স্তন ক্যান্সার শনাক্তকরণের বিলম্ব অনুসন্ধান

(Bengali Drart)

ফর্ম নাম্বার/আইডিঃ .................................... স্বাক্ষাৎকারের তারিখঃ.........................

১। রোগীর নামঃ ........................... ২। যোগাযোগের নাম্বারঃ........................

৩। বয়সঃ ........................ ৪। স্থায়ী ঠিকানাঃ ...........................

৫। বর্তমান ঠিকানাঃ শহর ( ) গ্রাম ( )

৬। বর্তমান ঠিকানা (জেলা) :

৭। শিক্ষাগত যোগ্যতাঃ অশিক্ষিত ( ) প্রাইমারী ( ) এস.এস.সি ( ) এইচ.এস.সি ( ) স্নাতক ( )

৮। স্বামীর শিক্ষাগত যোগ্যতাঃ অশিক্ষিত ( ) প্রাইমারী ( ) এস.এস.সি ( ) এইচ.এস.সি ( ) স্নাতক ( )

৯। বৈবাহিক অবস্থাঃ অবিবাহিত বিবাহিত বিধবা ডিভোর্সী

১০। ইলেকট্রিক যোগাযোগ মাধ্যাম: মোবাইল, স্মার্ট মোবাইল, টিভি, খবরের কাগজ

১১। পরিবারের কারো আগে স্তন ক্যান্সার ছিল? হ্যা না

১.১। কখন প্রথন স্তনে/বুকে অস্বস্তি/অসুবিধা অনুভব করেছিলেন? ......

১.২ প্রথম উপসর্গ কি দেখতে পেয়েছিলেন? চাকা/দলা ( ) চামড়া কুঁচকানো ( ) স্তনে ব্যাথা ( ) স্তনের বোঁটা থেকে কিছু নির্গত হওয়া ( ) হাড্ডি ব্যাথা ( ) অন্যান্য ( )

২.১ যখন প্রথম দেখেছিলেন তখন কি বেশ চিন্তায় পড়ে গিয়েছিলান?

২.২ প্রথম দেখার পর কি টিউমার ভেবেছিলেন? হ্যাঁ ( ) না ( )

২.৩ নিচের উল্লেখিত কোন ধরণের অসুবিধা বোধ করেছিলেন?

\*চাকা/দলা (গলা, ঘাড়, বগলের নিচ)- হ্যা ( ) না ( )

\* স্তনে ব্যাথা- হ্যা ( ) না ( )

\* আক্রান্ত স্তনের একই পাশের বাহুতে ব্যাথা- হ্যা ( ) না ( )

\* স্তনের চামড়ার রঙ পরিবর্তন- (লালচে, খয়েরী অথবা বেগুনী)

\* স্তনের চামড়ায় ক্ষত কিংবা কুঁচকানো- হ্যা ( ) না ( )

\* স্তনে চুলকানি- হ্যা ( ) না ( )

\* স্তনের আকৃতিতে পরিবর্তন- হ্যা ( ) না ( )

\* রক্ত কিংবা তরল নির্গত হওয়া স্তনের বোঁটা থেকে- হ্যা ( ) না ( )

২.৪) কি ধরণের সমস্যা হওয়ার পর ডাক্তারের শরণাপন্ন হয়েছিলেন?

অস্বস্তি অনুভূত হয়েছিল ( ) অবস্থার অবনতি ঘটেছিল ( ) পাড়া-প্রতিবেশী অথবা আত্নীয়ের পরামর্শে ( ) স্বামীর পরামর্শে ( )

২.৫) প্রথমেই কেন ডাক্তারের কাছে যান নি?

মানসিক বাধা

ক) ভেবেছিলেন সমস্যা এমনিই সেরে যাবে- হ্যাঁ ( ) না ( )

খ) ভয় কাজ করেছিলো- হ্যাঁ ( ) না ( )

গ) লজ্জা পেয়েছিলেন- হ্যাঁ ( ) না ( )

ঘ) অসাবধনতা কিংবা পাত্তা দেননি- হ্যাঁ ( ) না ( )

ঙ) আমার পরিবারের অন্য সদস্যদের দেখাশোনা করতে হয়েছিল- হ্যাঁ ( ) না ( )

বাস্তবিক বাধা

চ) ব্যস্ত ছিলেন- হ্যাঁ ( ) না ( )

ছ) আর্থিক সমস্যা- হ্যাঁ ( ) না ( )

স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত বাধা

জ) কোথায় যেতে হবে জানতেন না- হ্যাঁ ( ) না ( )

ঝ) এপয়েনমেন্ট করা কঠিন ছিল- হ্যাঁ ( ) না ( )

ঞ) যানবাহন ব্যবস্থা করা কঠিন ছিল- হ্যাঁ ( ) না ( )

ট) অন্য কোন কারণ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

৩) স্বাস্থ্যসেবার ব্যবহার

৩.১) এখানে আসার আগে অন্য কোন স্বাস্থ্যসেবা নিয়েছেন-

ফিজিশিয়ান (প্রাইভেট ক্লিনিক/হাসপাতাল) ( ) জেনারেল হাসপাতাল ( ) উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স ( ) এনজিও ক্লিনিক ( ) ফার্মেসী ( ) অন্যান্য \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

৩.২) প্রথম কবে মেডিকেল সেন্টারে এসেছেন (দিন/মাস/বছর \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

৩.৩) রোগ সারানোর জন্য বাসায় কোন ব্যবস্থা নিয়েছিলেন? হ্যাঁ ( ) না ( )

৪) পরিবারের সমর্থন

৪.১) আপনার সমস্যা নিয়ে কার সাথে প্রথম কথা বলেছিলেন

স্বামী ( ) মা ( ) ভাই-বোন ( ) বন্ধু/বান্ধবী ( ) কেঊ না ( ) অন্যান্য \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

৪.২) ডাক্তারের সাথে দেখা করার পরামর্শ কে দিয়েছে

স্বামী ( ) মা ( ) ভাই-বোন ( ) বন্ধু/বান্ধবী ( ) কেঊ না ( ) অন্যান্য \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

৪.৩) স্বামীর কাছে আপনার সমস্যার কথা বলতে কি অস্বস্তি/লজ্জা পেয়েছিলেন? হ্যাঁ ( ) না ( )

৪.৪) টিউমার শনাক্ত হওয়ার পর স্বামীর থেকে সমর্থন/সাহায্য পেয়েছিলেন? হ্যাঁ ( ) না ( )

৪.৫) যদি না হয়, তবে স্বামীর থেকে কোন নেতিবাচক ব্যবহার পেয়েছেন? হ্যাঁ ( ) না ( )

৪.৬) পাড়া-প্রতিবেশীর কাছ থেকে সাহায্য পেয়েছিলেন? হ্যাঁ ( ) না ( )

৪.৭)

৫) শুরুতেই ক্যান্সার শনাক্তকরণের জ্ঞান ও চর্চা

৫.১) আপনি কি নিজে আপনার স্তন পরীক্ষা করেন? হ্যাঁ ( ) না ( )

৫.২) এই সমস্যার আগে কোন ডাক্তার বা নার্স আপনার স্তন পরীক্ষা করেছিল? হ্যাঁ ( ) না ( )

৫.৩) আপনার স্তনে সমস্যা হওয়ার আগে ম্যামোগ্রাফি অথবা ম্যামোগ্রামের নাম শুনেছেন? হ্যাঁ ( ) না ( )

৫.৪) আপনার পরিবারে আগে কারো টিউমার হওয়ার ইতিহাস আছে? হ্যাঁ ( ) না ( )

৫.৫) আপনার পরিচিত কারো কি স্তনে টিউমার আছে? হ্যাঁ ( ) না ( )

৫.৬) এমন কোন তথ্য আছে যা আপনি আগে জানলে ভালো হত এবং অন্যরা জানুক আপনি চান? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

৬) স্তন ক্যান্সারের প্যাথোলজিকাল স্ট্যাটাস

স্টেজঃ টিউমার \_\_\_\_\_\_ নডিউল \_\_\_\_\_\_\_ ম্যালিগন্যান্ট\_\_\_\_\_ (স্টেজ ১/স্টেজ ২/স্টেজ ৩/স্টেজ ৪)

টিউমার সাইজঃ

সাক্ষাতকার গ্রহণকারিঃ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_