



PTSD symptoms, Insomnia, and Suicidal Ideation among Firefighters in Bangladesh: A Cross-sectional Study

Study ID		Date		Start Time		End Time	
Participant Name		Participant Mobile		Station Name		Place Name	
Status	Complete <input type="checkbox"/>	Incomplete. <input type="checkbox"/>	Refuse by Participant <input type="checkbox"/>				

Module 1: উত্তরদাতার জনমিতি সংক্রান্ত তথ্য

1.1 নাম	1.2 লিঙ্গ	1.3 বয়স	1.4 বৈবাহিক অবস্থা	1.5 সর্বোচ্চ শিক্ষাগত যোগ্যতা
(Initial letter)	1. পুরুষ 2. মহিলা 3. তৃতীয় লিঙ্গ	বছরে	1. বিবাহিত 2. অবিবাহিত 3. বিধবা 4. তালাকপ্রাপ্ত/বিচ্ছেদ	1. প্রাইমারি (1-5 years) 2. মাধ্যমিক উচ্চ বিদ্যালয় (6-10 years) 3. উচ্চ মাধ্যমিক (11-12 years) 4. বিশ্ববিদ্যালয় অথবা তদুর্ধ্ব (>12 years) 5. মাদ্রাসা 6. স্কুলে যাইনি

Module 2: পরিবারের আর্থ-সামাজিক তথ্য

2.1 পরিবারের সদস্য সংখ্যা	2.2 শিশু সন্তানের সংখ্যা	2.3 বয়স্ক সদস্যের সংখ্যা (> ৬০ বছর)	2.4 উপার্জনক্ষম বয়স্ক সদস্যের সংখ্যা	2.5 পরিবারের মাসিক আয় (BDT)

Module 3: চাকরি সংক্রান্ত তথ্য

3.1 পদবী	3.2 কর্মঘণ্টা	3.3 কর্মবছর	3.4 অপারেশনে অংশগ্রহণের সংখ্যা (আনুমানিক)	3.5 ওভারটাইম	3.6 পুরস্কার পেয়েছেন	3.7 স্বাস্থ্য বীমা	3.8 চিকিৎসা ভাতা
				1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>
3.9 ঝুঁকি ভাতা	3.10 আন্তঃব্যক্তিগত দ্বন্দ্ব	3.11 ট্রেনিং পেয়েছেন					
1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>					
3.11a	যদি 3.11 হ্যাঁ হয়, নিচের কোন ট্রেনিংগুলো পেয়েছেন 1. হ্যাঁ 2. না [Note: একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য] CISM <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____						
3.11b	আপনি কি মনে করেন আপনার মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ট্রেনিং এর প্রয়োজন আছে? 1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>						

Module 4: কর্ম সন্তুষ্টি

PTSD symptoms, Insomnia, and Suicidal Ideation among Firefighters in Bangladesh: A Cross-sectional Study



প্রশ্ন	খুব অসন্তুষ্ট ১	অসন্তুষ্ট ২	মাঝামাঝি ৩	সন্তুষ্ট ৪	খুব সন্তুষ্ট ৫
4.1 আপনি কি আপনার কাজে সন্তুষ্ট?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Module 5: ক্লিনিকাল চিকিৎসা তথ্য

প্রশ্ন	উত্তর
5.1 আপনার কোন দীর্ঘস্থায়ী রোগ বা তার লক্ষণ আছে কিনা?	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>
5.1a যদি 5.1 হ্যাঁ হয়, নিচের কোন দীর্ঘস্থায়ী রোগ বা রোগগুলো আছে বা ছিল 1. হ্যাঁ 2. না [Note: একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য]	
Diabetes <input type="checkbox"/> High BP. <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> CHD. <input type="checkbox"/> HTN. <input type="checkbox"/> Stroke/other CVD <input type="checkbox"/> Chronic respiratory disease (Bronchitis/COPD/Asthma) <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____	
5.1b দীর্ঘস্থায়ী রোগের জন্য আপনি কোন চিকিৎসা বা ঔষধ নিচ্ছেন কি?	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>
5.2 আপনার পরিবারের কোন সদস্যের দীর্ঘস্থায়ী রোগ আছে কিনা?	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>
5.2a যদি 5.2 হ্যাঁ হয়, পরিবারের কার দীর্ঘস্থায়ী রোগ রয়েছে?	1. মা 2. বাবা 3. দুজনেরই 4. কারও নেই <input type="checkbox"/>
5.2b নিচের কোন দীর্ঘস্থায়ী রোগ বা রোগগুলো আছে বা ছিল 1. হ্যাঁ 2. না [Note: একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য]	
Diabetes <input type="checkbox"/> High BP. <input type="checkbox"/> CKD <input type="checkbox"/> CHD. <input type="checkbox"/> HTN. <input type="checkbox"/> Stroke/other CVD <input type="checkbox"/> Chronic respiratory disease (Bronchitis/COPD/Asthma) <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____	

Module 6: জীবনধারা এবং আচরণ

প্রশ্ন	উত্তর
6.1 আপনার কি নিম্নোক্ত অভ্যাস বা অভ্যাসগুলো রয়েছে?	Tobacco <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Pan/Jorda/Supari <input type="checkbox"/> Others: _____
6.2 আপনি কি প্রতিদিন ব্যায়াম করেন?	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>
6.2a যদি 6.2 হ্যাঁ হয়, কোন ব্যায়ামগুলো প্রতিদিন করে থাকেন? 1. হ্যাঁ 2. না [Note: একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য]	
Meditation. <input type="checkbox"/> Yoga <input type="checkbox"/> Daily Exercise <input type="checkbox"/> অন্যান্য: _____	
6.3 দৈনিক নামায অথবা প্রার্থনা করেন?	1. হ্যাঁ 2. না <input type="checkbox"/>

Module 7: Workplace Stress Scale (WSS)

প্রশ্ন	কখনই না	কদাচিৎ	মাঝে মাঝে	প্রায়ই	খুব মাঝে মাঝে
--------	---------	--------	-----------	---------	---------------

PTSD symptoms, Insomnia, and Suicidal Ideation among Firefighters in Bangladesh: A Cross-sectional Study

		১	২	৩	৪	৫
7.1	আমার কর্মক্ষেত্রে আমার পরিস্থিতি কখনও কখনও অপ্রীতিকর বা অনিরাপদ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2	আমি মনে করি আমার চাকরি নেতিবাচকভাবে আমার শারীরিক বা মানসিক সুস্থতাকে প্রভাবিত করেছে।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3	আমার খুব বেশি কাজ করতে হয় এবং/অথবা অনেক অযৌক্তিক সময়সীমা বেধে দেওয়া হয়	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4	আমার চাকরির অবস্থা সম্পর্কে উর্ধ্বতনদের কাছে আমার মতামত বা অনুভূতি প্রকাশ করা আমার পক্ষে কঠিন।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5	আমি মনে করি যে চাকরির চাপ আমার পরিবার বা ব্যক্তিগত জীবনে হস্তক্ষেপ করে।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
প্রশ্ন		৫	৪	৩	২	১
7.6	আমার কাজের দায়িত্বের উপর আমার পর্যাপ্ত নিয়ন্ত্রণ আছে।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.7	আমার দক্ষতা এবং অবদানের জন্য উপযুক্ত স্বীকৃতি বা পুরস্কার পাচ্ছি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.8	আমি কর্মক্ষেত্রে আমার দক্ষতা এবং প্রতিভাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যবহার করতে সক্ষম।	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

প্রশ্নগুলোর সমষ্টি 7.1-7.8

Module 8: Short PTSD Rating Instrument Self Rated (SPRINT-SR)

আপনার জীবনের সবথেকে বেদনাদায়ক বা আঘাতদায়ক ঘটনা চিহ্নিত করুন যা আপনার জন্য এখনও যন্ত্রণাপ্রদ

প্রতিটি প্রশ্নের জন্য একটি উত্তর নির্বাচন করুন যা সর্বাধিক সঠিকভাবে আপনার গত সপ্তাহের অনুভূতি প্রকাশ করে। আপনি যদি আপনার মানসিক যন্ত্রণা উপশমের লক্ষ্যে চিকিৎসা শুরু করে থাকেন, তাহলে 8.9 ও 8.10 নম্বর প্রশ্ন আপনার জন্য প্রযোজ্য এবং আপনি তার উত্তর দিতে পারেন। যদি কোন চিকিৎসা গ্রহণ না করে থাকেন, শুধুমাত্র 8.1 থেকে 8.8 নম্বর প্রশ্নের উত্তর দিন।

		একদমই না 0	স্বল্প মাত্রায় 1	মারাত্মক আকারে বা সহনীয় 2	যথেষ্ট পরিমাণে 3	খুব বেশী মাত্রায় 4
8.1	অবাস্তব স্মৃতি, দুঃস্বপ্ন অথবা অতীতের ঘটনা মনে পরে যাওয়ায় আপনি কোন মাত্রায় আক্রান্ত বা প্রভাবিত হয়েছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2	ঘটনাটি সম্পর্কে চিন্তা করা বা কথা বলা অথবা যেসব কাজ করলে ঘটনাটি মনে পরে যায় তা থেকে বিরত থাকতে আপনি কতটুকু চেষ্টা করেছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3	আপনি কী মানুষের থেকে দূরত্ব বজায় রাখছেন বা কোন কিছু উপভোগ করছেন না অথবা কিছু অনুভব করতে আপনার কষ্ট হচ্ছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4	ঘুম কম হওয়া, অমনোযোগিতা, উদ্বিগ্নতা বা স্নায়বিক দুর্বলতা, বিরক্তি অথবা আপনার চারপাশের পরিবেশ সম্পর্কে সতর্ক থাকার অনুভূতি আপনাকে কতটুকু প্রভাবিত করেছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5	আপনি ব্যাথা অথবা ক্লান্তি দ্বারা শারীরিক ও মানসিকভাবে কতটুকু আক্রান্ত বা প্রভাবিত হয়েছেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.6	আপনি যখন মানসিক চাপ বা বাধা বিপত্তির সম্মুখীন হন, তখন আপনি কতটুকু মর্মান্বিত অনুভব করেন?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.7	উপরোল্লিখিত উপসর্গগুলো আপনার কর্মক্ষমতা বা দৈনন্দিন কাজের পরিমাণকে কী পরিমাণে ব্যাহত করেছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.8	উপরোল্লিখিত উপসর্গগুলো কি আপনার পরিবার, আপনজন বা বন্ধুবান্ধবদের সাথে সম্পর্ক নষ্ট করেছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

প্রশ্নগুলোর সমষ্টি 8.1-8.8

8.9	আপনি যদি চিকিৎসা শুরু করে থাকেন বা চিকিৎসার মধ্য দিয়ে আছেন, তাহলে চিকিৎসা শুরুর পর থেকে আপনি কতটুকু ভাল অনুভব করছেন? (শতকরা হারে) (%)										
	0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
8.10	চিকিৎসা শুরু করার পর উপরোল্লিখিত উপসর্গ কতটুকু ভাল হয়েছে?										
	খারাপ হয়েছে 1			অপর্যবর্তনীয় 2		সামান্য 3		বেশ খানিকটা 4		অনেক বেশী 5	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Module 9: Insomnia Severity Index

PTSD symptoms, Insomnia, and Suicidal Ideation among Firefighters in Bangladesh: A Cross-sectional Study

নিম্নোক্ত প্রশ্নগুলো আপনার মাঝে অনিদ্রাজনিত সমস্যা ও তার মাত্রা নির্ণয়ের জন্য নির্ধারিত। অনুগ্রহপূর্বক উপযুক্ত উত্তরটি টিকচিহ্নিত করুন। (আপনার বর্তমান যেমন গত দুই সপ্তাহের নিদ্রাহীনতার হার তুলে ধরুন)

অনিদ্রাজনিত সমস্যা	একদম না 0	কিছুটা 1	মোটামুটি 2	বেশী 3	খুব বেশী 4
9.1 আপনার কি ঘুমে কোন সমস্যা হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 আপনার কি ঘুমে কোন ব্যাঘাত ঘটে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 আপনার কি খুব সকালে ঘুম থেকে উঠতে কোন সমস্যা হয়?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

প্রশ্ন	খুব সন্তুষ্ট 0	সন্তুষ্ট 1	মোটামুটি সন্তুষ্ট 2	অসন্তুষ্ট 3	খুব অসন্তুষ্ট 4
9.4 বর্তমানে ঘুমের অবস্থান নিয়ে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

প্রশ্ন	একটুও না 0	লক্ষ্যনীয় 1	সামান্য 2	অনেক 3	খুব বেশী লক্ষ্যনীয় 4
9.5 আপনার বর্তমান ঘুমের সমস্যা আপনার জীবনযাপনের মান কতটুকু কমিয়েছে যা অন্যের নজরে পড়েছে?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

প্রশ্ন	একটুও না 0	চিন্তিত 1	সামান্য 2	অনেক 3	খুব বেশী চিন্তিত 4
9.6 আপনার বর্তমান ঘুমের সমস্যাটি নিয়ে আপনি কতটা চিন্তিত বা অবসাদগ্রস্ত?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

প্রশ্ন	একটুও না 0	হস্তক্ষেপ যোগ্য 1	সামান্য 2	অনেক 3	খুব বেশী হস্তক্ষেপ যোগ্য 4
9.7 আপনার বর্তমান ঘুমের সমস্যা কতটুকু পর্যন্ত আপনার নিত্যদিনের কর্তব্য পালনে হস্তক্ষেপ করেছে? (যেমন ক্লাস্তি, মনোভাব, নিত্যদিনের কাজকর্ম করতে পারা, মনোযোগ, স্মৃতিশক্তি, ইত্যাদি)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

প্রশ্নগুলোর সমষ্টি 9.1-9.7 ☐

Module 10: Suicidal Ideation Attribute Scale (SIDAS)

10.1	গত মাসে, আপনার কতবার আত্মহত্যা করার চিন্তা ছিল? (0= কখনো না, 10= সবসময়)	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
10.2	গত মাসে, আপনি এই চিন্তার উপর কতটা নিয়ন্ত্রণ করেছেন? (0= কোন নিয়ন্ত্রণ নেই, 10= সম্পূর্ণ নিয়ন্ত্রণ)	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
10.3	গত মাসে, আপনি আত্মহত্যার চেষ্টা করার কতটা কাছাকাছি এসেছেন? (0= কোন চেষ্টা করিনি, 10= চেষ্টা করেছিলাম)	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
10.4	গত মাসে, আত্মহত্যার কথা চিন্তা করে কতটা কষ্ট পেয়েছেন? (0= মোটেই না, 10= চরম)	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
10.5	গত মাসে, আত্মহত্যা সম্পর্কে চিন্তাভাবনা আপনার দৈনন্দিন কাজকর্ম যেমন কাজ, গৃহস্থালির কাজ বা সামাজিক ক্রিয়াকলাপগুলি সম্পাদন করার ক্ষমতার সাথে কতটা হস্তক্ষেপ করেছে (0= মোটেই না, 10= চরম)	0	<input type="checkbox"/>	1	<input type="checkbox"/>	2	<input type="checkbox"/>	3	<input type="checkbox"/>	4	<input type="checkbox"/>	5	<input type="checkbox"/>	6	<input type="checkbox"/>	7	<input type="checkbox"/>	8	<input type="checkbox"/>	9	<input type="checkbox"/>	10	<input type="checkbox"/>
প্রশ্নগুলোর সমষ্টি 10.1-10.5 <input type="checkbox"/>		বিপরীত স্কের (10=1, 0=10) এর সমষ্টি 10.1-10.5 <input type="checkbox"/>																					