

A1. জেলার নাম: <input type="checkbox"/> বাগেরহাট <input type="checkbox"/> বগুড়া <input type="checkbox"/> নাটোর <input type="checkbox"/> টাঙ্গাইল <input type="checkbox"/> হবিগঞ্জ A2. উপজেলার নাম:								Household ID:			
								Respondent ID:			
<p>দ্রষ্টব্য: একটি পরিবারের সর্বাধিক পাঁচজন সদস্যদের তথ্য নিতে হবে। ৫ জন সদস্যের বন্টন হবে এইভাবে: পরিবারের প্রধান এবং তার স্ত্রীকে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। যদি কোন পরিবারে গর্ভবতী (গত ১ বছরে বা বর্তমানে কমপক্ষে ৩ মাসের জন্য গর্ভবতী) বা স্তন্যদানকারী (গত বছরের যে কোনও সময়) থাকে তবে সেই সদস্যদের অবশ্যই অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। পরিবারে দুজন বয়স্ক লোক (৬০ বছরের অধিক) থাকলে, দুজনকেই অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। তবে, যদি বয়স্ক লোক ২ জনের বেশি হয় এবং নারী-পুরুষ উভয়ই থাকে, তাহলে ১ জন বয়স্ক পুরুষ এবং ১ জন বয়স্ক মহিলাকে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। যদি বয়স্ক লোকের মধ্যে শুধু নারী বা শুধু পুরুষ থাকে (কোন লিঙ্গ বৈচিত্র্য না থাকে), তবে তাদের মধ্যে যেকোন ২ জনকে কেবল অন্তর্ভুক্ত করতে হবে।</p>											
Module 1: Demographic information of the respondent											
ID	নাম (প্রথম ৩ অক্ষর)	1.1. অংশগ্রহণকারীর ধরন	1.2. লিঙ্গ	1.3. বয়স	1.4. ওজন	1.5. উচ্চতা	1.6. বৈবাহিক অবস্থা	1.7. সর্বোচ্চ শিক্ষাগত যোগ্যতা	1.8. প্রাথমিক পেশা	1.9. গর্ভাবস্থা	1.10. দুগ্ধদান
		1. পরিবারের প্রধান 2. অন্যান্য	1. পুরুষ 2. মহিলা 3. তৃতীয় লিঙ্গ	বছরে	কেজিতে	সে.মি. এ	1. বিবাহিত 2. অবিবাহিত 3. বিধবা /বিপত্নিক 4. বিবাহবিচ্ছেদ	1. প্রাইমারি (১-৫ বছর) 2. মাধ্যমিক / উচ্চ বিদ্যালয় (৬-১০ বছর) 3. উচ্চ মাধ্যমিক (১১-১২ বছর) 4. বিশ্ববিদ্যালয় / অধিক (>১২ বছর) 5. মাদ্রাসা 6. কখনও স্কুলে যায়নি	1. কৃষি 2. প্রানী পালন 3. মাছ ধরা / জেলে 4. সেবামূলক কাজ 5. ব্যবসা 6. দিন মজুর 7. প্রফেশনাল (ডাক্তার /আইনজীবী/শিক্ষক) 8. বাড়িতে উৎপাদনশীল কাজ 9. গাড়ী চালানো 10. শিক্ষার্থী 11. গৃহবধূ 12. ভিক্ষুক 13. বেকার 14. অন্যান্য	8৫ বছরের নিচের মহিলাদের জিজ্ঞাসা করুন, যে বিগত ১ বছরে গর্ভবতী ছিলেন অথবা বর্তমানে অন্তত ৩ মাসের গর্ভবতী কিনা? 1. হ্যাঁ 2. না	8৫ বছরের নিচের মহিলাদের জিজ্ঞাসা করুন, যে বিগত ১ বছরের মধ্যে যেকোনো সময় স্তন্যদানকে বুকের দুধ পান করিয়েছেন কিনা? 1. হ্যাঁ 2. না
০১											
০২											
০৩											
০৪											
০৫											

Module 2: Socio-economic information of the households				
2.1. পরিবারের মোট সদস্য সংখ্যা	2.2. মোট ২ বছরের নিচে শিশুর সংখ্যা	2.3. পরিবারে ৬০ বছরের অধিক মোট প্রবীণ ব্যক্তির সংখ্যা	2.4. পরিবারে ১৮ বছরের অধিক মোট উপার্জনক্ষম ব্যক্তির সংখ্যা	2.5. পরিবারের মোট মাসিক ইনকাম (বাংলাদেশি টাকায়)

Module 3: Information about diseases and disabilities							
Question		Options/Answers	Member 1	Member 2	Member 3	Member 4	Member 5
3.1	যেকোনো রোগ বা অসুস্থতা এর জন্য আপনি সর্বশেষ কোথা থেকে চিকিৎসা সেবা নিয়েছেন? হ্যাঁ = ১; না = ২ [দ্রষ্টব্যঃ একের অধিক উত্তর হতে পারে]	সরকারি হাসপাতাল	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		বেসরকারি স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		এনজিও ক্লিনিক	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		হোমিওপ্যাথি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		কবিরাজ / ওঝা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ওষুধ এর দোকান/ ফার্মেসি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		কমিউনিটি ক্লিনিক	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		অন্যান্য (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2	আপনার কি দীর্ঘমেয়াদি কোন রোগ আছে?	1. হ্যাঁ 2. না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2a	যদি 3.2 এর উত্তর “হ্যাঁ” হয়, প্রশ্ন 3.2a 3.2b জিজ্ঞাসা করুন। সেই রোগটি/রোগগুলি কি কি? হ্যাঁ = ১; না = ২ [দ্রষ্টব্যঃ একের অধিক উত্তর হতে পারে]	ডায়াবেটিস	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		উচ্চ রক্ত চাপ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		দীর্ঘস্থায়ী কিডনি রোগ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		দীর্ঘস্থায়ী শ্বাসযন্ত্রের রোগ (ব্রঙ্কাইটিস / সিওপিডি / হাঁপানি)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		দীর্ঘস্থায়ী হৃদরোগ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ক্যান্সার	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		স্ট্রোক/অন্যান্য CVD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		অন্যান্য (_____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question	Options/Answers	Member 1	Member 2	Member 3	Member 4	Member 5
3.2b	আপনার দীর্ঘমেয়াদি রোগের জন্য বর্তমানে কোন চিকিৎসা নিচ্ছেন/কোন ওষুধ সেবন করছেন?	1. হ্যাঁ 2. না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3a	আপনার কি চোখে দেখতে অসুবিধা হয় (যদি চশমা ব্যবহার করেন, চশমা ব্যবহার করেও কি আপনার দেখতে সমস্যা হয়)?	1. না, কোন অসুবিধা নেই 2. হ্যাঁ, কিছু অসুবিধা	3. হ্যাঁ, অনেক অসুবিধা 4. একেবারেই করতে পারেন না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3b	আপনার কি কানে শুনতে অসুবিধা হয় (যদি শ্রবণযন্ত্র ব্যবহার করেন, তা ব্যবহার করলেও কি শুনতে অসুবিধা হয়)?	1. না, কোন অসুবিধা নেই 2. হ্যাঁ, কিছু অসুবিধা	3. হ্যাঁ, অনেক অসুবিধা 4. একেবারেই করতে পারেন না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3c	আপনার কি হাঁটতে বা উপরে উঠতে অসুবিধা হয়?	1. না, কোন অসুবিধা নেই 2. হ্যাঁ, কিছু অসুবিধা	3. হ্যাঁ, অনেক অসুবিধা 4. একেবারেই করতে পারেন না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3d	আপনার কি মনে রাখতে বা মনোযোগ দিতে অসুবিধা হয়?	1. না, কোন অসুবিধা নেই 2. হ্যাঁ, কিছু অসুবিধা	3. হ্যাঁ, অনেক অসুবিধা 4. একেবারেই করতে পারেন না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3e	আপনার কি নিজের কাজ নিজে করতে অসুবিধা হয় (যেমন, গোসল/স্নান, কাপড় পরা, ইত্যাদি)?	1. না, কোন অসুবিধা নেই 2. হ্যাঁ, কিছু অসুবিধা	3. হ্যাঁ, অনেক অসুবিধা 4. একেবারেই করতে পারেন না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3f	স্বাভাবিক ভাষা ব্যবহার করে, আপনার কি যোগাযোগ করতে অসুবিধা হয় (যেমন আপনার ভাষা অন্যের বুঝতে কষ্ট হয়)?	1. না, কোন অসুবিধা নেই 2. হ্যাঁ, কিছু অসুবিধা	3. হ্যাঁ, অনেক অসুবিধা 4. একেবারেই করতে পারেন না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3g	আপনার কি হাত এবং আঙ্গুল ব্যবহার করে কাজ করতে অসুবিধা হয়?	1. না, কোন অসুবিধা নেই 2. হ্যাঁ, কিছু অসুবিধা	3. হ্যাঁ, অনেক অসুবিধা 4. একেবারেই করতে পারেন না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4a	আপনি কি কখনও কোভিড-১৯ এ আক্রান্ত হয়েছেন?	1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা / কখনও পরীক্ষা করে নাই	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4b	যদি 3.4a এর উত্তর হ্যাঁ হয়, কতবার আক্রান্ত হয়েছেন?	1. একবার 2. দুইবার 3. তিনবার/অধিক	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5	আপনি বাদে, আপনার পরিবারের কোনো সদস্য কি কখনও COVID-19-এ আক্রান্ত হয়েছেন?	1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা / কখনও পরীক্ষা করে নাই	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Module 4: Level of awareness regarding COVID-19 vaccine

Question		Options/Answers	Member 1	Member 2	Member 3	Member 4	Member 5
4.1	আপনি কি কোভিড-১৯ ভ্যাকসিন সম্পর্কে শুনেছেন? উত্তর না হলে, পরবর্তী মডিউল এ যান	1. হ্যাঁ 2. না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2	আপনি কি জানেন যে আপনার এলাকায় কোভিড-১৯ ভ্যাকসিন পাওয়া যায়?	1. হ্যাঁ 2. না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3	আপনি কি জানেন যে টিকা কোভিড-১৯ নিয়ন্ত্রণ করতে পারে?	1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4	আপনার কি কোভিড-১৯ টিকার বুস্টার ডোজ সম্পর্কে কোন ধারণা আছে?	1. হ্যাঁ 2. না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5	যদি 4.1 থেকে 4.4 এর যেকোনো একটির উত্তর হ্যাঁ হয়, কার থেকে/কোথা থেকে আপনি এই তথ্যটি/তথ্যগুলো পেয়েছেন? হ্যাঁ = 1; না = 2 <i>[দ্রষ্টব্যঃ একের অধিক উত্তর হতে পারে]</i>	যেকোনো সরকারি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের মাধ্যমে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ব্র্যাকের স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের মাধ্যমে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		অন্যান্য এনজিও এর স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের মাধ্যমে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		এলাকায় টিকাদান ক্যাম্পেইন এর মাধ্যমে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		মাল্টিমিডিয়া (টিভি, রেডিও, মোবাইল) মাধ্যমে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		পরিবার / বন্ধু / প্রতিবেশী এর মাধ্যমে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		অন্যান্য ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6	আপনি কি মনে করেন যে কোভিড-১৯ ভ্যাকসিনের কিছু পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া থাকতে পারে?	1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6a	যদি 4.6 এর উত্তর হ্যাঁ হয়, তাহলে টিকা দেওয়ার পর শরীরে কোন ধরনের পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া দেখা দিতে পারে?	1. প্রাথমিক পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া (জ্বর, মাথাব্যথা, বমি) 2. গুরুতর পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া (জীবনের জন্য হুমকিস্বরূপ) 3. কোন ধারণা নেই	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Module 5: Vaccination status, willingness and hesitancy to vaccinate							
Question		Options/Answers	Member 1	Member 2	Member 3	Member 4	Member 5
5.1	আপনি কি কোভিড-১৯ এর টিকা নিয়েছেন? [যদি হ্যাঁ হয়, 5.1a থেকে শুরু করুন যদি না হয়, 5.2 তে যান]	1. হ্যাঁ 2. না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1a	আপনি কত ডোজ পেয়েছেন?	1. এক ডোজ 2. দুই ডোজ 3. তিন ডোজ বা অধিক	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1b	প্রথম ডোজ এর টিকা কোথা থেকে নিয়েছিলেন?	1. সরকারি টিকা 2. ব্র্যাক থেকে 3. অন্যান্য বেসরকারী প্রতিষ্ঠান থেকে	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1c	দ্বিতীয় বা পরবর্তী ডোজ এর টিকা কোথা থেকে নিয়েছিলেন?	1. সরকারি টিকা 2. ব্র্যাক থেকে 3. অন্যান্য বেসরকারী প্রতিষ্ঠান থেকে 4. প্রয়োজ্য নয় (যারা দ্বিতীয় বা পরবর্তী ডোজ নেয়নি)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1d	আপনি কি টিকা নেওয়ার পর কোন উপসর্গে ভুগছেন?	1. হ্যাঁ 2. না	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.1d1	যদি 5.1d “হ্যাঁ” হয়, তাহলে উপসর্গ/ উপসর্গগুলি কী ছিল? হ্যাঁ = 1; না = 2 [দ্রষ্টব্যঃ একের অধিক উত্তর হতে পারে]	ক্লান্তি	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		জ্বর	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		মাথাব্যথা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ইনজেকশন এর স্থানে ব্যথা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		অবসাদ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ফোলা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		পেশী ব্যথা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		বমি বমি ভাব	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		অন্যান্য ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.2	আপনি কি ভ্যাকসিন দিতে ইচ্ছুক যদি একটি নিরাপদ এবং কার্যকর ভ্যাকসিন খরচ ছাড়াই পাওয়া যায়?	1. হ্যাঁ (গ্রহণযোগ্যতা) 2. না (প্রত্যাখ্যান) 3. নিশ্চিত নই (সংকোচ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.3	আপনি কি মনে করেন কোভিড-১৯ টিকা আপনার কাছে যেকোন সময় পাওয়া যাবে?	1. হ্যাঁ 2. না 3. জানিনা	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Module 6: Quality of life

এ অংশের মূল্যায়ন, আপনি আপনার জীবন, স্বাস্থ্য জীবনের অন্যান্য দিক সম্পর্কে কি ভাবেন, সে সম্পর্কে দয়া করে সবগুলো প্রশ্নের উত্তর দিন। যদি কোন প্রশ্নের উত্তর কি হবে না বুঝেন তবে যেটিকে সবচেয়ে সঠিক মনে হবে সেই উত্তরটি দিন। এটা প্রায়ই প্রথম উত্তর হতে পারে। সবগুলো প্রশ্ন পড়ুন, আপনার অনুভূতি যাচাই করুন এবং পাশের ছকে যে উত্তরটি সবচেয়ে সঠিক মনে হবে সে নম্বরটিতে টিক করুন।

	Question	খুব খারাপ	খারাপ	ভালও নয় খারাপও নয়	ভাল	খুব ভাল
6.1	আপনার জীবনযাত্রার মান কেমন?	১	২	৩	৪	৫
		খুব অসন্তুষ্ট	অসন্তুষ্ট	সন্তুষ্টও নয় অসন্তুষ্টও নয়	সন্তুষ্ট	খুব সন্তুষ্ট
6.2	আপনার স্বাস্থ্য নিয়ে কী আপনি সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫

নিচের প্রশ্নগুলো গত দুসপ্তাহে নিম্নবর্ণিত অভিজ্ঞতাগুলো কি পরিমাণে হয়েছে সে সম্পর্কে

		একদম না	কম	মোটামুটি	বেশী	খুব বেশী
6.3	শারীরিক ব্যাথার জন্যে আপনি প্রয়োজনীয় কাজ থেকে কতটুকু বিরত ছিলেন?	১	২	৩	৪	৫
6.4	আপনার দৈনন্দিন কার্যক্রম ঠিক রাখতে চিকিৎসা কতটুকু প্রয়োজন?	১	২	৩	৪	৫
6.5	আপনি জীবনকে কতটুকু উপভোগ করেন?	১	২	৩	৪	৫
6.6	জীবনকে আপনার কতটুকু অর্থপূর্ণ মনে হয়?	১	২	৩	৪	৫
6.7	আপনি কাজে কতটুকু মনসংযোগ করতে পারেন?	১	২	৩	৪	৫
6.8	আপনি দৈনন্দিন জীবনে কতটুকু নিরাপত্তা অনুভব করেন?	১	২	৩	৪	৫
6.9	আপনার চারপাশের পরিবেশ কতটুকু স্বাস্থ্যকর?	১	২	৩	৪	৫

নিচের প্রশ্নগুলোতে জানতে চাওয়া হয়েছে- গত দুসপ্তাহে আপনি কতটুকু সম্পূর্ণভাবে কোন কাজ করতে বা অভিজ্ঞতা লাভ করতে পেরেছেন

		একদম না	কম	মোটামুটি	অধিকাংশ	পরিপূর্ণভাবে
6.10	আপনার কি প্রতিদিন কাজ করার মত শক্তি আছে?	১	২	৩	৪	৫
6.11	আপনি কি আপনার শরীরের গড়ন নিয়ে সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.12	আপনার কি দৈনন্দিন প্রয়োজন মেটাতে যথেষ্ট টাকা আছে?	১	২	৩	৪	৫
6.13	আপনি কি দৈনন্দিন জীবন-যাপনের জন্যে প্রয়োজনীয় তথ্য পান?	১	২	৩	৪	৫
6.14	অবসর কাটানোর/বিনোদনের সুযোগ আপনার কতটুকু আছে?	১	২	৩	৪	৫
		খুব খারাপ	খারাপ	ভালও নয় খারাপও নয়	ভাল	খুব ভাল
6.15	আপনি কতটা ভালভাবে চলাফেরা করতে পারেন?	১	২	৩	৪	৫

নিচের প্রশ্নগুলোতে জানতে চাওয়া হয়েছে- গত দুসপ্তাহে আপনার জীবনের বিভিন্নদিক নিয়ে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট						
		খুব অসন্তুষ্ট	অসন্তুষ্ট	সন্তুষ্ট ও নয় অসন্তুষ্ট ও নয়	সন্তুষ্ট	খুব সন্তুষ্ট
6.16	আপনার ঘুম নিয়ে আপনি কতখানি সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.17	দৈনন্দিন কাজ করার ক্ষমতা নিয়ে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.18	আপনার কাজ করার ক্ষমতা/দক্ষতা (ক্যাপাসিটি) নিয়ে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.19	নিজেকে নিয়ে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.20	অন্যদের সাথে আপনার ব্যক্তিগত সম্পর্কসমূহ নিয়ে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.21	আপনার পারিবারিক জীবন নিয়ে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.22	বন্ধুদের কাছ থেকে পাওয়া সাহায্যে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.23	আপনি আপনার বাসস্থানের অবস্থা নিয়ে কতটুকু সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.24	আপনি যে সাহায্যসেবা পান তাতে কি আপনি সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
6.25	আপনি যাতায়াত ব্যবস্থা নিয়ে কতটুকু সন্তুষ্ট?	১	২	৩	৪	৫
নিচের প্রশ্নগুলোতে জানতে চাওয়া হয়েছে- গত দুসপ্তাহে ঐ নির্দিষ্ট বিষয়সমূহ আপনি কত বেশী/ঘনঘন অনুভব করেছেন						
		কখনো না	কখনো কখনো	মাঝে মাঝে	প্রায়শঃই	সবসময়
6.26	আপনার হতাশা, উদ্বেগ, অবসন্নতা এই সব নেতিবাচক অনুভূতি কত ঘন ঘন হয়?	১	২	৩	৪	৫