|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Study ID** |  | **Date** |  | **Start Time** |  | **End Time** |  |
| **Participant Name** |  | **Participant Mobile** |  | **Station Name** |  | **Place Name** |  |
| **Status** | **Complete Incomplete. Refuse by Participant** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 তদ্বুর্ধ (>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 কর্মঘন্টা** | **3.3 কর্মবছর** | **3.4 অপারেশনে অংশগ্রহণের সংখ্যা (আনুমানিক)** | **3.5 ওভারটাইম** | **3.6 পুরষ্কার পেয়েছেন** | **3.7 স্বাস্থ্য বীমা** | **3.8 চিকিৎসা ভাতা** |
|  | |  |  |  | 1. হ্যাঁ 2. না  1. Yes 2. No | 1. হ্যাঁ 2. না | 1. হ্যাঁ 2. না | 1. হ্যাঁ 2. না |
| **3.9 ঝুঁকি ভাতা** | | **3.10 আন্তঃব্যাক্তিগত দ্বন্দ** | | **3.11 ট্রেনিং পেয়েছেন** |  |  |  |  |
| 1. হ্যাঁ 2. না | | 1. হ্যাঁ 2. না | | 1. হ্যাঁ 2. না |  |  |  |  |
| **3.11a** | যদি **3.11** হ্যাঁ হয়, নিচের কোন ট্রেনিংগুলো পেয়েছেন 1. হ্যাঁ 2. না *[Note: একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য]* | | | | | | | |
| CISM PTSD অন্যান্য:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **3.11b** | **আপনি কি মনে করেন আপনার মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত ট্রেনিং এর প্রয়োজন আছে?** 1. হ্যাঁ 2. না | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Module 4: কর্ম সন্তুষ্টি** | | | | | |
| **প্রশ্ন** | **খুব অসন্তুষ্ট ১** | **অসন্তুষ্ট ২** | **মাঝামাঝি ৩** | **সন্তুষ্ট ৪** | **খুব সন্তুষ্ট ৫** |
| 4.1 আপনি কি আপনার কাজে সন্তুষ্ট? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Module 5: ক্লিনিকাল চিকিৎসা তথ্য** | | | |
| **প্রশ্ন** | | **উত্তর** | |
| **5.1** | আপনার কোন দীর্ঘস্থায়ী রোগ বা তার লক্ষণ আছে কিনা? | 1. হ্যাঁ 2. না |  |
| **5.1a** | যদি **5.1** হ্যাঁ হয়, নিচের কোন দীর্ঘস্থায়ী রোগ বা রোগগুলো আছে বা ছিল1. হ্যাঁ 2. না *[Note: একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য]* | | |
| Diabetes High BP. CKD CHD. HTN. Stroke/other CVD Chronic respiratory disease (Bronchitis/COPD/Asthma  অন্যান্য:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **5.1b** | দীর্ঘস্থায়ী রোগের জন্য আপনি কোন চিকিৎসা বা ঔষধ নিচ্ছেন কি? | 1. হ্যাঁ 2. না |  |
| **5.2** | আপনার পরিবারের কোন সদস্যের দীর্ঘস্থায়ী রোগ আছে কিনা? | 1. হ্যাঁ 2. না |  |
| **5.2a** | যদি **5.2** হ্যাঁ হয়, পরিবারের কার দীর্ঘস্থায়ী রোগ রয়েছে? | 1.মা 2.বাবা 3.দুজনেরই 4.কারও নেই |  |
| **5.2b** | নিচের কোন দীর্ঘস্থায়ী রোগ বা রোগগুলো আছে বা ছিল1. হ্যাঁ 2. না *[Note: একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য]* | | |
| Diabetes High BP. CKD CHD. HTN. Stroke/other CVD Chronic respiratory disease (Bronchitis/COPD/Asthma  অন্যান্য:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Module 6: জীবনধারা এবং আচরণ** | | | |
| **প্রশ্ন** | | **উত্তর** | |
| **6.1** | আপনার কি নিম্মোক্ত অভ্যাস বা অভ্যাসগুলো রয়েছে? | Tobacco Alcohol Pan/Jorda/Supari Others:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **6.2** | আপনি কি প্রতিদিন ব্যায়াম করেন? | 1. হ্যাঁ 2. না |  |
| **6.2a** | **যদি 6.2 হ্যাঁ হয়, কোন ব্যায়ামগুলো প্রতিদিন করে থাকেন?** 1. হ্যাঁ 2. না *[Note: একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য]* | | |
| Meditation. Yoga Daily Exercise অন্যান্য:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **6.3** | দৈনিক নামায অথবা প্রার্থনা করেন? | 1. হ্যাঁ 2. না |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Module 7: Workplace Stress Scale (WSS)** | | | | | | |
| **প্রশ্ন** | | **কখনই না** | **কদাচিৎ** | **মাঝে মাঝে** | **প্রায়ই** | **খুব মাঝে মাঝে** |
|  | | **১** | **২** | **৩** | **৪** | **৫** |
| **7.1** | আমার কর্মক্ষেত্রে আমার পরিস্থিতি কখনও কখনও অপ্রীতিকর বা অনিরাপদ |  |  |  |  |  |
| **7.2** | আমি মনে করি আমার চাকরি নেতিবাচকভাবে আমার শারীরিক বা মানসিক সুস্থতাকে প্রভাবিত করছে। |  |  |  |  |  |
| **7.3** | আমার খুব বেশি কাজ করতে হয় এবং/অথবা অনেক অযৌক্তিক সময়সীমা বেধে দেওয়া হয় |  |  |  |  |  |
| **7.4** | আমার চাকরির অবস্থা সম্পর্কে ঊর্ধ্বতনদের কাছে আমার মতামত বা অনুভূতি প্রকাশ করা আমার পক্ষে কঠিন। |  |  |  |  |  |
| **7.5** | আমি মনে করি যে চাকরির চাপ আমার পরিবার বা ব্যক্তিগত জীবনে হস্তক্ষেপ করে। |  |  |  |  |  |
| **প্রশ্ন** | | **৫** | **৪** | **৩** | **২** | **১** |
| **7.6** | আমার কাজের দায়িত্বের উপর আমার পর্যাপ্ত নিয়ন্ত্রণ আছে। |  |  |  |  |  |
| **7.7** | আমার দক্ষতা এবং অবদানের জন্য উপযুক্ত স্বীকৃতি বা পুরস্কার পাচ্ছি |  |  |  |  |  |
| **7.8** | আমি কর্মক্ষেত্রে আমার দক্ষতা এবং প্রতিভাকে সম্পূর্ণরূপে ব্যবহার করতে সক্ষম। |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **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 8.1থেকে 8.8 নম্বর প্রশ্নের উত্তর দিন।** | | **একদমই না**  **0** | **স্বল্প মাত্রায়**  **1** | **মাঝারী আকারে**  **বা সহনীয়**  **2** | **যথেষ্ঠ পরিমাণে**  **3** | **খুব বেশী মাত্রায়**  **4** |
| **8.1** | অবাঞ্ছিত স্মৃতি, দুঃস্বপ্ন অথবা অতীতের ঘটনা মনে পরে যাওয়ায় আপনি কোন মাত্রায় আক্রান্ত বা প্রভাবিত হয়েছেন? |  |  |  |  |  |
| **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? |  |  |  |  |  |
| **8.3** | আপনি কী মানুষের থেকে দূরত্ব বজায় রাখছেন বা কোন কিছু উপভোগ করছেন না অথবা কিছু অনুভব করতে আপনার কষ্ট হচ্ছে? |  |  |  |  |  |
| **8.4** | ঘুম কম হওয়া, অমনোযোগিতা, উদ্বিগ্নতা বা স্নায়ুবিক দুর্বলতা, বিরক্তি অথবা আপনার চারপাশের পরিবেশ সম্পর্কে সতর্ক থাকার অনুভূতি আপনাকে কতটুকু প্রভাবিত করেছে? |  |  |  |  |  |
| **8.5** | আপনি ব্যাথা অথবা ক্লান্তি দ্বারা শারীরিক ও মানাসিকভাবে কতটুকু আক্রান্ত বা প্রভাবিত হয়েছেন? |  |  |  |  |  |
| **8.6** | আপনি যখন মানসিক চাপ বা বাধা বিপত্তির সম্মুখীন হন, তখন আপনি কতটুকু মর্মাহত অনুভব করেন? |  |  |  |  |  |
| **8.7** | উপরোল্লিখিত উপসর্গগুলো আপনার কর্মক্ষমতা বা দৈনন্দিন কাজের পরিমাণকে কী পরিমাণে ব্যাহত করেছে? |  |  |  |  |  |
| **8.8** | উপরোল্লিখিত উপসর্গগুলো কি আপনার পরিবার, আপনজন বা বন্ধুবান্ধবদের সাথে সম্পর্ক নষ্ট করেছে? |  |  |  |  |  |
| **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** | | **অপরবর্তনীয় 2** | | **সামান্য 3** | | **বেশ খানিকটা 4** | | **অনেক বেশী 5** | | |
|  | |  | |  | |  | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Module 9: Insomnia Severity Index** | | | | | | |
| *নিম্মোক্ত প্রশ্নগুলো আপনার মাঝে অনিদ্রাজনিত সমস্যা ও তার মাত্রা নির্নয়ের জন্য নির্ধারিত। অনুগ্রহপূর্বক উপযুক্ত উত্তরটি টিকচিহ্নিত করুন। (আপনাত 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? |  |  |  |  |  |
| **9.2** | আপনার কি ঘুমে কোন ব্যাঘাত ঘটে? |  |  |  |  |  |
| **9.3** | আপনার কি খুব সকালে ঘুম থেকে উঠতে কোন সমস্যা হয়? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **প্রশ্ন** | | **খুব সন্তুষ্ট 0** | **সন্তুষ্ট 1** | **মোটামুটি সন্তুষ্ট 2** | **অসন্তুষ্ট 3** | **খুব অসন্তুষ্ট 4** |
| **9.4** | বর্তমানে ঘুমের অবস্থান নিয়ে আপনি কতটুকু সন্তুষ্ট? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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? |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 ক্লান্তি, মনোভাব, নিত্যদিনের কাজকর্ম করতে পারা, মনোযোগ, স্মৃতিশক্তি, ইত্যাদি)? |  |  |  |  |  |
| **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** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.2** | গত মাসে, আপনি এই চিন্তার উপর কতটা নিয়ন্ত্রণ করেছেন? (0= কোন নিয়ন্ত্রণ নেই, 10= সম্পূর্ন নিয়ন্ত্রণ) | | | | | | | | | | |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.3** | গত মাসে, আপনি আত্মহত্যার চেষ্টা করার কতটা কাছাকাছি এসেছেন? (0= কোন চেষ্টা করিনি, 10= চেষ্টা করেছিলাম) | | | | | | | | | | |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.4** | গত মাসে, আত্মহত্যার কথা চিন্তা করে কতটা কষ্ট পেয়েছেন? (0= মোটেই না, 10= চরম) | | | | | | | | | | |
| **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** |

|  |
| --- |
| **প্রশ্নগুলোর সমষ্টি 10.1-10.5 বিপরীত স্কোর (10=1, 0=10) এর সমষ্টি 10.1-10.5** |