

# Appendix - B

## Questionnaire – English

Name:

Identification No:

### **PART A: Socio-demographic information**

1. What is your age (in years)?

..... Years

2. Where is your home district?

.....

3. What is your status in university?

1	Student	
2	Faculty	
3	Administration	
4	Others	

4. What is your highest education level?

1	Graduation	
2	Post-Graduation	
3	PhD	
4	Others (specify):	

5. What is your father's education level?

1	Primary Education	
2	Secondary Education	
3	Higher Education	

4	No Education	
---	--------------	--

6. What is your father's occupation?

1	Government Job	
2	Private Job	
3	Business	
4	NGO	
5	Other (Specify):	

7. What is your mother's education level?

1	Primary Education	
2	Secondary Education	
3	Higher Education	
4	No Education	

8. What is your mother's occupation?

1	Government Job	
2	Private Job	
3	Business	
4	NGO	
5	Housewife	
6	Other (Specify):	

9. What is your (faculty/administration/other) or your family's (student) monthly income?  
 ..... (In Taka)

10. What is your marital status?

1	Married	
2	Widowed	
3	Separated/Divorced	

4	Unmarried (skip to question 13)	
---	---------------------------------	--

11. How many children do you have?

.....

12. Are you currently pregnant?

1	Yes	
2	No	
3	Not Applicable	

13. What type of family do you live in?

1	The nuclear family (With your husband and children only)	
2	Joint Family (With your brother and sisters-in-law)	
3	Extended family (With your father and mother-in-law)	
4	Other (specify):	

14. How is the financial condition of your family?

1	Very much solvent	
2	Quite solvent	
3	Fairly solvent	
4	Poor/ Ill-off	
5	Not Applicable	

15. To your knowledge, are you suffering from any of the following problems?

		Yes	No
1	Allergic conjunctivitis	1	2
2	Gross lid abnormalities	1	2
3	Life-threatening systemic disease	1	2
4	Acute ocular infections	1	2
5	Diabetes Mellitus	1	2

6	Extra and intraocular surgery within the last six months	1	2
7	Others (specify):		

16. Systemic medication history is known to cause dry eyes and steroid use history.

		Yes	No
1	Antihistamine	1	2
2	Anticholinergic	1	2
3	Topical steroids	1	2
4	Tear steroids	1	2
5	Anti-glaucoma	1	2
6	Others (specify):		

17. Do you have to continue any ocular treatment within the last six months?

Yes ☐ No ☐

### **PART B: Myopia Questionnaire**

#### ***Domain 1: Refractive Errors***

18. Are you wearing glasses?

Yes ☐ No ☐  
If "Yes"

What is the purpose of wearing glasses?

1	Cosmetic Use	
2	Refractive Error	
3	Therapeutical	

19. Are you wearing contact lenses?

Yes ☐ No ☐  
If "Yes"

What is the purpose of wearing glasses?

1	Cosmetic Use	
2	Refractive Error	
3	Therapeutical	

What type of contact lens do you use?

1	Soft	
2	RGP	
3	Therapeutic	

20. Pattern of your refractive error

1	Myopia	
2	Hypermetropia	
3	Astigmatism	

**Glasses Rx**

	<b>Sph</b>	<b>Cyl</b>	<b>Axis</b>	<b>Add</b>	<b>PD</b>
<b>OD</b>					
<b>OS</b>					

***Domain 2: Family History***

21. Parental myopia history

**Yes** ☐ **No** ☐  
If "Yes"

1	Father has myopia	
2	Mother has myopia	
3	Both have myopia	

22. Is there a family member with previous ocular history?

		Yes	No
1	Glaucoma	1	2
2	Cataract	1	2
3	Retinal Disease	1	2
4	Keratoconus	1	2
5	Other (Specify)	1	2

***Domain 3: Near Work (multiple answers available)***

23. Gadgets available at your home

1	Computer or Laptop	
2	Internet Access	
3	Tablet	
4	Mobile	

24. Time to spend doing near work (daily)

		(1-3) hrs	(3-5) hrs	5 hrs>
1	Duration of laptop use			
2	Duration of tablet use			
3	Duration of mobile use			
4	Social media use			
5	Duration of playing games on mobile			
6	Duration of the device used in the darkroom			

25. Do you or your parents have concerns about the near work-induced myopia?

1	Near work can induce myopia	
2	Face close to the book while reading	
3	Face close to the book while writing	

***Domain 4: Outdoor activities***

26. Duration of outdoor activities on weekdays

..... (in hours)

27. Duration of outdoor activities on holidays/weekend

..... (in hours)

28. Types of outdoor activities (multiple answers available)

1	Exercise/GYM	
2	Jogging	
3	Swimming	
4	Cycling	
5	Running	
6	Playing sports (Football, Cricket, Badminton, etc)	
7	Participate in religious activities	
8	Others	

**PART C: DEQ 5 for Dry Eye Disease (DED) questionnaire**

***Questions about “Eye Discomfort”***

29. During a typical day in the past month, how often did your eyes feel discomfort?

<b>Never</b>	<b>Rarely</b>	<b>Sometimes</b>	<b>Frequently</b>	<b>Constantly</b>
0	1	2	3	4

30. When your eyes felt discomfort, how intense was this feeling of discomfort at the end of the day, within two hours of going to bed?

<b>Never have it</b>					<b>Very intense</b>
0	1	2	3	4	5

***Questions about “Eye Dryness”***

31. During a typical day in the past month, how often did your eyes feel dry?

<b>Never</b>	<b>Rarely</b>	<b>Sometimes</b>	<b>Frequently</b>	<b>Constantly</b>
0	1	2	3	4

32. When your eyes felt dry, how intense was this feeling of dryness at the end of the day, within two hours of going to bed?

<b>Never have it</b>					<b>Very intense</b>
0	1	2	3	4	5

***Questions about “Watery Eyes”***

33. During a typical day in the past month, how often did your eyes look or feel excessively watery?

<b>Never</b>	<b>Rarely</b>	<b>Sometimes</b>	<b>Frequently</b>	<b>Constantly</b>
0	1	2	3	4

<b>Score</b>	<b>Q. 29</b>	<b>Q. 30</b>	<b>Q. 31</b>	<b>Q. 32</b>	<b>Q. 33</b>	<b>Total</b>



# Appendix - D

## Questionnaire – বাংলা

নাম:

পরিচিতি নাম্বার:

### ক বিভাগ: জনমিতি সংক্রান্ত তথ্য

১। আপনার বয়স কত? (বছর)

..... বছর

২। আপনার নিজ জেলা কোথায়?

.....

৩। আপনি কোন পেশায় নিয়োজিত আছেন?

১	ছাত্র	
২	ফ্যাকাল্টি	
৩	প্রশাসনিক	
৪	অন্যান্য	

৪। আপনার সর্বোচ্চ শিক্ষাগত যোগ্যতা কি?

১	গ্রাজুয়েশন	
২	পোস্ট-গ্রাজুয়েশন	
৩	পিএইচডি	
৪	অন্যান্য	

৫। আপনার পিতার সর্বোচ্চ শিক্ষাগত যোগ্যতা কি?

১	প্রাথমিক শিক্ষা	
২	সেকেন্ডারী শিক্ষা	
৩	উচ্চতর শিক্ষা	
৪	শিক্ষা নেই	

৬। আপনার পিতার পেশা কি?

১	সরকারী চাকুরী	
২	বেসরকারী চাকুরী	
৩	ব্যাবসা	
৪	এন জি ও	
৫	অন্যান্য	

৭। আপনার মাতার সর্বোচ্চ শিক্ষাগত যোগ্যতা কি?

১	প্রাথমিক শিক্ষা	
২	সেকেন্ডারী শিক্ষা	
৩	উচ্চতর শিক্ষা	
৪	শিক্ষা নেই	

৮। আপনার মাতার পেশা কি?

১	সরকারী চাকুরী	
২	বেসরকারী চাকুরী	
৩	ব্যাবসা	
৪	এন জি ও	
৫	গৃহিনী	
৬	অন্যান্য	

৯। আপনার অথবা আপনার পরিবারের মাসিক আয় কত?

..... (টাকা)

১০। আপনার বৈবাহিক অবস্থা কি?

১	বিবাহিত	
২	বিধবা	
৩	বিবাহবিচ্ছেদ/তলাক	
৪	অবিবাহিত (১৩ নং প্রশ্নে যান)	

১১। আপনার সন্তান সংখ্যা কতজন?

.....

১২। আপনি কি বর্তমানে গর্ভবতী?

১	হ্যাঁ	
২	না	
৩	প্রযোজ্য নয়	

১৩। আপনি কিরূপ পরিবারে বাস করেন?

১	একক পরিবার (স্বামী ও সন্তানসহ)	
২	যৌথ পরিবার (ভাসুর-দেবর ও ননদ সহ)	
৩	যৌথ পরিবার (শ্বশুর-শ্বাশুড়ি সহ)	
৪	অন্যান্য	

১৪। আপনার পরিবারের অর্থনৈতিক অবস্থা কিরূপ?

১	অনেক বেশি সচ্ছল	
২	বেশ সচ্ছল	
৩	মোটামুটি সচ্ছল	
৪	অসচ্ছল	
৫	প্রযোজ্য নয়	

১৫। আপনার জানামতে আপনার নিম্নোলিখিত কোনো দীর্ঘমেয়াদী রোগ আছে কি?

		হ্যাঁ	না
১	অ্যালার্জিক কনজাক্টিভাইটিস	১	২
২	গ্রস লিড অ্যাবনর্মালিটিস	১	২
৩	জীবন হুমকি নাশক সিস্টেমিক রোগ	১	২
৪	অ্যাকিউট ওকুলার ইনফেকশন	১	২
৫	ডায়াবেটিস মেলিটাস	১	২
৬	শেষ ৬ মাসে এক্সট্রা ও ইন্ট্রাওকুলার অপারেশন হয়েছে কিনা	১	২
৭	অন্যান্য		

১৬। এমন কোন পদ্ধতিগত ঔষধ সেবন করা হয় যার জন্য চোখ শুষ্ক হয় এবং তার জন্য স্টেরয়েড ব্যবহার করা হয় কিনা

		হ্যাঁ	না
১	অ্যান্টিহিস্টামাইন	১	২
২	অ্যান্টিকোলিনার্জিক	১	২
৩	টোপিক্যাল স্টেরয়েড	১	২
৪	টিয়ার স্টেরয়েড	১	২
৫	অ্যান্টি-গ্লুকোমা	১	২
৬	অন্যান্য		

১৭। শেষ ছয় মাস ধরে আপনার চোখের কোন চিকিৎসা চলতেছে কিনা?

হ্যাঁ ☐ না ☐

খ বিভাগঃ মাইওপিয়া সংক্রান্ত তথ্য

**ডোমেইন ১ঃ রিফ্রাক্টিভ এরোর**

১৮। আপনি কি চশমা পড়েন?

হ্যাঁ ☐ না ☐  
যদি হ্যাঁ হয়-

চশমা পরার কারন কি?

১	কসমেটিক হিসেবে	
২	রিফ্রাক্টিভ এরোর	
৩	থেরাপিউটিক্যাল	

১৯। আপনি কন্টাক্ট লেন্স পরেন?

হ্যাঁ ☐ না ☐  
যদি হ্যাঁ হয়-

কন্টাক্ট লেন্স পরার কারন কি?

১	কসমেটিক হিসেবে	
২	রিফ্রাক্টিভ এরোর	
৩	থেরাপিউটিক্যাল	

কোন ধরনের কন্টাক্ট লেন্স ব্যবহার করেন?

১	সফট	
২	আর জি পি	
৩	থেরাপিউটিক	

২০। রিফ্র্যাক্টিভ এরোর এর প্যাটার্ন

১	মাইওপিয়া	
২	হাইপারমেট্রোপিয়া	
৩	অ্যাস্টিগম্যাটিজম	

Glasses Rx

	Sph	Cyl	Axis	Add	PD
OD					
OS					

**ডোমেইন ২ঃ পারিবারিক তথ্য**

২১। পিতামাতার মাইওপিয়া আছে কি না

হ্যাঁ ☐ না ☐  
যদি হ্যা হয়-

১	পিতার মাইওপিয়া আছে	
২	মাতার মাইওপিয়া আছে	
৩	দুইজনেরই আছে	

২২। পরিবারের কারো পূর্ব থেকেই ওকুলার হিস্টরি আছে কিনা?

		হ্যাঁ	না
১	গুলুকোমা	১	২
২	ক্যাটার্যাক্ট	১	২
৩	রেটিনাল ডিজিস	১	২
৪	কেরাটোকোনাস	১	২
৫	অন্যান্য	১	২

**ডোমেইন ৩ঃ নিকটবর্তী কাজ (একাধিক উত্তর গ্রোহনযোগ্য)**

২৩। কোন ধরনের গ্যাজেট বাসায় আছে

১	কম্পিউটার/ল্যাপটপ	
২	ইন্টারনেট	
৩	ট্যাবলেট ডিভাইস	
৪	মোবাইল	

২৪। প্রতিদিন কতক্ষন সময় ব্যয় করা হয়

		(১-৩) ঘন্টা	(৩-৫) ঘন্টা	৫ ঘন্টা>
১	ল্যাপটপ ব্যবহারের সময়			
২	ট্যাবলেট ডিভাইস ব্যবহারের সময়			
৩	মোবাইল ব্যবহারের সময়			
৪	সোশ্যাল মিডিয়া			
৫	মোবাইল গেমস			
৬	অন্ধকার কক্ষে ডিভাইস ব্যবহারের সময়			

২৫। ডিভাইস নিকটবর্তী কাজ মাইওপিউয়াকে প্রভাবিত করে, এই সম্পর্কে অবগত কিনা?

১	নিকটবর্তী কাজ মাইওপিউয়াকে প্রভাবিত করে	
২	পড়ার সময় মুখ বইয়ের খুব কাছে রাখেন	
৩	লেখার সময় মুখ খুব কাছে রাখেন	

### ডোমেইন ৪ঃ আউটডোর অ্যাক্টিভিটিস

২৬। প্রতিদিন কতক্ষন আউটডোর অ্যাক্টিভিটিস করা হয়

.....(ঘন্টা)

২৭। ছুটির দিন কতক্ষন আউটডোর অ্যাক্টিভিটিস করা হয়

.....(ঘন্টা)

২৮। কোন ধরনের আউটডোর অ্যাক্টিভিটিস করা হয়

১	অনুশীলন/জিম	
২	হাটা	
৩	সাতার	
৪	সাইক্লিং	
৫	দৌড়	
৬	খেলাধুলা (ফুটবল, ক্রিকেট, ব্যাডমিন্টন, ইত্যাদি)	
৭	ধর্মীয় অনুষ্ঠানে অংশগ্রহন	
৮	অন্যান্য	



গ বিভাগঃ DEQ 5- DED সংক্রান্ত তথ্য

**“Eye Discomfort” সংক্রান্ত প্রশ্ন**

২৯। গতমাসে একটি সাধারণ দিনে আপনার চোখ কতবার অস্বস্তি অনুভব করেছিল?

কখনই না	কদাচিৎ	কখনও কখনও	ঘন ঘন	ক্রমাগত
০	১	২	৩	৪

৩০। যখন আপনার চোখে অস্বস্তি অনুভূত হয়, তখন ঘুমানোর দুই ঘন্টার মধ্যে দিনের শেষে এই অস্বস্তি অনুভূতি কতটা তীব্র ছিল?

কখনই নেই					খুবই তীব্র
০	১	২	৩	৪	৫

**“Eye Dryness” সংক্রান্ত প্রশ্ন**

৩১। গতমাসে একটি সাধারণ দিনে আপনার চোখ কতবার শুকিয়ে গিয়েছিল?

কখনই না	কদাচিৎ	কখনও কখনও	ঘন ঘন	ক্রমাগত
০	১	২	৩	৪

৩২। যখন আপনার চোখে শুষ্ক অনুভূত হয়, তখন ঘুমানোর দুই ঘন্টার মধ্যে দিনের শেষে এই শুষ্কতা অনুভূতি কতটা তীব্র ছিল?

কখনই নেই					খুবই তীব্র
০	১	২	০	১	২

**“Watery Eyes” সংক্রান্ত প্রশ্ন**

৩৩। গতমাসে একটি সাধারণ দিনে আপনার চোখ কতক্ষণ অতিরিক্ত জল অনুভব করত?

কখনই না	কদাচিৎ	কখনও কখনও	ঘন ঘন	ক্রমাগত
০	১	২	৩	৪

স্কোর	প্রশ্ন ২৯	প্রশ্ন ৩০	প্রশ্ন ৩১	প্রশ্ন ৩২	প্রশ্ন ৩৩	মোট