

QUESTIONNAIRE سوالنامہ

Title: Oral Health Status, Behaviors and Nutrition in Elite Pakistani Athletes

پاکستانی ایتھلیٹس میں منہ اور دانتوں کی صحت، عادات اور غذائیت

Section 1: General Information		سیکشن 1 عمومی معلومات	
A1: Participant code شرکت کرنے والے کا کوڈ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	A2: Participant name شرکت کرنے والے کا نام	<input type="text"/>
A3: Phone Number فون نمبر	<input type="text"/>	A4: Interview Date انٹرویو تاریخ	<input type="text"/>
A5: Gender جنس	<input type="checkbox"/> Male ----- مرد <input type="checkbox"/> Female ----- عورت	A6: Age (in years) عمر سالوں میں	<input type="text"/>
A7: What is your mother tongue? آپ کی مادری زبان کیا ہے؟	<input type="checkbox"/> Pashto ----- (پشتو) <input type="checkbox"/> Hindko----- ہندکو <input type="checkbox"/> Punjabi----- پنجابی <input type="checkbox"/> Other specify---- دیگر وضاحت کریں		
A8: What is your marital status? آپ کی ازدواجی حیثیت کیا ہے؟	<input type="checkbox"/> Single----- غیر شادی شدہ <input type="checkbox"/> Married----- شادی شدہ <input type="checkbox"/> Other specify---- دیگر وضاحت کریں		
A9: What is the main sports you are playing? آپ کون سا کھیل کھیلتے ہیں؟	<input type="text"/>		
A10: What is your athletic caliber? آپ کس سطح پر کھیلتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> International ----- بین الاقوامی <input type="checkbox"/> National----- قومی <input type="checkbox"/> College, University----- کالج یا یونیورسٹی <input type="checkbox"/> Other specify---- دیگر وضاحت کریں		
A11: How many hours do you train per week? (Approximately) آپ ہفتے میں تقریباً کتنا ٹریننگ لیتے ہیں؟	<input type="text"/>		
A12: What is your level of education attained? آپ نے کتنی تعلیم حاصل کی ہے؟	<input type="text"/>		
A13: Do you have any formal nutrition study? E.g course/diploma/certificate? آپ نے نیوٹریشن کے متعلق کوئی کورس لیا ہے مثلاً ڈگری سرٹیفکیٹ ڈپلومہ وغیرہ	<input type="checkbox"/> Yes----- ہاں <input type="checkbox"/> No----- نہیں		
A14: What is your monthly household income? From all sources آپ کی ماہانہ آمدن کیا ہے؟	<input type="text"/>		
A15: What is your occupation? آپ کا پیشہ کیا ہے؟	<input type="text"/>		

Section B: Oral health Behaviour/Practices		منہ اور دانتوں کی صحت اور عادات	
B1: Do you brush/clean your teeth? کیا آپ دانتوں کی صفائی کرتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> Yes----- ہاں <input type="checkbox"/> No----- نہیں		
B2: How many times, do you brush your teeth every day? آپ دن میں کتنی مرتبہ دانتوں کی صفائی کرتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> One time----- ایک بار <input type="checkbox"/> Two times----- دو بار <input type="checkbox"/> Three or more time----- تین یا زیادہ بار		
B3: For how long, do you clean your teeth? آپ دانتوں کی صفائی پر کتنا نام لیتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> One or less minute----- ایک یا ایک سے کم منٹ <input type="checkbox"/> Two minutes----- دو منٹ <input type="checkbox"/> Three or more minutes----- تین یا تین سے زیادہ		
B4: When do you brush your teeth? آپ کس وقت دانتوں کی صفائی کرتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> In the morning----- صبح <input type="checkbox"/> Afternoon----- دوپہر <input type="checkbox"/> Before going to bed----- رات سونے سے پہلے <input type="checkbox"/> Other specify----- دیگر وضاحت کریں		
B5: What you use for cleaning your teeth? آپ دانتوں کی صفائی کے لیے کیا چیزیں استعمال کرتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> Toothbrush & toothpaste-- ٹوتھ برش ٹوتھ پیسٹ <input type="checkbox"/> Miswak----- مسواک <input type="checkbox"/> Dental floss----- ڈینٹل فلاس <input type="checkbox"/> Other specify----- دیگر وضاحت کریں		
B6: Do you use fluoride tooth paste for cleaning teeth? کیا آپ دانتوں کی صفائی کے لیے فلورائیڈ ٹوتھ پیسٹ استعمال کرتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> Yes----- ہاں <input type="checkbox"/> No----- نہیں <input type="checkbox"/> Don't know----- پتا نہیں		
B7: How often do you replace your toothbrush? کتنا عرصہ بعد اپنا ٹوتھ برش تبدیل کرتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> Three months or less-- تین مہینے یا کم <input type="checkbox"/> 6 month----- 6 مہینے <input type="checkbox"/> Never until usable---- بالکل نہیں جب تک قابل استعمال ہو		
B8: How often do you visit dentist? آپ کتنی بار دانتوں کے ڈاکٹر سے ملتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> Regularly every 6-8 months----- باقاعدہ 6-8 مہینے بعد <input type="checkbox"/> Occasionally----- کبھی کبھار <input type="checkbox"/> When I have dental pain----- جب دانت میں درد ہو <input type="checkbox"/> Never ----- کبھی نہیں		
B9: When did you last visited dentist? آپ آخری بار دانتوں کے ڈاکٹر سے کب ملے تھے؟	<input type="checkbox"/> Last six month----- پچھلے 6 مہینے میں <input type="checkbox"/> Last one year----- پچھلے سال <input type="checkbox"/> More than a year----- ایک سال سے زیادہ		
B10: What was the reason for visiting dentist? دانتوں کے ڈاکٹر سے ملنے کی وجہ؟	<input type="checkbox"/> Dental pain----- دانتوں میں درد <input type="checkbox"/> Family/friend advice----- دوستوں کا مشورہ <input type="checkbox"/> Doctor/dentist advice----- ڈاکٹر کا مشورہ <input type="checkbox"/> Other specify --- دیگر وضاحت کریں		
B11: What are the reasons for NOT visiting the dentist? دانتوں کے ڈاکٹر سے نہ ملنے کی وجہ؟	<input type="checkbox"/> Expensive treatment---- علاج کے اخراجات <input type="checkbox"/> Unavailability of dentist--- دانتوں کے ڈاکٹر کا میسر نہ ہونا <input type="checkbox"/> Other specify --- دیگر وضاحت کریں		

Section C: Self-reported oral health

C1: Compared to other people, how would you describe your general health at present? دوسرے لوگوں کے مقابلے میں اپنی صحت کو کس طرح دیکھتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> Very Good----- بہت اچھا <input type="checkbox"/> Good----- اچھا <input type="checkbox"/> Fair----- اوسط <input type="checkbox"/> Poor----- خراب <input type="checkbox"/> Very poor----- بہت خراب
C2: How would you describe your oral health (mouth, teeth and gums) at present? دوسرے لوگوں کے مقابلے میں اپنے منہ اور دانتوں کی صحت کو کیسے دیکھتے ہیں؟	<input type="checkbox"/> Very Good----- بہت اچھا <input type="checkbox"/> Good----- اچھا <input type="checkbox"/> Fair----- اوسط <input type="checkbox"/> Poor----- خراب <input type="checkbox"/> Very poor----- بہت خراب
C3: Currently or in the past one year, do you have any problem related to your teeth? (Check all that apply) ابھی یا پچھلے ایک سال کے دوران آپ کو دانتوں کا کوئی مسئلہ ہوا ہے؟	<input type="checkbox"/> Dental pain----- دانتوں میں درد <input type="checkbox"/> Sensitivity to hot & cold--- دانتوں کو ٹھنڈا گرم لگنا <input type="checkbox"/> Gum bleeding----- مسوڑھوں سے خون آنا <input type="checkbox"/> Bad breath----- منہ سے بدبو آنا <input type="checkbox"/> Other specify --- دیگر وضاحت کریں

Section D: Oral health impact on psychosocial life and performance

سماجی زندگی اور کارکردگی پر اثرات

D1: Over the past 12 months: Have you had any difficulty eating or drinking because of your mouth, teeth or gums? پچھلے ایک سال کے دوران آپ کو منہ 'دانتوں یا مسوڑھوں میں تکلیف کی وجہ سے کھانے پینے میں مشکل پیش آئی ہے؟	<input type="checkbox"/> Yes----- ہاں <input type="checkbox"/> No----- نہیں
D2: Over the past 12 months: Have you had any difficulty relaxing (including sleeping) because of your mouth, teeth or gums? پچھلے ایک سال کے دوران آپ کو منہ 'دانتوں یا مسوڑھوں میں تکلیف کی وجہ سے آپ کے آرام میں خلل آئی ہے؟	<input type="checkbox"/> Yes----- ہاں <input type="checkbox"/> No----- نہیں
D3: Have you had any difficulty smiling, laughing or showing your teeth without embarrassment? کیا آپ کو بغیر شرمندگی کے مسکرانے، ہنسنے یا دانت دکھانے میں کوئی دشواری ہوئی ہے؟	<input type="checkbox"/> Yes----- ہاں <input type="checkbox"/> No----- نہیں
D4: Have you had any difficulties participating in normal training or competition due to problems with your mouth, teeth or gums? آپ کو منہ 'دانتوں یا مسوڑھوں میں تکلیف کی وجہ سے آپ کے ٹریننگ یا مقابلے میں کبھی مشکل پیش آئی ہے؟	<input type="checkbox"/> Full participation without any problem بغیر کسی تکلیف کے ہمیشہ مکمل حصہ لیا ہے <input type="checkbox"/> Full participation with oral problems ہمیشہ مکمل حصہ لیا ہے لیکن تکلیف کے ساتھ <input type="checkbox"/> Reduced participation with oral problems دانتوں میں تکلیف کی وجہ سے کم حصہ لیا ہے <input type="checkbox"/> Could not participate due to oral problems دانتوں میں تکلیف کی وجہ سے بالکل حصہ نہیں لیا ہے
D5: To what extent, you reduced your training volume due to mouth, teeth or gum disease, over the last 12 months? آپ نے پچھلے 12 ماہ کے دوران منہ، دانت یا مسوڑھوں کی بیماری کی وجہ سے اپنی تربیت کا حجم کس حد تک کم کیا؟	<input type="checkbox"/> No reduction----- کی نہیں ہے <input type="checkbox"/> Reduced----- کی ہے <input type="checkbox"/> Could not participate at all--- بالکل حصہ ہی نہیں لے سکا