**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

* 1. Where is your home district?

…………………

* 1. What is your status in university?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Student |  |
| 2 | Faculty |  |
| 3 | Administration |  |
| 4 | Others |  |

1. What is your highest education level?

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

1. What is your father´s education level?

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

1. What is your father´s occupation?

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

1. What is your mother´s education level?

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

1. 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)

1. What is your marital status?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Married |  |
| 2 | Widowed |  |
| 3 | Separated/Divorced |  |
| 4 | Unmarried (skip to question 13) |  |

1. How many children do you have?

…………………

1. Are you currently pregnant?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Yes |  |
| 2 | No |  |
| 3 | Not Applicable |  |

1. 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): |  |

1. 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 |  |

1. 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): | | |

1. 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): | | |

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yes** |  |  | **No** |  |

**PART B: Myopia Questionnaire**

***Domain 1: Refractive Errors***

1. Are you wearing glasses?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yes** |  |  | **No** |  |

If “Yes”

What is the purpose of wearing glasses?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Cosmetic Use |  |
| 2 | Refractive Error |  |
| 3 | Therapeutical |  |

1. 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 |  |

1. Pattern of your refractive error

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Myopia |  |
| 2 | Hypermetropia |  |
| 3 | Astigmatism |  |

**Glasses Rx**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Sph** | **Cyl** | **Axis** | **Add** | **PD** |
| **OD** |  |  |  |  |  |
| **OS** |  |  |  |  |  |

***Domain 2: Family History***

1. Parental myopia history

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Yes** |  |  | **No** |  |

If “Yes”

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

1. 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)***

1. Gadgets available at your home

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Computer or Laptop |  |
| 2 | Internet Access |  |
| 3 | Tablet |  |
| 4 | Mobile |  |

1. 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 |  |  |  |

1. 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***

1. Duration of outdoor activities on weekdays

………………………………… (in hours)

1. Duration of outdoor activities on holidays/weekend

………………………………… (in hours)

1. 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”***

1. 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 |

1. 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”***

1. 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 |

1. 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”***

1. 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**

|  |  |
| --- | --- |
| ডিপার্টমেন্টঃ |  |

আপনার নিম্নোলিখিত কোনো দীর্ঘমেয়াদী রোগ আছে কি?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | হ্যাঁ | না |
| ১ | শেষ ৬ মাসে এক্সট্রা ও ইন্ট্রাওকুলার অপারেশন হয়েছে কিনা |  |  |
| ২ | গ্রস লিড অ্যাবনর্মালিটিস |  |  |
| 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 | 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/তালাক |  |
| 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 কনজাঙ্কটিভাইটিস | ১ | ২ |
| ২ | অ্যাকিউট ওকুলার ইনফেকশন | ১ | ২ |
| ৩ | ডায়াবেটিস মেলিটাস | ১ | ২ |
| ৪ | হাইপারটেনশন | ১ | ২ |
| ৭ | অন্যান্য | | |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | হ্যাঁ | না |
| ১ | অ্যান্টিহিস্টামাইন | ১ | ২ |
| ২ | অ্যান্টিকোলিনার্জিক | ১ | ২ |
| ৩ | টোপিক্যাল স্টেরয়েড | ১ | ২ |
| ৫ | অ্যান্টি-গুলুকোমা | 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 হ্যা হয়-

চশমা পরার কারন কি?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ১ | কসমেটিক হিসেবে |  |
| ২ | রিফ্রাক্টিভ এরোর |  |
| ৩ | থেরাপিউটিক্যাল |  |

১৯। আপনি কন্টাক্ট লেন্স পরেন?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **হ্যাঁ** |  |  | **না** |  |

যদি হ্যা 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 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 ব্যাবহারের সময় |  |  |  |
| ২ | ট্যাবলেট ডিভাইস ব্যাবহারের সময় |  |  |  |
| ৩ | মোবাইল ব্যাবহারের সময় |  |  |  |
| ৪ | সোশ্যাল মিডিয়া |  |  |  |
| ৫ | মোবাইল গেমস |  |  |  |
| ৬ | অন্ধকার কক্ষে ডিভাইস ব্যাবহারের 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 সাধারন 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 সাধারন 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 সাধারন দিনে আপনার চোখ কতক্ষন 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** |
|  |  |  |  |  |  |