# Exit Interview with Caregiver of Infant/Young Child Leaving the Health Facility (Bangla)

**Project Title:** Understanding opportunities and challenges of delivering maternal, infant and young child nutrition (MIYCN) services in urban maternal, newborn, and child health (MNCH) facilities in Dhaka City, Bangladesh

## INTRODUCTION

আপনার পরিচয় দিন এবং শিশুর পরির্যাকারীকে সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহনের আমন্ত্রণ জানিয়ে বলুন- আমরা এই স্বাস্থ্যকেন্দ্রে পরিচর্যাকারীদের অভিজ্ঞতা সম্পর্কে কথা বলতে চাই। (সঠিক বক্সে টিক দিন।)

| Q# | Question | Answer | Code | Remarks |
|---|---|---|---|---|
| Q1 | আপনার শিশুর বয়স কত? [*Verify date of birth*] | _____/_____/ months | | |
| Q2 | আপনি কেন আপনার শিশুকে আজ স্বাস্থ্যকেন্দ্রে নিয়ে এসেছেন? | ☐ অসুস্থ্যতার জন্য | 1 | |
| | | ☐ টিকার জন্য | 2 | |
| | | ☐ শিশুর বৃদ্ধি ও খাওয়ানোর পরামর্শের জন্য | 3 | |
| | | ☐ অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন) _____ _____ _____ | 4 | |

## OVERALL VISIT

| Q# | Question | Answer | Code | Remarks |
|---|---|---|---|---|
| Q3 | সেবা প্রদানকারীর সাথে আজকের ভিজিট সম্পর্কে দয়া করে আমাকে বলবেন কি? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q4 | সেবা প্রদানকারী আপনার শিশুকে খাওয়ানোর বিষয়ে কিছু বলেছেন কি? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Q5 | সেবা প্রদানকারী আপনার শিশুর বৃদ্ধি সম্পর্কিত কোন কিছু উল্লেখ করেছেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q6 | সেবা প্রদানকারী মাল্টিমাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট পাউডার (MMNP) সম্পর্কে কোন কিছু উল্লেখ করেছেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |

## ANTHROPOMETRIC MEASURMENTS AND EXPLANATION OF GROWTH

*" এখন আপরার শিশুর বৃদ্ধি নিয়ে কথা বলব."* (সঠিক বক্সে টিক দিন।)

| Q# | Question | Answer | Code | Remarks |
|---|---|---|---|---|
| Q7 | আজ আপনার বাচ্চা ওজন মাপা হয়েছে কি? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q8 | আজ আপনার শিশুর দৈর্ঘ্য বা উচ্চতা মাপা হয়েছে কি? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q9 | সেবা প্রদানকারী আপনার শিশুর ওজন বা উচ্চতা/ দৈর্ঘ্য নিয়ে কথা বলেছে কি? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q10 | আপনার সন্তানের *দৈহিক বৃদ্ধি* ব্যাখ্যা করার সময় সেবা প্রদানকারী গ্রোথ কার্ড বা অন্য কোন জবএইড ব্যবহার করেছিলেন কি? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |

**NUTRITION CONTENT DELIVERED/RECEIVED**

*"এর পর আপনার শিশুর খাওয়া নিয়ে কথা বলব."* (সঠিক বক্সে টিক দিন।)

| Q# | Question | Answer | Code | Remarks |
|---|---|---|---|---|
| Q11 | স্বাস্থ্যসেবাকর্মী কি আপনার শিশুকে মায়ের দুধ খাওয়ানো নিয়ে কোন কিছু জিজ্ঞেস করেছেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q12 | সেবা প্রদানকারী আপনার শিশুকে খাওয়ানোর বিষয়ে আজকে কোন পরামর্শ দিয়েছেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q13 | *এখন আমি আপনার শিশুর নির্দিষ্ট কিছু খাদ্যাভ্যাস সম্পর্কে জানতে চাই।* আপনার শিশুকে কি ধরনের খাবার খাওয়ান-এ বিষয়ে সেবা প্রদানকারী কি আজকে আপনার সাথে কথা বলেছেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q14 | আপনার শিশুকে ঘনঘন (বার বার) খাওয়ানো নিয়ে সেবা প্রদানকারী কি আজকে আপনার সাথে কথা বলেছেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q15 | শিশুর অসুস্থ্যতার সময়, শিশুকে খাওয়ানো নিয়ে সেবা প্রদানকারী কি আপনার সাথে কথা বলেছেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q16 | আপনার শিশুকে খাওয়ানোর জন্য কিভাবে তার সাথে ইন্টারেক্ট করবেন - এ বিষয়ে সেবা প্রদানকারী কি আপনার সাথে কথা বলেছেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| Q17 | আপনি কি শিশুর জন্য মাল্টিমাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট পাউডার (MMNP) পেয়েছেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |
| **জব এইডের ব্যবহার** | | | | |
| Q18 | আপনার শিশুকে খাওয়ানো নিয়ে কথা বলার সময় সেবা প্রদানকারী কি কোন সহায়ক উপকরণ (যেমন- ফ্লিপচার্ট, পোষ্টার, শিক্ষা উপকরন ইত্যাদি) ব্যবহার করে ছিলেন? | ☐ হ্যাঁ | 1 | |
| | | ☐ না | 2 | |
| | | ☐ মনে করতে পারছেন না | 8 | |
| | | ☐ কোন উত্তর দেন নাই | 9 | |

## SATISFACTION

*" সর্বশেষ আমি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ভিজিটে আপনার* সন্তুষ্টি নিয়ে কথা বলব। " (সঠিক বক্সে টিক দিন।)

| সেবা নিয়ে সন্তুষ্টি (১সবন্মি স্কোর এবং ৫ সবচেয়ে বেশী স্কোর) (Tick the appropriate box) | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Q#** | **Satisfaction** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| Q19_1 | স্বাস্থ্যকেন্দ্রে আসার পর ডাক্তার দেখাতে আপনাকে কত সময় অপেক্ষা করতে হয়েছে? | ☐ অনেক সময় | ☐ কিছুটা বেশী সময় | ☐ খুব বেশী সময় না, খুব অল্প সময়ও না | ☐ অল্প কিছুক্ষন সময় | ☐ একেবারেই অল্প সময় |
| Q19_2 | যে জায়গায় আপনি অপেক্ষা করেছেন সেই জায়গার পরিবেশে কিভাবে মূল্যায়ন করবেন? | ☐ খুব খারাপ | ☐ খারাপ | ☐ মোটামুটি | ☐ ভাল | ☐ খুবই ভাল |
| Q19_3 | ডাক্তার যে পরামর্শ বা প্রেসক্রিপশন দিয়েছেন-সে সম্পর্কে আপনার মূল্যায়ন কি? | ☐ খুব খারাপ | ☐ খারাপ | ☐ মোটামুটি | ☐ ভাল | ☐ খুবই ভাল |
| Q19_4 | আপনি কি ডাক্তারের কাছে কোন প্রশ্ন করার সুযোগ পেয়েছেন? | ☐ না | ☐ বেশী না | ☐ মোটামুটি | ☐ কিছুটা | ☐ প্রচুর |
| Q19_5 | আপনি কি মনে করেন আপনাকে সন্মানের সাথে চিকিৎসা করা হয়েছে? | ☐ দৃঢ়ভাবে অসম্মতি | ☐ অসম্মতি | ☐ চুপচাপ/নিরপেক্ষ থাকা | ☐ একমত | ☐ পুরাপুরি একমত |
| Q19_6 | আপনি কি আবার এই স্বাস্থ্যকেন্দ্রে আসতে চান বা আসবেন? | ☐ দৃঢ়ভাবে অসম্মতি | ☐ অসম্মতি | ☐ চুপচাপ/নিরপেক্ষ থাকা | ☐ একমত | ☐ পুরাপুরি একমত |
| Q19_7 | অন্যকাউকে আপনি এই স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সেবা নেওয়ার জন্য আসতে বলবেন? | ☐ দৃঢ়ভাবে অসম্মতি | ☐ অসম্মতি | ☐ চুপচাপ/নিরপেক্ষ থাকা | ☐ একমত | ☐ পুরাপুরি এক মত |

Q20. এই স্বাস্থ্যকেন্দ্রের সেবাদানকারীদের দক্ষতা এবং শিশুস্বাস্থ্য এবং পুষ্টি সেবার মান উন্নয়নে আপনার কোন পরামর্শ আছে কি?

_____

_____

_____

_____

তার পর কোড করুন: হ্যাঁ, পরামর্শ আছে = 1, না, পরামর্শ নাই = 2

সময় দেওয়ার জন্য এবং স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ভিজিটের অভিজ্ঞতা আমাদের বলার জন্য আপনাকে অনেক ধন্যবাদ (দিয়ে সাক্ষাৎকারটি শেষ করুন)। * * * * * * *