

---

# আপনার স্বাস্থ্য

- ৩ -

## সাধারণ অবস্থা

কিডনি রোগ ও জীবনের গুণমান (KDQOL™-36)

এই জরিপটি আপনার স্বাস্থ্য সম্পর্কে আপনার অভিমত জানতে চায়। আপনি কেমন বোধ করেন এবং আপনি কতটা ভালোভাবে আপনার স্বাভাবিক কাজকর্ম করতে সক্ষম সেই বিষয়ে লক্ষ রাখতে এই তথ্য সাহায্য করবে।



*এই প্রশ্নগুলোর উত্তর দেয়ার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ!*

# ডায়ালাইসিসরত রোগীদের জীবনের গুণমান সম্পর্কে গবেষণা

## এই গবেষণার উদ্দেশ্য কী?

ডাক্তার ও তাদের রোগীদের সহযোগিতায় এই গবেষণা পরিচালনা করা হচ্ছে। এর উদ্দেশ্য হচ্ছে কিডনি রোগে আক্রান্ত রোগীদের জীবনের গুণমান মূল্যায়ন করা।

## আমাকে কী করতে বলা হবে?

এই গবেষণার জন্য, আমরা চাই আপনার স্বাস্থ্য, আপনি কেমন বোধ করেন এবং আপনার পটভূমি সম্পর্কে আপনি আজ একটি জরিপ সম্পন্ন করুন।

## তথ্যের গোপনীয়তা?

আমরা আপনার নাম জানতে চাই না। গবেষণার ফলাফল প্রকাশ করার সময় আপনার উত্তরগুলো অন্য অংশগ্রহণকারীদের উত্তরের সাথে সংযুক্ত করা হবে। আপনার পরিচয় প্রকাশ করতে পারে এমন যে কোনো তথ্য কঠোরভাবে গোপনীয় হিসেবে বিবেচনা করা হবে। সেইসাথে, সংগৃহীত সকল তথ্য শুধুমাত্র গবেষণার উদ্দেশ্যে ব্যবহার করা হবে, এবং আপনার পূর্বানুমতি ছাড়া অন্য কোনো উদ্দেশ্যে প্রকাশ করা হবে না।

## অংশগ্রহণের মাধ্যমে কীভাবে আমি উপকৃত হবো?

আপনার সরবরাহকৃত তথ্য আমাদেরকে জানাবে যে আপনার পরিচর্যা সম্পর্কে আপনি কেমন বোধ করছেন এবং রোগীদের স্বাস্থ্যের উপর চিকিৎসা সেবার প্রভাব সম্পর্কে আরো ভালোভাবে বুঝতে সাহায্য করবে। এই তথ্য প্রদত্ত সেবা মূল্যায়নে সাহায্য করবে।

## আমাকে কী অংশগ্রহণ করতেই হবে?

আপনাকে জরিপটি পূরণ করতেই হবে এমন নয় এবং আপনি যে কোনো প্রশ্নের উত্তর দিতে অস্বীকার করতে পারেন। অংশগ্রহণ করা সম্পর্কে আপনার সিদ্ধান্ত আপনার চিকিৎসা সেবা গ্রহণের সুযোগকে প্রভাবিত করবে না।

## আপনার স্বাস্থ্য

এই জরিপে আপনার স্বাস্থ্য ও আপনার জীবন সম্পর্কে অনেকগুলো বিভিন্ন ধরনের প্রশ্ন অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। আপনি এই বিষয়গুলোর প্রতিটি সম্পর্কে কেমন বোধ করেন আমরা তা জানতে আগ্রহী।

1. সাধারণভাবে, আপনি কী বলবেন যে আপনার স্বাস্থ্য: [যে ঘরটি আপনার উত্তরকে সবচেয়ে ভালোভাবে বর্ণনা করে সেই ঘরে একটি  চিহ্ন দিন।]

চমৎকার	খুব ভালো	ভালো	মোটামুটি	ভালো নয়
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

নিচের প্রশ্নগুলো হচ্ছে একটি সাধারণ দিনে আপনি যে কাজকর্মগুলো করতে পারেন সেগুলো সম্পর্কিত। আপনার স্বাস্থ্য কী এখন এই কাজকর্মগুলো করার ক্ষেত্রে আপনার ক্ষমতা কমিয়ে দেয়? যদি কমায়, তাহলে কতটা? [প্রতিটি সারির একটি ঘরে  চিহ্ন দিন।]

হ্যাঁ, অনেক কমিয়ে দেয়	হ্যাঁ, কিছুটা কমিয়ে দেয়	না, একেবারেই কমায় না
----------------------------	------------------------------	--------------------------

2. মাঝারি ধরনের কাজকর্ম, যেমন টেবিল নাড়ানো, ঘর ঝাড়ু দেয়া, ব্যাডমিন্টন খেলা, বা সাঁতার কাটা .....

▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3

3. কয়েক তলা সিঁড়ি বেয়ে ওঠা .....

<input type="checkbox"/> 1 .....	<input type="checkbox"/> 2 .....	<input type="checkbox"/> 3
----------------------------------	----------------------------------	----------------------------

গত চার সপ্তাহে, আপনার শারীরিক স্বাস্থ্যের কারণে আপনি কী আপনার কাজ বা অন্যান্য নিয়মিত প্রাত্যহিক কাজকর্ম করতে নিচে উল্লিখিত কোনো সমস্যায় পড়েছেন?

হ্যাঁ	না
▼	▼

4. আপনার প্রত্যাশার চেয়ে কম পরিমাণে করতে পেরেছেন.....  1 .....  2

5. কোনো ধরনের কাজ বা অন্যান্য কাজকর্মের ক্ষমতা কমে গিয়েছিল .....  1 .....  2

গত চার সপ্তাহে, আপনার কোনো মানসিক অবস্থার কারণে (যেমন বিষন্ন বা উদ্বিগ্ন বোধ করা) আপনি কী আপনার কাজ বা অন্যান্য নিয়মিত প্রাত্যহিক কাজকর্ম করতে নিচে উল্লিখিত কোনো সমস্যায় পড়েছেন?

হ্যাঁ	না
▼	▼

6. আপনার প্রত্যাশার চেয়ে কম পরিমাণে করতে পেরেছেন.....  1 .....  2

7. স্বাভাবিক সতর্কতার সাথে কাজ বা অন্যান্য কাজকর্ম করেননি .....  1 .....  2

8. গত চার সপ্তাহে, ব্যথা আপনার স্বাভাবিক কাজকে (বাড়ির বাইরের কাজ ও বাড়ির কাজ সহ) কতটা ব্যাহত করেছে?

একেবারেই করেনি	সামান্য	মোটামুটি	অনেকখানি	অত্যন্ত
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

এই প্রশ্নগুলো হচ্ছে গত চার সপ্তাহে আপনি কেমন অনুভব করেছেন এবং আপনার দিনগুলো কেমন কেটেছে সেই সম্পর্কিত। প্রতিটি প্রশ্নের জন্য, অনুগ্রহ করে একটি উত্তর দিন যেটি আপনার অনুভূতির সবচেয়ে কাছাকাছি হয়।

গত চার সপ্তাহে কতটা সময়...

সব সময়	অধিকাংশ সময়	বেশ খানিকটা সময়	কিছুটা সময়	সামান্য সময়	কখনই নয়
▼	▼	▼	▼	▼	▼

9. আপনি কী শান্ত ও শান্তিময় অনুভব করেছেন? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6

10. আপনার কী অনেক কর্মশক্তি ছিল? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6

11. আপনি কী হতোদ্যম ও বিমর্ষ অনুভব করেছেন? .....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5 .....  6

12. গত চার সপ্তাহে, আপনার শারীরিক স্বাস্থ্য বা মানসিক অবস্থা আপনার সামাজিক কর্মকাণ্ডকে (যেমন বন্ধু বা আত্মীয়দের সাথে দেখা করা, ইত্যাদি) কতটা সময় প্রভাবিত করেছে?

সব সময়	অধিকাংশ সময়	কিছুটা সময়	সামান্য সময়	কখনই নয়
▼	▼	▼	▼	▼
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## আপনার কিডনি রোগ

নিচের প্রতিটি বিবৃতি আপনার জন্য কতটা সত্য বা মিথ্যা?

সম্পূর্ণভাবে সত্য    মূলতঃ সত্য    জানি না    মূলতঃ মিথ্যা    সম্পূর্ণভাবে মিথ্যা

13. আমার কিডনি রোগ আমার জীবনকে অত্যন্ত ব্যাহত করে.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
14. আমার অনেকটা সময় আমার কিডনি রোগের দেখাশোনার পিছনে খরচ হয়ে যায়.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
15. আমার কিডনি রোগের দেখাশোনা করতে গিয়ে আমি হতাশ বোধ করি.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5
16. নিজেকে আমার পরিবারের ওপর একটা বোঝার মত মনে হয়.....  1 .....  2 .....  3 .....  4 .....  5

গত চার সপ্তাহে, নিচের প্রতিটি দ্বারা আপনি কতটা অসুবিধায় পড়েছেন?

	একেবারেই অসুবিধায় পড়িনি ▼	কিছুটা অসুবিধায় পড়েছি ▼	মাঝারি অসুবিধায় পড়েছি ▼	অনেক অসুবিধায় পড়েছি ▼	অত্যন্ত অসুবিধায় পড়েছি ▼
17. আপনার পেশীতে ব্যথা? ...	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
18. বুকে ব্যথা? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
19. খিঁচুনি? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
20. স্বকে চুলকানি? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
21. শুষ্ট স্বক? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
22. শ্বাসকষ্ট? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
23. নিশ্বেজ হয়ে যাওয়া বা মাথা ঘোরানো? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
24. ক্ষুধার অভাব? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
25. শক্তি নিঃশেষ হওয়া বা অবসন্নতা? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
26. হাতে বা পায়ের পাতায় অসাড় ভাব? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27. বমি ভাব বা পেট খারাপ?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28 <sup>a</sup> . (শুধুমাত্র হেমোডায়ালাইসিসের রোগীদের জন্য) ডায়ালাইসিস মেশিনের সাথে আপনার দেহের সংযোগস্থলে সমস্যা? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
28 <sup>b</sup> . (শুধুমাত্র পেরিটোনিয়াল ডায়ালাইসিসের রোগীদের জন্য) আপনার দেহে ক্যাথেটার প্রবেশের স্থানে সমস্যা? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

## আপনার দৈনন্দিন জীবনে কিডনি রোগের প্রভাব

কিছু কিছু লোক তাদের দৈনন্দিন জীবনের উপর কিডনি রোগের প্রভাবের কারণে অসুবিধা বোধ করেন, আবার অন্যরা অসুবিধা বোধ করেন না। নিচের প্রতিটি ক্ষেত্রে কিডনি রোগ আপনাকে কতটা অসুবিধায় ফেলে?

	একেবারেই অসুবিধায় ফেলে না ▼	কিছুটা অসুবিধায় ফেলে ▼	মোটামুটি অসুবিধায় ফেলে ▼	অনেক অসুবিধায় ফেলে ▼	অত্যন্ত অসুবিধায় ফেলে ▼
29. তরল গ্রহণে বাধানিষেধ?..	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
30. খাবারে বাধানিষেধ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
31. বাড়ির ভেতরের কাজ করার ক্ষেত্রে আপনার সক্ষমতা? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
32. ভ্রমণ করার ক্ষেত্রে আপনার সক্ষমতা? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
33. ডাক্তার ও অন্যান্য চিকিৎসা কর্মীদের উপর আপনার নির্ভরশীল থাকা?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
34. কিডনি রোগের কারণে সৃষ্ট চাপ বা উদ্বেগ? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
35. আপনার যৌনজীবন? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
36. আপনার চেহারা? .....	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5

**এই প্রশ্নগুলোর উত্তর দেয়ার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ!**