

Questionnaire – English

Name:

Identification No:

University Name:

Department:

*****Are you suffering from any of the following problems?**

		Yes	No
1	Gross lid abnormalities		
2	Life-threatening systemic disease		
3	Extra and intraocular surgery within the last six months		

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	Hypertension	1	2
2	Diabetes Mellitus	1	2

3	Acute ocular infections	1	2
4	Allergic Conjunctivitis	1	2
5	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
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

	Sph	Cyl	Axis	Add	PD
OD					
OS					

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?

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Constantly
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?

Never have it					Very intense
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?

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Constantly
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?

Never have it					Very intense
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?

Never	Rarely	Sometimes	Frequently	Constantly
0	1	2	3	4

Score	Q. 29	Q. 30	Q. 31	Q. 32	Q. 33	Total

Questionnaire – বাংলা

নামঃ

পরিচিতি নাম্বারঃ

বিশ্ববিদ্যালয়ের নামঃ

ডিপার্টমেন্টঃ

আপনার নিম্নোলিখিত কোনো দীর্ঘমেয়াদী রোগ আছে কি?

		হ্যাঁ	না
১	শেষ ৬ মাসে এক্সট্রা ও ইন্ট্রাওকুলার অপারেশন হয়েছে কিনা		
২	গ্রস লিড অ্যাবনর্মালাটিস		
৩	জীবন হুমকি নাশক সিস্টেমিক রোগ		

ক বিভাগঃ RbwgwZ msµvš– Z_”

১। আপনার বয়স কত?

.....

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	ব্যবসা	
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 রোগ আছে কি?

		হ্যাঁ	না
১	অ্যালার্জিক কনজাক্টিভাইটিস	১	২
২	অ্যাকিউট ওকুলার ইনফেকশন	১	২
৩	ডায়াবেটিস মেলিটাস	১	২
৪	হাইপারটেনশন	১	২
৫	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
৫	অ্যান্টি-গ্লুকোমা	১	২
৬	অন্যান্যঃ		

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	অ্যাস্টিগমাটিজম	

Glasses Rx

	Sph	Cyl	Axis	Add	PD
OD					
OS					

ডোমেইন ২ঃ পারিবারিক তথ্য

২১। পিতামাতার মাইওপিয়া আছে কি না

হ্যাঁ ☐ না ☐
যদি হ্যাঁ হয়-

১	পিতার মাইওপিয়া আছে	
২	মাতার মাইওপিয়া আছে	
৩	দুইজনেরই আছে	

২২। পরিবারের কারো পূর্ব থেকেই ওকুলার হিস্টরি আছে কিনা?

		হ্যাঁ	না
১	গ্লুকোমা	১	২
২	ক্যাটারাক্ট	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

৩

৪

৫

“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