



Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a rural community of Bangladesh

সম্মতিপত্র

(অনুগ্রহপূর্বক সাক্ষাৎকার শুরু করার আগে উত্তরদাতাকে পড়ে শোনান এবং সাক্ষাৎকার গ্রহণের অনুমতি নিন।)

আসসালামু আলাইকুম/আদাব।

আমার নাম। আমি সেন্টার ফর ইনজুরি প্রিভেনশন অ্যান্ড রিসার্চ, বাংলাদেশ (সিআইপিআরবি) নামক একটি জাতীয় স্বাস্থ্য বিষয়ক গবেষণা প্রতিষ্ঠান থেকে এসেছি। আমরা বাংলাদেশের স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়কে শিশু স্বাস্থ্যের উন্নয়নে সহায়তা করছি। প্রাথমিকভাবে অটিজম আক্রান্ত শিশুদের চিহ্নিত করে তাদের স্বাস্থ্য সেবাসমূহের সহজলভ্যতা ও গুণগত মান উন্নয়নের জন্য আপনাদের এলাকায় একটি স্বাস্থ্য বিষয়ক গবেষণা পরিচালিত হচ্ছে। বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিবুর রহমান বিশ্ববিদ্যালয়ের আইপিএনএ ও সিআইপিআরবি এই কার্যক্রমের কারিগরি সহায়তা প্রদান করছে। উক্ত কার্যক্রমের সূত্র ধরে আমি আপনাকে আপনার শিশুস্বাস্থ্য সংক্রান্ত কিছু প্রশ্ন করতে চাই। আমি আপনাকে নিশ্চয়তা দিচ্ছি যে, এই সাক্ষাৎকার গ্রহণে অংশগ্রহণ করার কারণে আপনি কোনো ঝুঁকির সম্মুখীন হবেন না। আপনার নাম কোথাও ব্যবহার করা হবে না এবং আপনার পরিচয় কেউ কোনভাবেই জানতে পারবে না। এই সাক্ষাৎকার গ্রহণে মোটামুটিভাবে ১৫ মিনিটের মত সময় লাগবে। এই জরীপে অংশগ্রহণ সম্পূর্ণরূপে আপনার ইচ্ছাধীন, জরীপে অংশগ্রহণ না করলেও আপনি কোনো ধরনের ক্ষতির সম্মুখীন হবেন না। আপনি আমাকে যে কোনো প্রশ্ন করতে পারেন, নির্দিষ্ট কোনো প্রশ্নের জবাব আপনি দিতে না চাইলে, নাও দিতে পারেন, এমন কি আপনি চাইলে যে কোনো সময় সাক্ষাৎকার বন্ধ করে দিতে পারেন। আপনাকে ধন্যবাদ।

এই জরিপের বিষয়ে আপনার কোনো প্রশ্ন আছে কি?

আপনি সাক্ষাৎকার দিতে রাজি আছেন কি? হ্যাঁ 1 ☐ না 2 ☐

উত্তরদাতার স্বাক্ষরঃ _____ তারিখঃ _____

পরিচিতি

প্রশ্নমালা	সঠিক কোডটি লিখুন/ গোল করুন
জেলা: _____	<input type="text"/>
উপজেলা: _____	<input type="text"/>
ইউনিয়নের নাম _____	<input type="text"/>
গ্রাম _____	<input type="text"/>
পাড়া: _____	<input type="text"/>
উত্তরদাতার নাম: _____	<input type="text"/>
উত্তরদাতার মোবাইল নং.....	<input type="text"/>
সাক্ষাৎকার গ্রহণের তারিখ:	<input type="text"/> দিন / <input type="text"/> মাস / <input type="text"/> বছর
সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর নাম: _____	<input type="text"/>
আইডি নম্বর:	<input type="text"/> জেলা/উপজেলা / <input type="text"/> ইউনিয়নের কোড / <input type="text"/> তথ্যগ্রহণকারীর কোড / <input type="text"/> উত্তরদাতার কোড
সিআইপিআরবি শিশু আইডি :	<input type="text"/>
উত্তরদাতার বয়স (বছর) :	<input type="text"/>
উত্তরদাতার শিক্ষাগত যোগ্যতা :	<input type="text"/>
শিশুর নাম (ডাক নাম সহ): _____	<input type="text"/>



পরীচিতি

প্রশ্নমালা	সঠিক কোডটি লিখুন/ গোল করুন
শিশুর জন্ম তারিখ :	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>দিন</div> <div>/</div> <div>মাস</div> <div>/</div> <div>বছর</div> </div>
শিশুর বয়স (মাসে) :	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div><input type="text"/></div> <div><input type="text"/></div> </div>
শিশুটি কোন্ প্রতিষ্ঠানে যায়?	আচল-----1 ব্রাক-----2 মাদ্রাসা/ মক্তব-----3 ইসলামিক ফাউন্ডেশন-----4 অন্যান্য (উল্লেখ করুন)-----5 কোন প্রতিষ্ঠানে যায় না-----6

বাহাই ফর্ম

আপনার সন্তান সাধারণত কেমন তা নিম্নলিখিত প্রশ্নমালার সঠিক উত্তরের ঘরে গোল করে জানান। অনুগ্রহ করে প্রত্যেকটি প্রশ্নের উত্তর দিতে চেষ্টা করুন। যদি কোন আচরণ খুবই কম দেখা যায় (জীবনে দুই একবার দেখেছেন) তবে শিশুটি তা স্বাভাবিকভাবে ধরে উত্তর দিবেন। (সঠিক ঘরে গোল করুন)

ক্রমিক নং	প্রশ্নমালা	গোল করুন
১.	আপনার শিশুকে শূন্যে তুলে বা হাঁটুর উপর দোলালে কি আনন্দ পায়? -----	হ্যাঁ না
২.	আপনার শিশুকি অন্য শিশুরা কি করছে সেদিকে খেয়াল করে? -----	হ্যাঁ না
৩.	আপনার শিশু কি কোন কিছুর উপর উঠতে পছন্দ করে? (যেমন, আসবাবপত্র সিঁড়ি) -----	হ্যাঁ না
৪.	আপনার শিশু কি উঁকি-টুকি/লুকোচুড়ি খেলতে আনন্দ পায়? -----	হ্যাঁ না
৫.	আপনার শিশু কখনও ভান করে কি না (যেমন মিছি মিছি ফোনে কথা বলা, পুতুলের যত্ন করা বা অন্য কিছু ভান করা)? -	হ্যাঁ না
৬.	আপনার শিশুটি কি কখনও কিছু চাওয়ার জন্য আঙ্গুল নির্দেশ করে দেখিয়ে দেয়? -----	হ্যাঁ না
৭.	আপনার শিশুটি কি কখনও নিজের উতসাহের প্রতি আঙ্গুল নির্দেশ করে দেখায়? -----	হ্যাঁ না
৮.	আপনার শিশুটি ছোট ছোট খেলনা (গাড়ী, গুটি) মুখে না দিয়ে, না চিবিয়ে বা না ফেলে যথাযথভাবে খেলে কি না? -----	হ্যাঁ না
৯.	আপনার শিশুটি কি কখনও কোন জিনিস আপনার কাছে এনে দেয়? -----	হ্যাঁ না
১০.	আপনার শিশুটি কি আপনার চোখের দিকে দু'এক সেকেন্ডের বেশী সময় ধরে তাকায়? -----	হ্যাঁ না
১১.	আপনার কি মনে হয় আপনার শিশু শব্দের প্রতি অতি প্রক্রিয়াশী (যেমন, কোন শব্দ শুনলে কানে হাত দেয়)? -----	হ্যাঁ না
১২.	আপনার শিশুটি কি আপনাকে দেখে বা আপনার হাসির উত্তরে হাসে? -----	হ্যাঁ না
১৩.	আপনার শিশুটি কি আপনাকে অনুকরণ করে (যেমন আপনার মুখভঙ্গী বা অন্য কোন ভঙ্গীর অনুকরণ)? -----	হ্যাঁ না
১৪.	আপনার শিশু কি তার নাম ধরে ডাকলে সাড়া দেয়? -----	হ্যাঁ না



১৫. ঘরের অন্য প্রান্তে কোন খেলনার দিকে আঙ্গুল দিয়ে নির্দেশ করলে আপনার শিশু কি সেদিকে তাকায়? ----- হ্যাঁ না
১৬. আপনার শিশু কি হাঁটে? ----- হ্যাঁ না
১৭. আপনি কোন জিনিসের দিকে তাকালে, আপনার শিশু কি সেদিকে তাকায়? ----- হ্যাঁ না
১৮. আপনার শিশু কি ওর মুখের সামনে আঙ্গুল গুলি সাভাবিকভাবে নাড়াচাড়া করে? ----- হ্যাঁ না
১৯. আপনার শিশুটি তার কোন কার্যকলাপের প্রতি আপনার মনোযোগ আকর্ষণ করে? ----- হ্যাঁ না
২০. আপনার কি কখনও মনে হয়েছে যে আপনার শিশুটি কানে শোনে না? ----- হ্যাঁ না
২১. অন্য লোকেরা যা বলে, আপনার শিশু কি তা বুঝতে পারে? ----- হ্যাঁ না
২২. আপনার শিশু কি এমন ভাবে তাকায় যেন সে কিছুই দেখছে না বা উদ্দেশ্যহীন ঘুরতে থাকে? ----- হ্যাঁ না
২৩. অপরিচিত কিছু দেখে আপনার শিশুটি কি আপনার প্রতিক্রিয়া দেখার জন্য আপনার মুখের দিকে তাকায়? ----- হ্যাঁ না

নির্দেশনা (রোগ নির্ণয় পদ্ধতি):

প্রাথমিক বাছাই-এর ফলাফলের সাথে নিম্নোক্ত উত্তরগুলো মিলিয়ে টিক দিন

১. না	৬. না	১১. হ্যাঁ	১৬. না	২১. না
২. না	৭. না	১২. না	১৭. না	২২. হ্যাঁ
৩. না	৮. না	১৩. না	১৮. হ্যাঁ	২৩. না
৪. না	৯. না	১৪. না	১৯. না	
৫. না	১০. না	১৫. না	২০. না	

যদি ২, ৭, ১৩, ১৪, ১৫ নং প্রশ্নের ফলাফলের সাথে যে কোন দুইটির উত্তর মিলে যায় তবে অটিজম আক্রান্ত রোগী হিসাবে প্রাথমিকভাবে নির্ণয় করতে হবে। আরো গভীরভাবে মূল্যায়নের জন্য অভিজ্ঞ ডাক্তার / বিশেষজ্ঞ দ্বারা পুনরায় যাচাই করতে হবে।

অথবা যে কোন তিনটির উত্তর মিলে যায় তবে অটিজম আক্রান্ত রোগী হিসাবে প্রাথমিকভাবে নির্ণয় করতে হবে। আরো গভীরভাবে মূল্যায়নের জন্য অভিজ্ঞ ডাক্তার / বিশেষজ্ঞ দ্বারা পুনরায় যাচাই করতে হবে।

রোগ নির্ণয়	উল্লেখ করুন (হ্যাঁ/ না)
প্রাথমিকভাবে অটিজম আক্রান্ত শিশু হিসাবে চিহ্নিত হয়েছে কিনা?	
স্বাক্ষরকারী গ্রহণকারী	সুপারভাইজার
স্বাক্ষর:	স্বাক্ষর:
নাম _____	নাম _____
তারিখ _____	তারিখ _____