

परिशिष्ट

परिशिष्ट – 1

Consumable Booklet
of

B A I

(Hindi Version)

R. K. Ojha (Moradabad) ()

कृपया निम्न सूचनाएँ भरिए –

नाम (Name)..... कक्षा (Class)

लिंग (Sex) आयु (Age)

पिता का व्यवसाय (Father's Occupation)

मासिक आय (Monthly Income) शिक्षा (Education)

निर्देश

यदि आप ईमानदारी और लगन के साथ इस परीक्षण में दिए हुए प्रत्येक प्रश्न का उत्तर समुचित रूप से दे देंगे तो हम आपको यह बता सकते हैं कि आपका व्यक्तित्व पूर्णतः समायोजित है या कोई कमी है। यदि आप अपने माता-पिता के साथ नहीं रह रहे हैं, तो ऐसे प्रश्नों का उत्तर आप उन व्यक्तियों को ध्यान में रखते हुए दीजिए जिनके साथ आप रह रहे हैं।

इस परीक्षण के चार भाग हैं। प्रत्येक भाग में 35 प्रश्न दिए हैं। प्रत्येक प्रश्न के सामने दो विकल्प 'हाँ' (Yes) तथा 'नहीं' (No) दिए हैं। यदि आप प्रश्न का उत्तर 'हाँ' में देना चाहते हैं अर्थात् प्रश्न में दी गई बातों से आप सहमत हैं तो 'हाँ' के नीचे वाले खाने में गुणा (X) का चिन्ह लगावें। यदि आपका उत्तर नकारात्मक है अर्थात् प्रश्न में दी गई बातों से आप सहमत है तो 'नहीं' के नीचे वाले खाने में गुणा (X) का चिन्ह लगावें। यद्यपि समय का कोई प्रतिबन्ध नहीं है, किन्तु सभी प्रश्नों के उत्तर शीघ्र देने का प्रयत्न कीजिए।

फलांकन तालिका (Scoring Table)

क्षेत्र □	I	II	III	IV	Total
प्राप्तांक (Scores) □					
विवेचना (Interpretation) □					

Estd. 1983

Ph. (0522) 380082

ANKUR PSYCHOLOGICAL AGENCY

22/481, INDIRA NAGAR, LUCKNOW - 226016

भाग-1
छात्रावास

क्रम सं.	कथन	हाँ (Yes)	नहीं (No)
----------	-----	--------------	--------------

1. क्या आपके मस्तिष्क में कभी ऐसा दृढ़ विचार आया था कि आप होस्टेल छोड़कर जाएं? Yes No
2. आपको छात्रावास में अच्छा लगता है? Yes No
3. क्या आप यह सोचते हैं कि आपके छात्रावास में वास्तविक प्रेम नहीं है? Yes No
4. छात्रावास में आपके संबंध सबसे अच्छे रहते हैं? Yes No
5. परिवार में शान्ति रखने के लिए क्या आपको घर छोड़कर छात्रावास रहना पड़ता है? Yes No
6. छात्रावास में आपको माता-पिता परिवार की याद आती है? Yes No
7. जिस तरह के मित्रों के साथ आप रहते हैं क्या आपके माता-पिता ऐसे लोगों के साथ रहने से आपको मना करते हैं? Yes No
8. छात्रावास में रहने की आपकी इच्छा थी कि आपके परिजनों की है? Yes No
9. क्या आप यह अनुभव करते हैं कि आपके माता-पिता आप पर नाजायज सख्ती करते हैं? Yes No
10. छात्रावास में खाने को लेकर कोई समस्या है? Yes No
11. क्या आपको छात्रावास में आपके सहपाठियों के साथ पढ़ाई करना अच्छा लगता है या नहीं? Yes No
12. छात्रालय में आपको कभी स्वास्थ्य में समस्या हो तो मदद मिलती है क्या? Yes No

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. आपके छात्रावास में डॉ. आते हैं क्या? Yes No
आते हैं तो मुफ्त में इलाज होता है क्या? की खुदके पैसे
से इलाज कराना पड़ता है क्या?
14. छात्रावास में आपको आपके घर की कमी महसूस होती है क्या? Yes No
15. छात्रावास में आपको कड़ी नियंत्रण में रखते हैं क्या? Yes No
16. क्या आपके छात्रावास में समय की पाबंदी लगाई जाती है क्या? Yes No
17. क्या आप छात्रावास में छुट्टी के दिन बाहर जा सकते हो क्या? Yes No
18. छात्रावास में साफ-सफाई की व्यवस्था कैसी है? Yes No
19. छात्रावास में नाश्ते तथा भोजन व्यवस्था है? Yes No
20. छात्रावास में खेल का समय है? Yes No
21. छात्रावास में खेल की समग्री है? Yes No
22. छात्रावास में मनोरंजन के संसाधन (TV, DVD) है? Yes No
23. छात्रावास में सांस्कृतिक गतिविधियाँ होती है? Yes No
24. क्या आप छात्रावास की व्यवस्था से संतुष्ट है? Yes No
25. छात्रावास में सह पाठ्यक्रम तथा संस्कृति गतिविधियाँ होती है? Yes No
26. छात्रावास की व्यवस्था से बच्चे संतुष्ट हैं? Yes No
27. क्या छात्रावास में डॉक्टरों तथा स्वास्थ्य कार्यकर्ताओं का भ्रमण होता है? Yes No
28. छात्रावास में बच्चों को कोई शैक्षिक भ्रमण कराया जाता है? Yes No
29. क्या छात्रावास में बच्चों के लिए कोई कार्यशाला होती है? Yes No
30. क्या छात्रावास में बच्चों की पर्याप्त सुरक्षा व्यवस्था है? Yes No

31. छात्रावास में पुस्तकालय व्यवस्था है? Yes No
32. छात्रावास में ऐसा लगता है कि आपका कोई मित्र नहीं है? Yes No

भाग—II

स्वास्थ्य (Health)

- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. क्या आप अन्य लोगों से शीघ्रता से डर जाते हैं? | Yes | No |
| 2. क्या आपकी आँखें तीव्र प्रकाश सहन नहीं कर पाती हैं? | Yes | No |
| 3. क्या आप दमा या मलेरिया इत्यादि के रोगी हैं? | Yes | No |
| 4. क्या बचपन में कभी आपको कण्ठ-रोग (Diphtheria) या तेज बुखार हुआ था? | Yes | No |
| 5. क्या आप सिर-दर्द से हमेशा पीड़ित रहते हैं ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. घर में जब किसी तरह का शोर होता है तब क्या आपको नींद आने में कोई कठिनाई होती है ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. दिन के समाप्त होने पर क्या आप प्रातः अधिक थकावट का अनुभव करते हैं ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. क्या इन दिनों आपका शारीरिक भार कुछ कम हुआ है? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. कभी किसी दुर्घटना में क्या आपको कोई सख्त चोट लगी है ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. क्या कभी आपका सर्जिकल ऑपरेशन हुआ है ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. क्या आपको ठण्ड बहुत लगती है ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. क्या आप अधिकतर इन्फ्लूएन्जा से पीड़ित हो जाते हैं ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. पिछले दस वर्षों में क्या कभी आप बहुत बीमार पड़े थे ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. क्या आपको गैस की बीमारी है ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. क्या आपको चक्कर आते हैं ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. क्या आपकी आँखें अधिकतर दर्द करती हैं ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. सेबेरे सोकर जब आप उठते हैं तो क्या आपको थकावट महसूस होती है ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. क्या आप बहुधा दवाइयों खाते रहते हैं ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. क्या आप अधिकतर थके हुए से रहते हैं ?
20. क्या आपको अपच का रोग होता रहता है ?
21. क्या आपका गला प्रायः खराब हो जाया करता है ?
22. क्या आपको प्रायः उल्टी या दस्त इत्यादि की बीमारी रहती है ?
23. क्या आप कब्ज से अधिक परेशान रहते हैं ?
24. क्या अपने बचपन में आप बहुत बीमार रहे हैं ?
25. क्या आपको नाक से साँस लेने में कठिनाई होती है ?
26. क्या कभी आपके सिर में बहुत तेज दर्द हो जाता है ?
27. क्या आपका शारीरिक वनज औसतन कम है ?
28. प्रायः भूख लगने से पहले क्या आप भोजन कर लेते हैं ?
29. क्या आप चश्मा पहनते हैं ?
30. क्या आप अपने स्वास्थ्य पर ध्यान देना आवश्यक समझते हैं ?
31. बीमारी के कारण क्या आप बहुधा विद्यालय से अनुपस्थित रहते हैं ?
32. क्या आपके दाँत ऐसे हैं जिनकी दवाई कराना आप आवश्यक समझते हैं ?
33. क्या आपके हृदय में, फेफड़ों में या गुर्दे (किडनी) में कोई तकलीफ है ?
34. क्या आपको कभी कोई चर्मरोग हुआ था ?
35. ठण्ड से छुटकारा पाने में क्या आप परेशान होते हैं ?

भाग—III

सामाजिक (Social)

1. क्या आप लोगों से मिलने के लिए ही सामाजिक भीड़ों में आनन्द लेते हैं?
2. किसी स्वागत समारोह में भाग लेते समय क्या आप मुख्य-अतिथि से मिलना चाहते हैं?
3. क्या ऐसे समारोहों में भाग लेते समय आप लोगों को परिचय कराने का उत्तरदायित्व लेते हैं?
4. समूह में वार्तालाप करते समय क्या आप उपयुक्त उत्तर देने में कठिनाई अनुभव करते हैं?
5. क्या आपने कभी किसी दल का नेतृत्व किया है?
6. क्या किसी सभा में सब लोगों के बैठ जाने के बाद पहुँचने में आप हिचकते हैं?
7. क्या आप अपनी कक्षा में सबके सामने भाषण कर सकते हैं?
8. रेलगाड़ी या मोटरगाड़ी से यात्रा करते समय क्या आप अपने साथ के यात्रियों के साथ वार्तालाप करते हैं?
9. क्या दूसरों से सहायता माँगना आपको सुगम लगता है ?
10. क्या अपनी लज्जा के कारण आप परेशान होते हैं?
11. जन समुदाय में वार्तालाप छेड़ने में क्या आप आनन्द लेते हैं ?
12. क्या आप योजना बनाने तथा लोगों के कार्यों को निर्देशित करने का अनुभव रखते हैं?
13. किसी नवीन परिचित व्यक्ति से वार्तालाप करने में क्या आप कठिनाई का अनुभव करते हैं?
14. सही उत्तर याद होने पर भी क्या आप कक्षा में उत्तर देने से अपने को असमर्थ पाते हैं ?

15. भिन्न लिंग वाले व्यक्तियों से मित्रता करना क्या आपको सुगम लगता है ?
16. यदि आपको कोई प्रति-भोज दिया जाता है तो उसमें आप दूसरों से अपने लिए कार्य कराने की जगह क्या दूसरों के लिए कार्य करना चाहेंगे ?
17. क्या आपको सभाओं में भाषण करने का अनुभव है ?
18. लोगों के सामने भाषण करने में क्या आपको कठिनाई होती है ?
19. सामाजिक नृत्यों में क्या आप अधिक आनन्द लेते हैं ?
20. यदि आप किसी अपरिचित व्यक्ति से कोई चीज लेना चाहते हैं तो उसे दूसरे व्यक्ति से या पत्र द्वारा मँगवाने की अपेक्षा स्वयं जाकर मँग लेंगे ?
21. जिन व्यक्तियों की आप अधिक प्रशंसा करते हैं और उनसे पूर्णतया परिचित नहीं है क्या उनके साथ रहने में आप आत्म-सम्मान का अनुभव करेंगे?
22. क्या आप कभी किसी सामाजिक कार्यक्रम के नेता बने हैं ?
23. क्या आप कभी किसी व्यक्ति विशेष से आँख बचाने के लिए सड़क से इधर-उधर हो लेते हैं ?
24. यदि आप किसी सभा में देर से आते हैं तो आगे बैठने की अपेक्षा खड़े रहना या लौट जाना ठीक समझेंगे ?
25. क्या आप तत्परता से मित्र बना लेते हैं ?
26. किसी पार्टी में क्या आप अग्रचालक हैं ?
27. अधिक लोगों से जान पहचान रखने की अपेक्षा क्या आप कुछ विशेष व्यक्तियों से ही हार्दिक मित्रता रखना चाहते हैं ?
28. यदि आप लोगों का कोई विशेष दल छोड़ना चाहते हैं तो

ऐसी दशा में आज्ञा लेने में क्या आप घबड़ाहट अनुभव करेंगे ?

29. सामाजिक उत्सवों में क्या आप पीछे रहते हैं?
30. यदि कोई अध्यापक आपको अचानक बुला ले तो क्या आप एकदम घबड़ा जाते हैं?
31. किसी अजनबी के साथ बातचीत करना क्या आपको कठिन लगता है ?
32. क्या आप मेले तथा भीड़ में भाग लेने में आनन्दित होते हैं ?
33. क्या में किसी विषय पर भाषण करने में क्या आप आत्म-गौरव समझते हैं ?
34. क्या आप कक्षा में भाषण करने में हिचकते हैं ?
35. यदि किसी कमरे में कुछ व्यक्ति आपस में बात कर रहे हैं तो अन्दर जाने में क्या आप हिचकते हैं ?

भाग—IV
संवेगात्मक (Emotional)

क्रम सं.	कथन	हाँ (Yes)	नहीं (No)
1.	क्या आप दिवा—स्वप्न अधिकतर देखते हैं?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	किसी रोग के बारे में डॉक्टर से जाँच कराना क्या आपको डरा देता है ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	क्या आप कभी—कभी अज्ञात कारणों से दुःखित हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	क्या आपने कभी ऐसा अनुभव किया है कि कोई व्यक्ति आपको मोहित कर ले और आप अपनी इच्छा के विरुद्ध कार्य कर सकें?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	जनसमूह में रहने पर क्या आप अपने को अकेला अनुभव करते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	दिन के समाप्त होने पर क्या आप थकावट महसूस करते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	भूचाल या आग का विचार क्या आपको डरा देता है ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	क्या आपकी आँखों में आँसू जल्दी आजाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	क्या आप सोंप को देखकर डर जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	आपका कोई अपराधन होने पर भी क्या आप दोषी बनाये जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	क्या आपको चमक डरा देती हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	परीक्षाओं में कम अंक प्राप्त करने के कारण क्या आप बार—बार हतोस्ताहित हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	दूसरों को खुशी देखकर क्या आप ईर्ष्या करते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	क्या आप बहुत आसानी से हिम्मत हार जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	क्या आप अपने कर्मों पर अधिकतर दुःखित होते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	क्या आप कभी ऊँचे पहाड़ पर चढ़ने के बाद डर गए थे कि आप कहीं नीचे न गिर जायें ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

क्रम सं.	कथन	हाँ (Yes)	नहीं (No)
17.	क्या आप शीघ्र क्रोधित हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	क्या आप अधिकतर दुःखित रहते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	क्या आप निम्नता की भावना से परेशान होते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	क्या आप अपने को शक्तिशाली समझते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	क्या आप आसानी से लज्जित हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	क्या कभी आपका नाम किस बात से परेशान होता है ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	क्या आपकी भावनाओं को किसी बात से ठेस लगती हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	क्या आप सम्भावित विपत्तियों से परेशान हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25.	क्या आप कभी इस बात से चिन्तित होते हैं कि कहीं लोग आपके विचारों को न पढ़ लें ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26.	क्या आपके मस्तिष्क में कभी ऐसा विचार आता है कि लोग सड़क पर आपकी चौकसी कर रहे हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27.	क्या अपनी शिकायतें सुनकर आप बहुत परेशान हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28.	क्या आप अधिकतर उत्तेजित हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29.	क्या आपके दिमांग में कभी-कभी बेकार के विचार आते हैं और आप उनसे दुःखित होते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30.	क्या आप जल्दी ही अशान्त हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.	क्या आप अपनी दीनता के अनुभवों से बहुत अधिक दुःखित हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32.	यह जानते हुए भी कि अमुक व्यक्ति आपको कोई नुकसान नहीं पहुँचा पायेगा क्या आप उससे अत्यधिक भयभीत हो जाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33.	बिना किसी विशेष कारण के क्या आप कभी खुश और कभी दुःखित होते रहते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34.	आपके दिमांग में क्या कभी ऐसा विचार आता है कि आप सो नहीं पाते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.	क्या आप अँधेरे में अकेले रहने से डरते हैं ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>