

Confidential: For research purpose only

উত্তরদাতার সম্মতিপত্র

কোড নাম্বার:

তারিখ:

হ্যালো! আমার নাম এবং আমি নর্থ সাউথ ইউনিভার্সিটির গ্লোবাল হেলথ ইনস্টিটিউটের সাথে কাজ করছি। আমরা বর্তমানে IOM দ্বারা পরিচালিত “A STUDY ON PEOPLE'S PERCEPTION, EXPERIENCE AND USAGE OF HEALTH FACILITIES” প্রকল্পের জন্য একটি জরিপ পরিচালনা করছি। আমি আপনাকে জরিপে অংশ নেওয়ার জন্য আমন্ত্রণ জানাচ্ছি। আপনার অংশগ্রহণের সাথে, আপনি যে তথ্য সরবরাহ করবেন তা আমাদের Friendship এবং non-Friendship হাসপাতালে আপনার স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণের অভিজ্ঞতার বর্তমান পরিস্থিতি সম্পর্কে বুঝতে সহায়তা করবে। আপনার দেওয়া তথ্য আমাদের ভবিষ্যতে সেই হাসপাতালগুলোর স্বাস্থ্য পরিষেবার মান উন্নত করতে সাহায্য করবে। এই গবেষণায় অংশ নেওয়ার জন্য আপনার কোন ক্ষতি হবে না অথবা এটি এই মুহূর্তে আপনাকে কোনও উপকারও দেবে না। এই জরিপে আপনার দেয়া সকল তথ্য গোপন রাখা হবে এবং ভবিষ্যতে এই তথ্য ব্যবহার করে কেউ আপনাকে শনাক্ত করতে পারবে না। এই গবেষণায় অংশ নেওয়া আপনার ইচ্ছার উপর নির্ভর করছে। আপনি যেকোন প্রশ্নের উত্তর দিতে না চাইলে তা এড়িয়ে যেতে পারেন। আপনি যদি অংশ না নেওয়ার সিদ্ধান্ত নেন, বা কিছু প্রশ্ন এড়িয়ে যাওয়ার সিদ্ধান্ত নেন তবে হাসপাতালের সাথে আপনার বর্তমান বা ভবিষ্যতের সম্পর্ককে প্রভাবিত করবে না। জরিপ চলাকালীন, আপনি যদি অংশ না নেওয়ার সিদ্ধান্ত নেন তবে আপনি যেকোন সময় তা প্রত্যাহার করতে পারেন। উপর্যুক্ত ব্যখ্যার কিছু অস্পষ্ট থাকলে অথবা আপনার যদি কোনও প্রশ্ন বা কিছু জানার থাকে তাহলে জিজ্ঞাসা করতে পারেন।

সম্মতির বিবৃতি: আমি উপরে উল্লিখিত তথ্য বুঝতে পেরেছি এবং আমার জিজ্ঞাসা করা যেকোনো প্রশ্নের উত্তর পেয়েছি। আমি গবেষণায় অংশ নিতে সম্মতি দিচ্ছি।

প্রশ্নকর্তার স্বাক্ষর এবং তারিখ: _____

উত্তরদাতার স্বাক্ষর এবং তারিখ: _____

উপস্থিত ব্যক্তি/ সাক্ষীর স্বাক্ষর বা টিপসই এবং তারিখ: _____

বিশেষ দ্রষ্টব্য: উত্তরদাতার সম্মতির পর তথ্য সংগ্রহ শুরু

উত্তরদাতার আইডি:

Module 1: Socio-demographic Information		
1.1	উত্তরদাতার নাম	
1.2	উত্তরদাতার মোবাইল নাম্বার	
1.3	উত্তরদাতার বয়স (বছরে)	
1.4	উত্তরদাতার লিঙ্গ	1. পুরুষ 2. মহিলা 3. অন্যান্য.....
1.5	আপনি কোন ক্যাম্পে আবস্থান করছেন?	1. ক্যাম্প ০৭ 2. ক্যাম্প ০৮ই 3. ক্যাম্প ২০ 4. ক্যাম্প ২৬ 5. ক্যাম্প বালুখালি
1.6	উত্তরদাতার সর্বোচ্চ শিক্ষাগত যোগ্যতা	1. প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা নেই 2. শুধু স্বাক্ষর করতে পারে 3. প্রাইমারি শেষ করেনি 4. প্রাইমারি শেষ করেছে 5. মাধ্যমিক বা তার অধিক শেষ করেছে
1.7	উত্তরদাতার ধর্ম	1. মুসলিম 2. হিন্দু 3. বৌদ্ধ 4. খ্রিস্টান 5. অন্যান্য.....
1.8	উত্তরদাতার বৈবাহিক অবস্থা	1. অবিবাহিত 2. বর্তমানে বিবাহিত 3. বিবাহবিচ্ছেদ/ আলাদা থাকেন 4. বিধবা
1.9	উত্তরদাতার পেশা	1. কাজ করে 2. বেকার
আপনার পরিবারে কি এমন কেউ আছেন যার স্বাস্থ্য সমস্যার কারণে কিছু কাজ (যেমনঃ চোখে দেখা, কানে শোনা, হাঁটা বা সিঁড়ি বেয়ে উঠা, মনে রাখা/মনযোগ দেওয়া, নিজের কাজ করা বা নিজের ভাষা ব্যবহার করে যোগাযোগ করা) করতে সমস্যা হয়? এই সম্পর্কিত প্রশ্নগুলি নীচে দেওয়া হল:		
1.10	চশমা পরলেও কি আপনার দেখতে অসুবিধা হয়?	1. না- কোন অসুবিধা নেই 2. হ্যাঁ- কিছু অসুবিধা 3. হ্যাঁ- অনেক অসুবিধা 4. একেবারেই পারিনা
1.11	শ্রবণযন্ত্র ব্যবহার করলেও কি আপনার কানে শুনতে অসুবিধা হয়?	1. না- কোন অসুবিধা নেই 2. হ্যাঁ- কিছু অসুবিধা 3. হ্যাঁ- অনেক অসুবিধা 4. একেবারেই পারিনা

1.12	আপনার কি হাঁটতে বা সিঁড়ি দিয়ে উপরে উঠতে অসুবিধা হয়?	<ol style="list-style-type: none"> না- কোন অসুবিধা নেই হ্যাঁ- কিছু অসুবিধা হ্যাঁ- অনেক অসুবিধা একেবারেই পারিনা
1.13	আপনার কি মনে রাখতে বা মনোযোগ দিতে অসুবিধা হয়?	<ol style="list-style-type: none"> না- কোন অসুবিধা নেই হ্যাঁ- কিছু অসুবিধা হ্যাঁ- অনেক অসুবিধা একেবারেই পারিনা
1.14	আপনার কি নিজের যত্ন যেমনঃ গোসল করা বা কাপড় পরিধান করা ইত্যাদি করতে অসুবিধা হয়?	<ol style="list-style-type: none"> না- কোন অসুবিধা নেই হ্যাঁ- কিছু অসুবিধা হ্যাঁ- অনেক অসুবিধা একেবারেই পারিনা
1.15	আপনার স্বাভাবিক ভাষা ব্যবহার করে, আপনার কি যোগাযোগ (যেমনঃ নিজের বুঝতে বা অন্যকে বোঝাতে) অসুবিধা হয়?	<ol style="list-style-type: none"> না- কোন অসুবিধা নেই হ্যাঁ- কিছু অসুবিধা হ্যাঁ- অনেক অসুবিধা একেবারেই পারিনা

Module 2: Experiences and usage of health facilities related Information		
2.1	গত ছয় মাসে আপনি কি কোন এনজিও কর্তৃক পরিচালিত স্বাস্থ্য কেন্দ্রে গিয়েছেন?	<ol style="list-style-type: none"> হ্যাঁ না
2.1(a)	যদি হ্যাঁ হয়, কোন স্বাস্থ্য কেন্দ্রে গিয়েছেন?	<ol style="list-style-type: none"> Friendship non- Friendship উভয়
2.2	গত ছয় মাসে আপনি কতবার এনজিও কর্তৃক পরিচালিত স্বাস্থ্য কেন্দ্রে গিয়েছেন?	<ol style="list-style-type: none"> একবার ২-৩ বার ৪-৬ বার ৬ এর অধিক
2.3	আপনি সাধারণত স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে কি সেবা নিতে যান? (একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	<ol style="list-style-type: none"> নিয়মিত চেক আপ মাতৃস্বাস্থ্যসেবা শিশু স্বাস্থ্যসেবা পরিবার পরিকল্পনা সেবা তীব্র অসুস্থতা (সংক্রামক রোগ) প্রজনন স্বাস্থ্যসেবা অন্যান্য (উল্লেখ করুন.....)
2.4	শেষবার কি কারণে আপনি স্বাস্থ্য কেন্দ্রে গিয়েছেন?	<ol style="list-style-type: none"> নিয়মিত চেক আপ মাতৃস্বাস্থ্যসেবা শিশু স্বাস্থ্যসেবা পরিবার পরিকল্পনা সেবা তীব্র অসুস্থতা (সংক্রামক রোগ) প্রজনন স্বাস্থ্যসেবা অন্যান্য (উল্লেখ করুন.....)
Module 2A: Information about Maternal health checkup (যদি প্রশ্ন 2.4 নং প্রশ্নের উত্তর ২ হয় তাহলে মডিউলটি চালিয়ে যান অন্যথায়, মডিউলটি এড়িয়ে যান)		

2A.1	মাতৃসেবাগুলোর কোন সেবা গ্রহণের জন্য আপনি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে গিয়েছেন? (একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	<ol style="list-style-type: none"> 1. প্রসব পূর্ববর্তী সেবা 2. প্রসব পরবর্তী সেবা 3. সন্তান জন্মদান সেবা
Module 2A1: Information about ANC (যদি প্রশ্ন 2A.1 নং প্রশ্নের উত্তর 1 হয় তাহলে মডিউলটি চালিয়ে যান অন্যথায়, মডিউলটি এড়িয়ে যান)		
2A1.1	শেষ গর্ভাবস্থায় আপনি (আপনার স্ত্রী) কতবার প্রসব পূর্ববর্তী সেবা নিতে গিয়েছেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. যায়নি 2. একবার 3. দুইবার 4. তিনবার 5. চার বা তার অধিক
2A1.2	প্রসব পূর্ববর্তী সেবা গ্রহণের জন্য আপনি (আপনার স্ত্রীর) প্রথম কখন গিয়েছেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. গর্ভাবস্থার 12 সপ্তাহের কম 2. গর্ভাবস্থার 12 সপ্তাহের বেশি
2A1.3	আপনি (আপনার স্ত্রী) প্রসব পূর্ববর্তী সেবা গ্রহণের জন্য কোথায় গিয়েছিলেন? (উত্তর 4 হলে পরবর্তী প্রশ্নটি করুন অন্যথায়, 10 নং প্রশ্নে চলে যান)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Friendship হাসপাতাল 2. Non-Friendship হাসপাতাল 3. উভয় 4. বাড়ি
2A1.4	আপনি (আপনার স্ত্রী) কার কাছ প্রসব পূর্ববর্তী সেবা গ্রহণ করেছেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. দক্ষ জন্ম পরিচারিকা 2. অদক্ষ জন্ম পরিচারিকা 3. জানি না
2A1.5	আপনি (আপনার স্ত্রী) বিপদের লক্ষণ সম্পর্কে অবহিত ছিলেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না
2A1.6	আপনি কি Friendship হাসপাতালে প্রসব পূর্ববর্তী সেবা গ্রহণ করার ক্ষেত্রে কোন বাধার সম্মুখীন হয়েছেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না
2A1.7	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কি ধরনের বাধা? (একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	<ol style="list-style-type: none"> 1. শারীরিক প্রতিবন্ধকতা 2. ভাষাগত প্রতিবন্ধকতা 3. বৈষম্যের ভয় 4. হাসপাতালের কর্মচারীদের দুর্ব্যবহার 5. সেবা নেওয়ার সামর্থ্য ছিল না 6. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 7. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 8. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 9. নিম্ন মানের সেবা 10. দীর্ঘ অপেক্ষার সময় 11. ডাক্তার-রোগীর গোপনীয়তার স্বল্পতা 12. সেবা কেন্দ্র থেকে দীর্ঘ দূরত্ব

		13. পরিবহন সমস্যা 14. গোপনীয়তার অভাব 15. নিম্ন মানের স্বাস্থ্যবিধি 16. অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....
2A1.8	আপনি প্রসব পূর্ববর্তী যে পরিষেবা পেয়েছিলেন তাতে কি আপনি সন্তুষ্ট?	1. হ্যাঁ 2. না
Module 2A2: Information about PNC <i>(যদি প্রশ্ন 2A.1 নং প্রশ্নের উত্তর 2 হয় তাহলে মডিউলটি চালিয়ে যান)</i> <i>অন্যথায়, মডিউলটি এড়িয়ে যান)</i>		
2A2.1	শেষ গর্ভাবস্থায় আপনি (আপনার স্ত্রী) কতবার প্রসব পরবর্তী সেবা নিতে গিয়েছেন?	1. যায়নি 2. একবার 3. দুইবার 4. তিনবার 5. চার বা তার অধিক
2A2.2	প্রসব পরবর্তী সেবা গ্রহণের জন্য আপনি (আপনার স্ত্রীর) প্রথম কখন গিয়েছেন?	1. প্রথম ২ দিনের মধ্যে 2. ২-৭ দিন 3. ৭ দিন পর
2A2.3	আপনি (আপনার স্ত্রী) প্রসব পরবর্তী সেবা গ্রহণের জন্য কোথায় গিয়েছিলেন? <i>(উত্তর 4 হলে পরবর্তী প্রশ্নটি করুন)</i> <i>অন্যথায়, 2A2.5 নং প্রশ্নে চলে যান)</i>	1. Friendship হাসপাতাল 2. Non-Friendship হাসপাতাল 3. উভয় 4. বাড়ি
2A2.4	আপনি (আপনার স্ত্রী) কার কাছ প্রসব পরবর্তী সেবা গ্রহণ করেছেন?	1. দক্ষ জন্ম পরিচারিকা 2. অদক্ষ জন্ম পরিচারিকা 3. জানি না
2A2.5	আপনাকে কি বুকের দুধ খাওয়ানোর বিষয়ে পরামর্শ দেওয়া হয়েছে?	1. হ্যাঁ 2. না
2A2.6	আপনাকে কি মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কে পরামর্শ দেওয়া হয়েছে?	1. হ্যাঁ 2. না
2A2.7	আপনাকে কি জন্ম নিয়ন্ত্রণ সম্পর্কে পরামর্শ দেওয়া হয়েছে?	1. হ্যাঁ 2. না
2A2.8	আপনি কি Friendship হাসপাতালে প্রসব পরবর্তী সেবা গ্রহণ করার ক্ষেত্রে কোন বাধার সম্মুখীন হয়েছেন?	1. হ্যাঁ 2. না
2A2.8a	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কি ধরনের বাধা?	1. শারীরিক প্রতিবন্ধকতা 2. ভাষাগত প্রতিবন্ধকতা 3. বৈষম্যের ভয় 4. হাসপাতালের কর্মচারীদের দুর্ব্যবহার 5. সেবা নেওয়ার সামর্থ্য ছিল না

	(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	6. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 7. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 8. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 9. নিম্ন মানের সেবা 10. দীর্ঘ অপেক্ষার সময় 11. ডাক্তার-রোগীর গোপনীয়তার স্বল্পতা 12. সেবা কেন্দ্র থেকে দীর্ঘ দূরত্ব 13. পরিবহন সমস্যা 14. গোপনীয়তার অভাব 15. নিম্ন মানের স্বাস্থ্যবিধি 16. অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....
2A2.9	আপনি প্রসব পরবর্তী যে পরিষেবা পেয়েছিলেন তাতে কি আপনি সন্তুষ্ট?	1. হ্যাঁ 2. না
Module 2A3: Information about Delivery service (যদি প্রশ্ন 2A.1 নং প্রশ্নের উত্তর 3 হয় তাহলে মডিউলটি চালিয়ে যান অন্যথায়, মডিউলটি এড়িয়ে যান)		
2A3.1	আপনার কি ডেলিভারি হয়েছিল?	1. নরমাল ডেলিভারি 2. সিজারিয়ান ডেলিভারি
2A3.2	আপনি কোথায় সন্তান জন্মদান করেছেন?	1. Friendship হাসপাতাল 2. Non-Friendship হাসপাতাল 3. বাড়ি
2A3.3	সন্তান জন্মদানে কে সাহায্য করেছেন?	1. দক্ষ জন্ম পরিচারিকা 2. অদক্ষ জন্ম পরিচারিকা 3. জানি না
2A3.4	আপনার শিশুর ওজন কি ছিল?	1. স্বাভাবিক ওজন 2. কম ওজন 3. ওজন পরিমাপ করা হয়নি
2A3.5	আপনার প্রসবের সময় কোন জটিলতা ছিল?	1. হ্যাঁ 2. না
2A3.6	আপনি কি Friendship হাসপাতালে প্রসব সেবা গ্রহণ করার ক্ষেত্রে কোন বাধার সম্মুখীন হয়েছেন?	1. হ্যাঁ 2. না
2A3.6a	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কি ধরনের বাধা?	1. শারীরিক প্রতিবন্ধকতা 2. ভাষাগত প্রতিবন্ধকতা 3. বৈষম্যের ভয় 4. হাসপাতালের কর্মচারীদের দুর্ব্যবহার 5. সেবা নেওয়ার সামর্থ্য ছিল না

	(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	6. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 7. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 8. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 9. নিম্ন মানের সেবা 10. দীর্ঘ অপেক্ষার সময় 11. ডাক্তার-রোগীর গোপনীয়তার স্বল্পতা 12. সেবা কেন্দ্র থেকে দীর্ঘ দূরত্ব 13. পরিবহন সমস্যা 14. গোপনীয়তার অভাব 15. নিম্ন মানের স্বাস্থ্যবিধি 16. অন্যান্য (উল্লেখ করুন)
2A3.7	আপনি যে প্রসব পরিষেবা পেয়েছিলেন তাতে কি আপনি সন্তুষ্ট?	1. হ্যাঁ 2. না
Module 2B: Information about Child health checkups (যদি প্রশ্ন 2.4 নং প্রশ্নের উত্তর 3 হয় তাহলে মডিউলটি চালিয়ে যান অন্যথায়, মডিউলটি এড়িয়ে যান)		
2B.1	শিশু স্বাস্থ্য পরিচর্যার কোন সেবা নেওয়ার জন্য আপনি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে গিয়েছিলেন? (একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	1. প্রসব পরবর্তী যত্ন 2. টিকাদান 3. অসুস্থতা
Module 2B1: Information about PNC (যদি প্রশ্ন 2B.1 নং প্রশ্নের উত্তর 1 হয় তাহলে মডিউলটি চালিয়ে যান অন্যথায়, মডিউলটি এড়িয়ে যান)		
2B1.1	শেষ সন্তান প্রসবের সময় আপনার সন্তানকে কতবার প্রসব পরবর্তী সেবাদিতে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে নিয়ে গিয়েছেন?	1. যায়নি 2. একবার 3. দুইবার 4. তিনবার 5. চার বা তার অধিক
2B1.2	সন্তানকে প্রসব পরবর্তী সেবা দেবার জন্য আপনি প্রথম কখন গিয়েছেন?	1. প্রথম ২ দিনের মধ্যে 2. ২-৭ দিন 3. ৭ দিন পর
2B1.3	আপনি (আপনার স্ত্রী) প্রসব পরবর্তী সেবা গ্রহণের জন্য কোথায় গিয়েছিলেন? (উত্তর 4 হলে পরবর্তী প্রশ্নটি করুন অন্যথায়, 2B1.5 নং প্রশ্নে চলে যান)	1. Friendship হাসপাতাল 2. Non-Friendship হাসপাতাল 3. উভয় 4. বাড়ি
2B1.4	কে আপনার সন্তানকে প্রসব পরবর্তী সেবা দিয়েছিলেন?	1. দক্ষ জন্ম পরিচারিকা 2. অদক্ষ জন্ম পরিচারিকা 3. জানি না
2B1.5	আপনি কখন আপনার সন্তানকে প্রথমে বুকের দুধ দিয়েছিলেন?	1. জন্মের ১ম ঘণ্টার মধ্যে 2. ২ ঘণ্টা থেকে প্রথম দিন পর্যন্ত

		3. ১ দিন পর 4. ১-৩ দিনের মধ্যে 5. ৩ দিন পর
2B1.6	আপনাকে কি শিশুদের বিপদ লক্ষণ সম্পর্কে সতর্ক করা হয়েছে?	1. হ্যাঁ 2. না
2B1.7	আপনি কি Friendship হাসপাতালে আপনার সন্তানের জন্য প্রসব পরবর্তী সেবা গ্রহণ করার ক্ষেত্রে কোন বাধার সম্মুখীন হয়েছেন?	1. হ্যাঁ 2. না
2B1.7a	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কি ধরনের বাধা? <div style="text-align: center;">(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)</div>	1. শারীরিক প্রতিবন্ধকতা 2. ভাষাগত প্রতিবন্ধকতা 3. বৈষম্যের ভয় 4. হাসপাতালের কর্মচারীদের দুর্ব্যবহার 5. সেবা নেওয়ার সামর্থ্য ছিল না 6. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 7. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 8. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 9. নিম্ন মানের সেবা 10. দীর্ঘ অপেক্ষার সময় 11. ডাক্তার-রোগীর গোপনীয়তার স্বল্পতা 12. সেবা কেন্দ্র থেকে দীর্ঘ দূরত্ব 13. পরিবহন সমস্যা 14. গোপনীয়তার অভাব 15. নিম্ন মানের স্বাস্থ্যবিধি 16. অন্যান্য (উল্লেখ করুন)
2B1.8	প্রসব পরবর্তী সেবা গ্রহণ করার সময় আপনার সন্তানের যে পরিষেবা পেয়েছিলেন তাতে কি আপনি সন্তুষ্ট?	1. হ্যাঁ 2. না
Module 2B2: Information about Immunization of children <i>(যদি প্রশ্ন 2B.1 নং প্রশ্নের উত্তর 2 হয় তাহলে মডিউলটি চালিয়ে যান অন্যথায়, মডিউলটি এড়িয়ে যান)</i>		
2B2.1	আপনার বাচ্চা কি টিকা কার্ড আছে? <i>(যদি হ্যাঁ পরবর্তী প্রশ্নটি করুন, না হলে 2B2.2 নং প্রশ্নে যান)</i>	1. হ্যাঁ 2. না
2B2.2	আপনার বাচ্চাদের কি বয়স অনুযায়ী সঠিক টিকা দেওয়া হয়েছে?	1. হ্যাঁ 2. না

2B2.3	আপনার বাচ্চার টিকা কার্ড কেন নেই?	<ol style="list-style-type: none"> 1. শিশুদের টিকা দেওয়ার সুযোগ পাননি 2. শিশুদের টিকা দেওয়ার ব্যবস্থা ছিল না 3. টিকাদানে বিশ্বাস নেই
2B2.4	আপনি কি ফ্রেন্ডশিপ হাসপাতালে টিকা পরিষেবা গ্রহণ করার ক্ষেত্রে কোন বাধার সম্মুখীন হয়েছেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না
2B2.4a	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কি ধরনের বাধা? <i>(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. শারীরিক প্রতিবন্ধকতা 2. ভাষাগত প্রতিবন্ধকতা 3. বৈষম্যের ভয় 4. হাসপাতালের কর্মচারীদের দুর্ব্যবহার 5. সেবা নেওয়ার সামর্থ্য ছিল না 6. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 7. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 8. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 9. নিম্ন মানের সেবা 10. দীর্ঘ অপেক্ষার সময় 11. ডাক্তার-রোগীর গোপনীয়তার স্বল্পতা 12. সেবা কেন্দ্র থেকে দীর্ঘ দূরত্ব 13. পরিবহন সমস্যা 14. গোপনীয়তার অভাব 15. নিম্ন মানের স্বাস্থ্যবিধি 16. অন্যান্য (উল্লেখ করুন)
2B2.5	আপনার সন্তানের জন্য টিকাদানের যে পরিষেবা পেয়েছিলেন তাতে কি আপনি সন্তুষ্ট?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না
Module 2B3: Information about health seeking for acute illness of children <i>(যদি প্রশ্ন 2B.1 নং প্রশ্নের উত্তর 3 হয় তাহলে মডিউলটি চালিয়ে যান অন্যথায়, মডিউলটি এড়িয়ে যান)</i>		
2B3.1	আপনাকে কি অন্য সেবাকেন্দ্রে রেফার করা হয়েছে?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না
2B3.1a	যদি হ্যাঁ হয়, আপনি কি রেফার করার কারণ জানেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 2. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 3. ডায়াগনস্টিক পরীক্ষার অপ্রাপ্যতা 4. অবস্থা সঙ্কটজনক ছিল

		5. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 6. জানি না
2B3.2	আপনি কি ফ্রেন্ডশিপ হাসপাতালে আপনার সন্তানের জন্য অসুস্থতার সেবা গ্রহণ করতে কোন বাধার সম্মুখীন হয়েছেন?	1. হ্যাঁ 2. না
2B3.2a	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কি ধরনের বাধা? <i>(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)</i>	1. শারীরিক প্রতিবন্ধকতা 2. ভাষাগত প্রতিবন্ধকতা 3. বৈষম্যের ভয় 4. হাসপাতালের কর্মচারীদের দুর্ব্যবহার 5. সেবা নেওয়ার সামর্থ্য ছিল না 6. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 7. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 8. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 9. নিম্ন মানের সেবা 10. দীর্ঘ অপেক্ষার সময় 11. ডাক্তার-রোগীর গোপনীয়তার স্বল্পতা 12. সেবা কেন্দ্র থেকে দীর্ঘ দূরত্ব 13. পরিবহন সমস্যা 14. গোপনীয়তার অভাব 15. নিম্ন মানের স্বাস্থ্যবিধি 16. অন্যান্য (উল্লেখ করুন)
2B3.3	আপনার সন্তানের অসুস্থতার সময় আপনি যে পরিষেবা পেয়েছিলেন তাতে কি আপনি সন্তুষ্ট?	1. হ্যাঁ 2. না
2.4a	<i>(2.4 নং প্রশ্নের উত্তর 4 হলে জিজ্ঞাসা করুন অন্যথায় প্রশ্নটি এড়িয়ে যান)</i> পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবার কোন সেবা নেওয়ার জন্য আপনি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে গিয়েছেন? <i>(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)</i>	1. জন্মনিয়ন্ত্রক সংগ্রহ 2. গর্ভাবস্থার জন্য পরামর্শ 3. গর্ভপাতের পরামর্শ 4. জন্ম নিয়ন্ত্রনের পরামর্শ 5. গর্ভপাত
2.4b	<i>(2.4 নং প্রশ্নের উত্তর 6 হলে জিজ্ঞাসা করুন অন্যথায় প্রশ্নটি এড়িয়ে যান)</i> প্রজনন স্বাস্থ্য পরিষেবার কোন কোন সেবা নেওয়ার জন্য আপনি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে গিয়েছেন?	1. অন্তরঙ্গ সঙ্গীর সাথে সহিংসতা 2. ক্লিনিকাল ব্যবস্থাপনা

	<i>(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)</i>	
2.5	স্বাস্থ্য সেবার জন্য যখন গিয়েছেন, আপনার কি মনে হয়, আপনি সঠিক চিকিৎসা পেয়েছেন?	1. হ্যাঁ 2. না 3. আংশিক
2.6	আপনাকে কি অন্য সেবাকেন্দ্রে রেফার করা হয়েছে? <i>(যদি হ্যাঁ পরবর্তী প্রশ্নটি করুন, না হলে 2.7 নং প্রশ্নে যান)</i>	1. হ্যাঁ 2. না
2.6a	যদি হ্যাঁ হয়, আপনি কি রেফার করার কারণ জানেন?	1. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 2. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 3. ডায়াগনস্টিক পরীক্ষার অপ্রাপ্যতা 4. অবস্থা সঙ্কটজনক ছিল 5. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 6. জানি না
2.6b	আপনাকে যদি অন্য স্বাস্থ্যকেন্দ্রে রেফার করা হয় তবে রেফারেল প্রক্রিয়াটি বোঝা এবং মেনে চলা কি সহজ ছিল?	1. হ্যাঁ 2. না
2.7	সামর্থ্যের অভাবে আপনি কি কখনো স্বাস্থ্য কেন্দ্র থেকে চলে এসেছেন?	1. হ্যাঁ 2. না
2.7a	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে এটি কেমন ঘটে?	1. কখনো কখনো 2. মাঝেমাঝে 3. প্রায়ই 4. সবসময়
2.8	আপনি যদি উভয় (Friendship এবং non-Friendship) স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যান, আপনার স্বাস্থ্যকেন্দ্রের অভিজ্ঞতার কি পার্থক্য ছিল?	1. হ্যাঁ 2. না 3. প্রযোজ্য নয়
2.9	স্বাস্থ্যসেবা নেওয়ার সময় আপনি কি বৈষম্যের শিকার হয়েছেন?	1. হ্যাঁ 2. না
2.9a	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কি ধরনের বৈষম্য তা উল্লেখ করুন- <i>(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)</i>	1. জাতিগত ভিত্তিতে 2. উদ্বাস্তু অবস্থার উপর ভিত্তি করে 3. ধর্মের উপর ভিত্তি করে 4. লিঙ্গের উপর ভিত্তি করে 5. অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

Module 3: Perceptions of health facilities related Information		
3.1	আপনি এই স্বাস্থ্য কেন্দ্রে প্রদত্ত স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবার মানকে কীভাবে মূল্যায়ন করবেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. খুব ভালো 2. ভাল 3. মোটামুটি 4. খারাপ 5. খুব খারাপ
3.2	আপনি স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের মনোভাব এবং আচরণকে কীভাবে মূল্যায়ন করবেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. খুব ভালো 2. ভাল 3. মোটামুটি 4. খারাপ 5. খুব খারাপ
3.3	স্বাস্থ্য কেন্দ্রে যতটুকু সময় আপনাকে স্বাস্থ্যসেবার জন্য দেওয়া হয়েছিল তা আপনার কেমন মনে হয়েছিল?	<ol style="list-style-type: none"> 1. খুব ভালো 2. ভাল 3. মোটামুটি 4. খারাপ 5. খুব খারাপ
3.4	স্বাস্থ্যকেন্দ্রে থাকাকালীন সময় কি আপনার সাথে যথাযথ মর্যাদা এবং সম্মান সঙ্গে আচরণ করা হয়?	<ol style="list-style-type: none"> 1. সবসময় 2. মাঝে মাঝে 3. কখনো কখনো 4. কখনই না
3.5	আপনি কি কখনও বিপরীত লিঙ্গের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে চিকিৎসা গ্রহণে অস্বস্তি অনুভব করেছেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না
3.6	আপনি কি বিশ্বাস করেন যে প্রদত্ত স্বাস্থ্যসেবাগুলি বয়স, লিঙ্গ এবং উদ্বাস্তু অবস্থা নির্বিশেষে সকলের জন্য সমানভাবে প্রযোজ্য থাকে?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না 3. আমি নিশ্চিত নই
3.7	আপনি সাধারণত যে স্বাস্থ্য কেন্দ্রে যান সেখানে আপনার সামগ্রিক অভিজ্ঞতাকে আপনি কীভাবে মূল্যায়ন করবেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. খুব ভালো 2. ভাল 3. মোটামুটি 4. খারাপ 5. খুব খারাপ

Module 4: Health-seeking behavior related Information		
4.1	স্বাস্থ্য কেন্দ্রে আপনার অভিজ্ঞতা কি ভবিষ্যতে স্বাস্থ্যসেবা নেয়ার জন্য আপনার সিদ্ধান্তকে প্রভাবিত করেছে?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ, ইতিবাচকভাবে 2. হ্যাঁ, নেতিবাচকভাবে 3. কোন প্রভাব নেই
4.1a	যদি নেতিবাচক হয়, তাহলে কেন? (একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	<ol style="list-style-type: none"> 1. শারীরিক প্রতিবন্ধকতা 2. ভাষাগত প্রতিবন্ধকতা 3. বৈষম্যের ভয় 4. হাসপাতালের কর্মচারীদের দুর্ব্যবহার 5. সেবা নেওয়ার সামর্থ্য ছিল না 6. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 7. ওষুধের অপ্রাপ্যতা

		8. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 9. নিম্ন মানের সেবা 10. দীর্ঘ অপেক্ষার সময় 11. ডাক্তার-রোগীর গোপনীয়তার স্বল্পতা 12. সেবা কেন্দ্র থেকে দীর্ঘ দূরত্ব 13. পরিবহন সমস্যা 14. গোপনীয়তার অভাব 15. সুবিধার দরিদ্র স্বাস্থ্যবিধি 16. লিঙ্গ-নির্দিষ্ট বা সংবেদনশীল পরিষেবার অভাব 17. বয়স-নির্দিষ্ট বা সংবেদনশীল পরিষেবার অভাব 18. অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....
4.2	কোনো স্বাস্থ্য সমস্যার সম্মুখীন হলে আপনি কি একই স্বাস্থ্য কেন্দ্রে সেবা নিতে চাইবেন?	1. হ্যাঁ 2. না
4.3	এমন সময় কি হয়েছে যখন আপনার স্বাস্থ্যসেবার প্রয়োজন ছিল কিন্তু তা নেন নি?	1. হ্যাঁ 2. না
4.3a	যদি হ্যাঁ, কি কারণ ছিল? (একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	1. শারীরিক প্রতিবন্ধকতা 2. ভাষাগত প্রতিবন্ধকতা 3. বৈষম্যের ভয় 4. হাসপাতালের কর্মচারীদের দুর্ব্যবহার 5. সেবার সামর্থ্য ছিল না 6. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 7. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 8. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 9. নিম্ন মানের সেবা 10. দীর্ঘ অপেক্ষার সময় 11. ডাক্তার-রোগীর গোপনীয়তার স্বল্পতা 12. সেবা কেন্দ্র থেকে দীর্ঘ দূরত্ব 13. পরিবহন সমস্যা 14. গোপনীয়তার অভাব 15. সুবিধার দরিদ্র স্বাস্থ্যবিধি 16. লিঙ্গ-নির্দিষ্ট বা সংবেদনশীল পরিষেবার অভাব 17. বয়স-নির্দিষ্ট বা সংবেদনশীল পরিষেবার অভাব 18. সেবাকেন্দ্রটি সাহায্য করতে পারে বা রোগ চিকিৎসায়োগ্য বলে বিশ্বাস করেননি

		19. অন্যান্য (উল্লেখ করুন)
4.4	আপনি কি Friendship/ non-Friendship হাসপাতালে স্বাস্থ্যসেবা পাওয়ার ক্ষেত্রে কোনো বাধার সম্মুখীন হয়েছেন?	1. হ্যাঁ 2. না
4.4a	যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে কি ধরনের বাধা? (একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	1. শারীরিক প্রতিবন্ধকতা 2. ভাষাগত প্রতিবন্ধকতা 3. বৈষম্যের ভয় 4. হাসপাতালের কর্মচারীদের দুর্ব্যবহার 5. সেবার সামর্থ্য ছিল না 6. পরিষেবার অপ্রাপ্যতা 7. ওষুধের অপ্রাপ্যতা 8. চিকিৎসকের অনুপস্থিতি 9. নিম্ন মানের সেবা 10. দীর্ঘ অপেক্ষার সময় 11. ডাক্তার-রোগীর গোপনীয়তার স্বল্পতা 12. সেবা কেন্দ্র থেকে দীর্ঘ দূরত্ব 13. পরিবহন সমস্যা 14. গোপনীয়তার অভাব 15. সুবিধার দরিদ্র স্বাস্থ্যবিধি 16. লিঙ্গ-নির্দিষ্ট বা সংবেদনশীল পরিষেবার অভাব 17. বয়স-নির্দিষ্ট বা সংবেদনশীল পরিষেবার অভাব 18. অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

Module 5: Satisfaction and quality of service-related Information		
5.1	আপনি সাধারণত যে স্বাস্থ্য কেন্দ্রে যান সেখানে প্রদত্ত পরিষেবা নিয়ে আপনি কি সন্তুষ্ট?	1. হ্যাঁ 2. না
5.2	স্বাস্থ্য কেন্দ্রে অপেক্ষমান সময়কে আপনি কীভাবে মূল্যায়ন করবেন?	1. খুব ভালো 2. ভাল 3. মোটামুটি 4. খারাপ 5. খুব খারাপ
5.3	আপনি কি বিশ্বাস করেন যে প্রদত্ত স্বাস্থ্য পরিষেবাগুলি গ্রহণযোগ্য, সশ্রমী এবং সহজ প্রবেশাধিকার? (একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)	1. গ্রহণযোগ্য 2. সশ্রমী 3. সহজ প্রবেশাধিকার 4. উপরের কোনটিই নয়

5.4	আপনি কীভাবে স্বাস্থ্য কেন্দ্রের প্রবেশাধিকারতাকে মূল্যায়ন করেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. খুব ভালো 2. ভাল 3. মোটামুটি 4. খারাপ 5. খুব খারাপ
5.5	আপনার মতে, স্বাস্থ্য কেন্দ্রের স্বাস্থ্যকর্মীরা কি পর্যাপ্ত প্রশিক্ষিত?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না 3. নিশ্চিত নই
5.6	NGO স্বাস্থ্য কেন্দ্র গুলিতে আপনার পরামর্শের বা সেবা প্রদানের সময় প্রদত্ত গোপনীয়তাকে আপনি কীভাবে মূল্যায়ন করবেন?	<ol style="list-style-type: none"> 1. খুব ভালো 2. ভাল 3. মোটামুটি 4. খারাপ 5. খুব খারাপ
5.7	স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে ওষুধের পর্যাপ্ততা আছে কি?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ, সবসময় পাওয়া যায় 2. হ্যাঁ, কখনও কখনও পাওয়া যায় 3. খুব কমই পাওয়া যায় 4. কখনই পাওয়া যায় না 5. আমি নিশ্চিত নই
5.8	স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে আপনার পরিদর্শনের পর কি কোন ফলো-আপ ব্যবস্থা আছে?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না 3. নিশ্চিত নই
5.9	আপনি কি বিশ্বাস করেন যে বিভিন্ন ব্যক্তির (শিশু, বয়স্ক, মহিলা, প্রতিবন্ধী ইত্যাদি) বিভিন্ন চাহিদা বিবেচনা করে প্রদত্ত স্বাস্থ্যসেবাগুলি উপযুক্ত?	<ol style="list-style-type: none"> 1. হ্যাঁ 2. না 3. নিশ্চিত নই

Module 6: Desired changes related Information		
6.1	<p>আপনার সন্তুষ্টি এবং ব্যবহার যোগ্যতা বাড়াতে আপনি স্বাস্থ্য সুবিধায় কী পরিবর্তন দেখতে চান?</p> <p style="text-align: center;">(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. কর্মীদের উন্নত মনোভাব 2. সেবার উন্নত মান 3. কম অপেক্ষমান সময় 4. পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতার এবং স্বাস্থ্যবিধির মান বাড়ানো 5. পরামর্শের বা সেবা প্রদানের সময় আরও গোপনীয়তা বৃদ্ধি 6. ওষুধের প্রাপ্যতা বৃদ্ধি 7. আরও সহজে আসা যায় এমন অবস্থান 8. প্রতিবন্ধীদের স্বাস্থ্যকেন্দ্রে আসার জন্য আরও ভাল সুবিধা 9. আরও সশ্রমী মূল্যের পরিষেবা 10. কোনোটিই নয় 11. অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....

6.2	আপনার পূর্ববর্তী পরিদর্শন (৬ মাসের মধ্যে) থেকে আপনি কি স্বাস্থ্য সুবিধার কোন পরিবর্তন দেখেছেন?	<ol style="list-style-type: none"> হ্যাঁ, ইতিবাচক পরিবর্তন হ্যাঁ, নেতিবাচক পরিবর্তন কোন পরিবর্তন নেই জানি না
6.3	আপনি কি আরও বিশেষায়িত পরিষেবার জন্য স্বাস্থ্য সুবিধা পছন্দ করবেন?	<ol style="list-style-type: none"> হ্যাঁ না নিশ্চিত নই
6.4	আপনি কি স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের আচরণে কোন পরিবর্তনের সুপারিশ করবেন?	<ol style="list-style-type: none"> হ্যাঁ না নিশ্চিত নই
6.5	<p>স্বাস্থ্য সুবিধাকে সবার জন্য আরও সহজলভ্য এবং ন্যায্যসম্পত্ত করতে কী পরিবর্তন করা যেতে পারে?</p> <p>(একাধিক উত্তর প্রযোজ্য)</p>	<ol style="list-style-type: none"> প্রতিবন্ধীদের স্বাস্থ্যকেন্দ্রে আসার জন্য আরও ভাল সুবিধা যারা স্থানীয় ভাষায় কথা বলতে পারে না তাদের জন্য অনুবাদ পরিষেবা লিঙ্গ-সংবেদনশীল পরিষেবা বয়স-সংবেদনশীল পরিষেবা অন্যান্য (উল্লেখ করুন).....