे लगता है कि हाथ-पैरों को उँगलियाँ सुन्न हो रही है और उनमें झनझनाहट हो रही है।
33. मुझे आगे आने वाले कल से कोई उम्मीद नहीं है।
34. मैं पेट दर्द और बदहजमी से परेशान रहता/रहती हूँ।
35. मुझे जल्दी-जल्दी पेशाब करने जाना पड़ता है।
36. न चाहते हुए भी मुझे बार-बार बुरी घटनाओं की याद आ जाती है।

Serial No.	20	21	24	25	28	32	34	35	22	26	27	31	33	19	23	29	30	36
Score																		
Total Score																		

APPENDICE XII

List of Experts Validated Tools and Intervention

1. Dr. Rajender Mahal
Professor, College of Nursing
Mohan Dai Cancer Centre
Ludhiana, Punjab.
2. Ms. Joy Craighead
Yoga Expert
Swami Rama Himalayan University
3. Dr. Sanchita Pugazhendi
Professor & Dean College of Nursing
Swami Rama Himalayan University
Jolly Grant Dehradun Uttarakhand
4. Dr. Minu Gupta
Professor, radio-oncologist
Cancer Research Institute
Swami Rama Himalayan University
Jolly Grant Dehradun Uttarakhand
5. Mr. Rahul Baluni
Assistant Lecture
Department of Yogic Science and Holistic Health
Swami Rama Himalayan University
Jolly Grant Dehradun Uttarakhand

EXPLAINING THE INTERVENTION

2



DIAPHRAGMATIC BREATHING



DIAPHRAGMATIC BREATHING



SYSTEMATIC RELAXATION



ALTERNATE NOSTRIL BREATHING

