



স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

Prevalence and associated factors of substance use in Bangladesh



Supported by



নন কমিউনিকেশনাল ডিজিজ কন্ট্রোল প্রোগ্রাম
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর

Implemented by



জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট
শের-ই-বাংলা নগর, ঢাকা।

Copyright
NIMH, Dhaka

Published in 2021

Publisher
Dr Md Faruq Alam for National Institute of Mental Health, Dhaka

Address of Correspondence

Dr Md Faruq Alam
Former Director-Cum-Professor
National Institute of Mental Health
Sher-E-Bangla Nagar, Dhaka-1207
Bangladesh

Email: nimhr@hospi.dghs.gov.bd

www.nimh.gov.bd

Professor Dr Md Faruq Alam
email: faruqalam60@gmail.com

CONTENTS

| | |
|-------------------------------------------------|------|
| Preface by Principal Investigator for NIMH Team | iii |
| Contributors to the Report | iv |
| Acknowledgements | v |
| NIMH Team | viii |
| Funding and Conflict of Interest | ix |
| Pictorial Presentation of Survey Activities | x |
| Summary | 1 |
| Introduction | 2 |
| Objectives | 3 |
| Methodology | 3 |
| Instruments used in the survey | 9 |
| Data analysis | 11 |
| Ethical consideration | 11 |
| Results | 13 |
| Discussion | 36 |
| Conclusion | 42 |
| References | 44 |
| Appendices | |
| Flow chart of survey activities | 47 |
| Questionnaire | |

Preface by Principal investigator for NIMH Team

Substance use is a major public health problem in the world today. Economic and social impact of substance use are huge. Substance abuse is a type of common mental morbidity which is defined as chronic organic brain disorder. Due to multiple reasons these disorders are often hidden by individuals and the society and consequently people with substance use remain out of treatment and lead a poor quality of life. Mental health service facilities including substance abuse are limited and treatment gap is very high in Bangladesh. Information on mental illness in general are somewhat available in the country. But information on substance use are required for proper planning of total mental health services.

Narcotics Control Act, Bangladesh is in place in the country. National Mental health Policy has been drafted and is under consideration of the Government. Development of Strategic Plan for mental health including substance abuse is in progress. Substance use, mental health and suicide are in Sustainable Development Goals (SDGs) of United Nations and Bangladesh has adopted programs to achieve the goals.

For further strengthening of mental health programs including program on substance use with evidence-based data Ministry of Health & Family Welfare (MOH&FW) commissioned National Institute of Mental Health (NIMH), Dhaka to undertake a survey among nationally representative population of the country.

NIMH, Dhaka in support of NCDC of DGHS under MOH&FW undertook a collaborative initiative with Bangladesh Bureau of Statistics (BBS) to collect information on substance use involving all eight divisions of the country. A team of investigators from NIMH including mental health and public health professionals worked with NCDC and Bangladesh Bureau of Statistics (BBS).

Results of the survey are presented here in a report form. Methodology described and followed will help to understand findings of the survey and guide future researchers to work in this field. This national scientific work has enhanced capacity of NIMH to take further initiative in this regard. Findings of the survey will be used by the government and concerned sections to strengthen current services on substance abuse and develop evidence based strategic plan in the country.

The NIMH Team expresses its sincere gratitude to all individuals, sectors and people of Bangladesh for their involvement and participation in the survey.

Our efforts will be successful if the leadership in mental health in Bangladesh uses the survey data for development of related services in the country.

Professor Dr Md. Faruq Alam

Contributors to the Report



জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট
শের-ই-বাংলা নগর, ঢাকা।

Dr Md Faruq Alam

Dr Mekhala Sarkar

Dr Mohammad Tariqul Alam

Dr Helal Uddin Ahmed

Dr Mohammad Zillur Rahman Khan



নন কমিউনিকেশন ডিজিজ কন্ট্রোল
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর

Dr Rizwanul Karim

Dr Maruf Ahmed Khan

Acknowledgements

Survey on “Prevalence and Associated Factors of Substance Use in Bangladesh” was undertaken by National Institute of Mental Health, Dhaka around the whole country with the active involvement of many individuals during the period of 2019. The project was funded by Non-Communicable Disease Control (NCDC) of Directorate General of Health services (DGHS) under Ministry of Health & Family Welfare (MOH&FW) of the Government of People’s Republic of Bangladesh.

National Institute of Mental Health, Dhaka would like to acknowledge supports of all individuals contributing to the activities at different levels of the survey.

We express our gratitude to honorable members of NCDC of DGHS.



নন কমিউনিকবেল ডিজিজ কন্ট্রোল
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর

Dr ABM Khurshid Alam

Dr AHM Enayet Hossain

Dr Md Robed Amin

Dr Nur Mohammad

Dr Rizwanul karim

Dr Maruf Ahmed Khan

We are thankful to all the honorable members of the Technical Advisory Committee and Working Group for their valuable support and guidance.

Technical Advisory Committee



স্বাস্থ্য অধিদপ্তর

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

Dr Abul Kalam Azad

Dr AHM Enayet Hossain

Dr Nur Mohammad

Dr Khaleda Islam

Dr Rizwanul Karim

Dr Md Maruf Ahmed Khan

Psychiatrists

Dr Md Golam Rabbani

Dr Md Waziul Alam Chowdhury

Dr MSI Mullick

Dr Jhunu Shamsun Nahar

Dr M A Mohit

Dr Md Tazul Islam

Dr Nilufer Akhter Jahan

Dr Khasru Pervez Chowdhury

Dr Mahadeb Chandra Mandal

Dr Azizul Islam

We are thankful to honorable divisional coordinators for coordinating and supervising survey activities in their respective areas.

Divisional coordinators

| | |
|----------------------------|------------|
| Dr Md Abdul Mohit | Dhaka |
| Dr. Ramendra Kumar Singha | Sylhet |
| Dr Avra Das Bhowmik | Rajshahi |
| Dr Muhammad Muntasir Maruf | Barishal |
| Dr Saleh Uddin | Chattogram |
| Dr Syed Mahbub E Kibria | Khulna |
| Dr Anjuman-Ara-Begum Shila | Rangpur |

Research Psychiatrists

We are deeply indebted to Research Psychiatrists who had to go house to house for diagnosis of substance use and mental disorders.

Data Collectors

Our heartfelt thanks to all the data collectors who approached house to house for collecting survey data.

We are Indebted to members of office team of NIMH whose support was essential for successful completion of the survey.

NIMH Office Team

Office Secretary

The survey activities could not be completed without the support of office secretary Mohammad Kamruzzaman Mukul

Computer Operator (Current Assistant Programmer)

Computer Support was provided by Anwar Hossain whose service was essential for survey activities.

Office Staffs of NIMH, Dhaka

Office Staffs of NIMH, Dhaka supported the survey activities from their respective position.

People of Bangladesh

Our sincere thanks to all people of Bangladesh who have taken all the troubles to participate in the survey.

NIMH Team

Principal Investigator

Dr Md Faruq Alam

Co-Investigators

Dr Mekhala Sarkar

Dr Mohammad Tariqul Alam

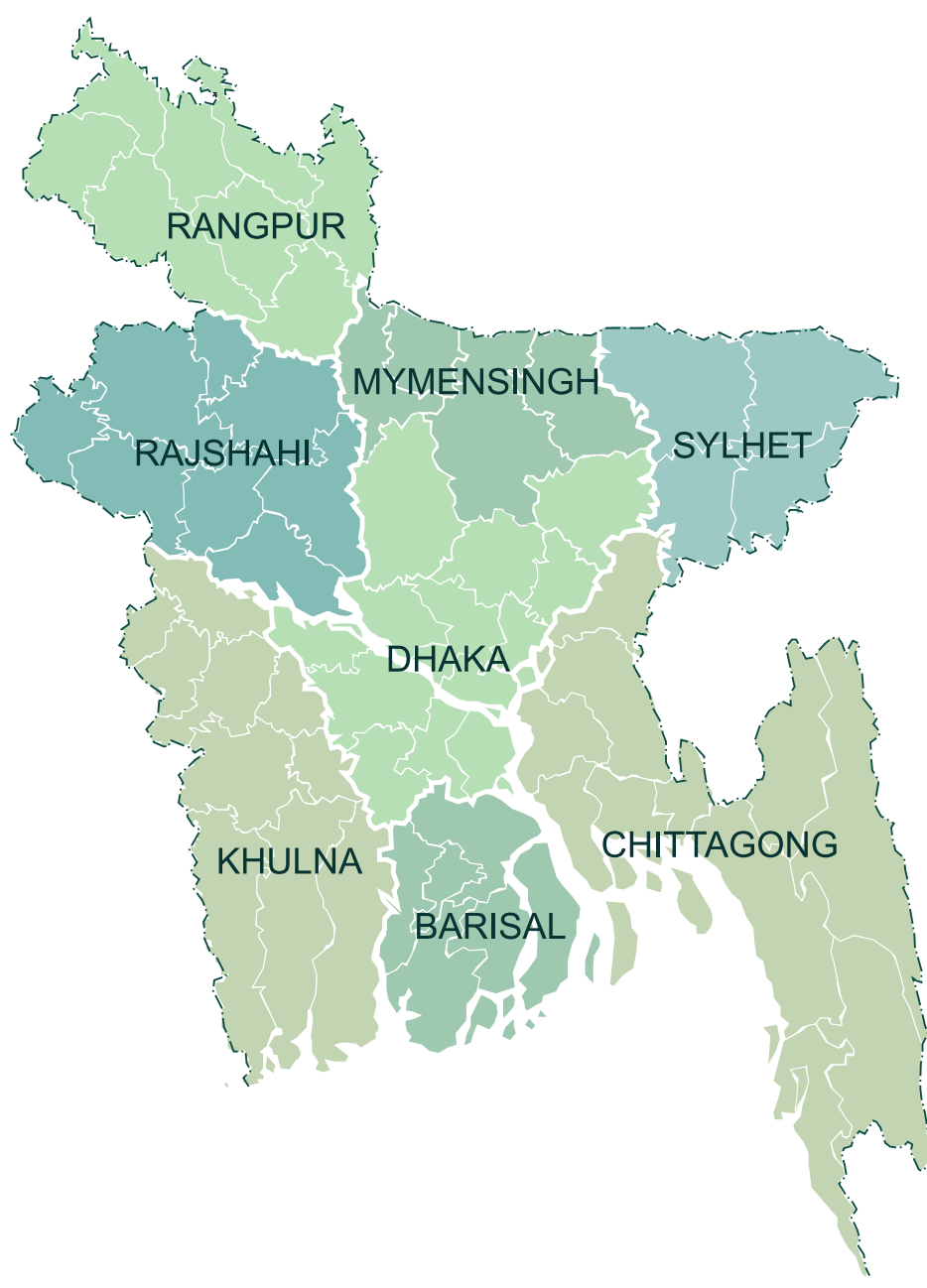
Dr Helal Uddin Ahmed

Dr Mohammad Zillur Rahman Khan

Funding and Conflict of Interest

This survey has been funded by NCDC department of DGHS under Ministry of Health & family Welfare of the Government of People's Republic of Bangladesh. National Institute of Mental Health, Dhaka has conducted the survey as a designated institute of the Government for the purpose. The persons involved with the survey are responsible for the views expressed in this document which do not necessarily represent the views or policies of the institutions with which they are affiliated.

Bangladesh Map showing Divisions



PICTORIAL PRESENTATION OF SURVEY ACTIVITIES





Summary

Substance abuse and mental disorders exert detrimental effects on individuals, families, communities and health services. The prevalence of substance abuse is on rising trend in the country. This two stage nationwide multicentric community based survey was conducted by National Institute of Mental Health, Dhaka during the period of September 2017 to July 2018 to determine the prevalence of substance use, its risk factors and associated mental disorders among people in Bangladesh. A scientific committee consisting of senior psychiatrists and biostatistician supervised and monitored the study. Departments of psychiatry at divisional medical college locally coordinated the respective part of the study. The quantitative study was cross sectional in nature with some qualitative parts specially to look for risk factors. In the first stage 19800 respondents in 140 clusters aged between 7 years and above were approached by the trained data collectors with standard printed questionnaires to collect information. Among them 19692 respondents were finally interviewed. Diagnoses of substance use and mental disorders were made in the second stage of interview by research psychiatrists following DSM 5 diagnostic criteria of mental disorders. Prevalence of substance use was found 3.3%, 1.5% and 0.2 % among population 18 years and above, 12 to 17 years and 7 to 11 years respectively. Prevalence of substance use was 4.8% among male and 0.6% among female. Most frequently used substances include cannabis in 42.70%, alcohol in 27.5%, amphetamine (yaba) in 15.20%, opioid in 5.3% and sleeping pills in 3.4% users. Among professions of substance users 6.7% were labor, 5.7% unemployed, 4.3% business man, 3.8% farmer and 3.5% service holders. Extremes of social classes were found as increased users of substances such as people with low income 3.2% and people with high income 3.8% using as against 2.6% in middle income group. Results of qualitative research shows risk factors of substance uses are curiosity, bad company, easy availability of substances, lack of supervision of guardians and defective parenting. Prevalence of mental disorders was found 13.7% among population 18 years and above and 17.3% below 18 years of age. Division wise prevalence of adult mental disorders were 15.5% in Rajshahi, 14.8% in Rangpur, 14.7% in Khulna, 14.2% in Dhaka, 13.8% in Chittagong, 13.6% in Sylhet, and 13.0% in Barishal. Among total diagnosis of mental disorders Depressive Disorder were 24.8%, Somatic Symptom Disorder 15.9%, Generalized Anxiety Disorder 13.9%, Neurodevelopmental Disorders were 10.5%, Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders 4.7%, Conduct Disorder 4.7%, Bipolar and Related Disorders 3.7%, Obsessive Compulsive Disorder 3.1%, Conversion Disorder 1.8%, Enuresis 1.3% and Dementia 1%. Data of this community survey will be used for planning of mental health services in Bangladesh.

Introduction

Though history of substance use is very old in human history, it has become a serious national and global problem in recent times and is affected by psychosocial, economic, individual, familial and family factors^{1,2}. Substance abuse usually applies to the using of any psychoactive substance, licit, illicit or medically prescribed drugs³ but smoking and alcohol intake are also related with the abusing phenomenon. Behavior with substance intake is also a major medical, psychological and social problems specially in view of the increasing incidence and availability of drugs Substance abuse affects multiple areas of functioning and comorbid diagnosis occur frequently inpatients with substance use disorders. Moreover substance use and mental disorders exert detrimental effects on individuals, families, communities and health services. Substance use itself is a mental disorder, it is sometimes caused by mental disorders and it frequently leads to mental disorders. Comorbidity of substance abuse with mental disorders is also very frequent.

Detection, prevention and treatment of both substance abuse and mental disorders are important not only to relieve current distress but also to improve adult functioning and prevent the perpetuation of disadvantage into the next generation.

Drug abuse is a multidimensional phenomenon in which physicians, sociologists, psychologists, legalists and other experts deal with different aspects of the problem⁴ . Acknowledgement of risk and protective factors as well as their interrelations enables definement of risk groups and development of prevention programs. Development of evidence based model of planning requires data in country's sociocultural context.

No previous nation wide studies with large and representative samples of the population in whole of Bangladesh was so far conducted. Survey with representative samples addressing all types of drug use including profiles of associated factors is needed to provide empirical data upon which policy reponse to drug problems can be based. Proper strategies and planning can be developed to address the issues by understanding the magnitude and pattern of substance use among population in the country.

Objectives

General objective:

To determine the prevalence of substance use and its associated factors among people in Bangladesh.

Specific objectives:

- To find out prevalence of substance use in Bangladesh
- To identify type of substance use in the country
- To identify factors associated with substance use in Bangladesh
- To determine the prevalence of mental disorders in the country
- To identify common types of mental disorders
- To find out the socio-demographic and psychosocial correlates of substance use.

Methodology

Project management

National Institute of Mental Health (NIMH), Dhaka, a government institute carried out this multicentric community based study throughout the whole country. Investigators, a scientific committee consisting of senior psychiatrists and a biostatistician supervised and monitored the study. Divisional Coordinators in Barisal, Chittagong, Dhaka, Khulna, Rajshahi, Sylhet and Rangpur locally coordinated the respective parts of the study.

Study design

This quantitative study was descriptive cross-sectional in nature with some qualitative part (Focus Group Discussion) specially to look for associated factors. The study was conducted in two stages in both urban and rural communities of Bangladesh.

Study period

The study was carried out during the period September 2017 to June 2018. Details of the activities is furnished in flow chart given at the end of methodology section.

Study Sites

This study was carried out in seven divisions of Bangladesh: Barishal, Chittagong, Dhaka, Khulna, Rajshahi, Sylhet and Rangpur. A total of 140 cluster sites were selected randomly with probability proportionate to size (PPS) of population in all seven divisions. Statistically, it is recommended that to avoid excessive loss of precision due to clustering, about 50 to 100 clusters need to be selected for community study.

Cluster is a group of people living in a specific area under study. As population of the study was not taken from all mauzas of the rural area and all mahallas of urban area some mauzas and mahallas were selected randomly as clusters. In each division the whole population was stratified in rural and urban areas. In urban areas *Mahallas* and in rural areas *Mauzas* were selected randomly as primary sampling unit (PSU) Each PSU was considered as a cluster which is again synonymous with a selected mahalla or mauza. Thus number of PSUs selected in each division were equal to the allotted number of clusters. The allotted numbers of clusters in each division with PPS are given below.

Table 1: Allotted number of clusters in each division⁵.

| Division | Population size | Allotted cluster |
|------------|-----------------|------------------|
| Rajshahi | 1,84,84,858 | 18 |
| Khulna | 1,56,87,759 | 15 |
| Barishal | 83,25,666 | 8 |
| Dhaka | 4,74,24,418 | 46 |
| Sylhet | 99,10,219 | 10 |
| Chittagong | 2,84,23,019 | 28 |
| Rangpur | 1,57,87,758 | 15 |
| | 14,40,43,697 | 140 |

Then each randomly chosen *Mahalla* or *Mauza* (cluster or PSU) was divided arbitrarily into segments. One forty two (142) samples in one segment were calculated by dividing the total

sample size 19800 by 140 clusters. The number of segments for each *Mahalla* or *Mauza* (cluster or PSU) were determined by dividing the total population of the *Mahalla* or *Mauza* by 142. Then one segment containing 142 population from each chosen *Mahalla* or *Mauza* (cluster or PSU) was selected randomly for interview. It may be mentioned that no chosen segment had population less than 142. The total number of segments considered for interview of samples were equal to total number of clusters or PSUs.

Study Population

All males and females aged 07 years and above living in the selected segments of *Mahalla* or *Mauza* (cluster or PSU) during study period were included in the study population. Those, who or whose guardian refused to be included in research and those suffering from severe physical ailments were excluded. People living in residential structures like hostels or dormitories were not included in the survey.

Samples and Sampling

Cluster sampling technique was used in this study. As mentioned before, 140 clusters were selected randomly throughout the country and samples collected from each cluster (PSU) were 142. Earlier studies in the community of Bangladesh among adult and child population showed prevalence figures of substance abuse 0.6%⁶ and 0.8%⁷ respectively. The geometric mean is 0.7%. Assuming the figures applicable to this study we applied it along with other statistics given below into the following formula. As the prevalence of substance use in the community is relatively less value of degree of error or degree of precision (d) was considered as 0.002 to increase the precision or accuracy. We calculated the sample size for the first stage of the study following the power formula for the purpose. The required sample size was 19800 calculated as follows:

$$n = \frac{z^2 \{p(1-p)\} f}{d^2} = 19800$$

When

$z = 1.96$ (Standard normal variant value for 95% confidence)

$p = 0.007$ (Expected prevalence or proportion of the disorder)

$1-p = 1 - 0.007 = 0.993$

$f = 3 =$ design effect

$d = 0.002$

Appointment and training

Twenty (20) data collectors and 20 research psychiatrists were selected for the field work. Among 20 data collectors 10 were male and 10 female. Data collectors had minimum educational qualification HSC. Research psychiatrists were psychiatrists having MBBS degree and a postgraduate degree or at least two years training in psychiatry. Data collectors were recruited through advertisement in the national Daily News Paper. Initially 609 applications were received for appointment. After proper scrutiny through a committee 265 applications were found valid according to the requirements published in the advertisement. Final selection was made by the investigators through an interview in National Institute of Mental Health, Dhaka. Persons having experience in medical field research were given preference. Advertisement in a national daily news paper was also floated for appointment of an Admin Assistant. Among 129 applications for the post 80 were found valid and one was finally appointed through interview by the investigators. One MLSS was also appointed through same procedure of appointment. Research psychiatrists were appointed by investigators in consultation with Head of the Department of Psychiatry in Divisional Medical Colleges. A biostatistician having exposure in medical survey was also appointed for the study.

Psychiatrists working as head of the department of psychiatry in divisional medical colleges worked as divisional coordinators. Data collectors, research psychiatrists and divisional coordinators were trained and oriented on data collection, monitoring and diagnostic procedure of the survey for 2 days in NIMH.

The biostatistician was involved with the survey activities including development of protocol, training, data entry, data analysis, report writing and dissemination of the results. Three coordination meetings with Line Director, Program Manager and Deputy Program Manager of NCDC of DGHS, Divisional coordinators and research psychiatrists were held periodically.

Data Collection Technique and Procedure

Before actual data collection a pilot study was conducted among 30 urban and 30 community people living outside of the study area. Then necessary modifications were made in the protocol and questionnaires depending on the findings of the pilot study.

During the first month, the study sites and study population were selected. Discussions on the subject were held with local people, community leaders and local health care providers for exchange of views about the research topics. This informal discussion helped in creating an environment that facilitated subsequent data collection.

Data collectors and research psychiatrists were distributed in their working area depending on the total number of samples to be interviewed by all of them. Each data collector approached to interview total 990 samples ($19800 \div 20 = 990$) during data collection period. Number of samples to be interviewed daily by each data collector were on average 11. Data collection forms were numbered and 20% of samples were monitored randomly by divisional coordinators for improving data collection and data quality. Five percent (5%) of total samples were monitored randomly by the principal and co-investigators for improving data quality. After monitoring, steps were taken for required correction. Data collectors collected data by face to face interviewing and sometimes by passive observation through house to house survey in each cluster.

Data were collected in **two stages**. In the **first stage**, all of 142 respondents from a randomly selected segment of a cluster were interviewed through household to household visit. The final sampling unit was household in the study area. Information of children and people not able to give information were collected from both sample cases and one of their parents or guardians as required.

Household or participants refusing to participate in the survey or people not available for interview during at least 2 visits were excluded. In each of these cases replacement was made from next household. If next one was missed then the household or case/s was/were considered as dropped out. A total of 19800 respondents from 140 clusters were approached by data collectors for interview.

SRQ and RQC questionnaires were pretested, adapted and used in national survey on mental health⁶ and community survey on child mental disorders including substance abuse respectively⁷. These questionnaires were applied among study population. Other questionnaires used in the survey were pretested and necessary modifications were done before applying on final samples.

All respondents were classified on the basis of answers / scores in the screening questionnaires. Positive answers in SRQ with a cut off score 6 for the first 20 questions and one positive answer for last 4 questions, one positive answer in RQC and one positive answer in screening WHO ASSIST questionnaire for substance use were considered as positive.

A total of 19800 respondents were approached for interview in first stage in order to identify 'probable cases' and 'probable noncases' along with factors associated with substance use and sociodemographic correlates.

In the **second stage** of study systemic random sampling technique was adopted for screen negative cases. The sampling interval was 4 for screen negative cases. When search for 'true cases' was made, all screen positive and every fourth screen negative respondents were interviewed by research psychiatrists to find out the true cases of substance use and associated mental disorders. If 4th respondent of screen negative cases was not found the 3rd or 5th respondent was included for interview. If any of the screen positive cases or 3rd or 5th respondent in the screen negative cases was not available for interview even after recall for twice then the case was assumed as dropped out. Research psychiatrists remained blind about the result of screening instruments to reduce the risk of bias. Data

collectors guided them to interview the cases. Diagnosis of substance use and psychiatric disorders were confirmed following DSM 5 criteria for the purpose.

As a part of small qualitative assessment regarding factors associated with substance use five Focussed Group Discussions (FGDs) were conducted. FGDs were homogenous in nature and participants were from patients with substance use disorder, guardians of patients with substance use disorder, psychiatrists, resident physicians in psychiatry and clinical psychologists. Patterns and categories of data related to key issues were examined and data were divided into categories. The categories of data were described as required.

Instruments used in the survey

A. Questionnaires used in the first stage:

- i. Sociodemographic and Related Questionnaire for associated factors of substance use
- ii. **Screening questionnaires**
 - a. The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)⁸.
 - b. Self Reporting Questionnaire (SRQ)⁹.
 - c. Reporting Questionnaire for Children (RQC)¹⁰.

Sociodemographic and Related Questionnaire for associated factors of substance use

This questionnaire was developed based on sociodemographic information used in different studies in Bangladesh and information for different associated factors demonstrated in relevant studies and literature. The questionnaire was pretested and adapted for use in the survey.

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)⁸.

This is a brief screening questionnaire to find out about people's use of psychoactive substances. It was developed by World Health Organization (WHO) and international team of substance use researchers as a simple method of screening hazardous, harmful use of

alcohol, tobacco and other psychoactive substances. The questionnaire covers tobacco, alcohol, cannabis, cocaine, amphetamine, sedatives, hallucinogens, inhalants, opioids and other drugs.. The ASSIST is especially designed for use by health care workers in a range of health care settings. It may also be useful for professionals who work with people with high risk of problems related to substance use.

Self Reported Questionnaire (SRQ)⁹.

SRQ, a psychiatric case finding instrument, was developed by WHO for use in primary care setting. It is applicable for both health care facilities as well as residents in communities. SRQ consists of 24 questions, 20 of them are related to non-psychotic disorders and the remaining four to screen psychotic ones. The question in SRQ only asks for “yes” or ‘no’ answers. The respondent is considered to be potential psychiatric case if the ‘yes’ answer for the first 20 questions reaches or exceeds a fixed value the cut-off point or if at least one ‘yes’ answer given for the last four questions. SRQ has been selected as a case finding instrument in this study because it was developed for developing countries and has been validated in several developing countries including neighbouring India. This instrument was also used in Bangladesh in different studies including national survey on mental health in 2005⁶.

Reporting Questionnaire for Children (RQC)¹⁰.

The pre-tested Bengali version of RQC will be applied for screening of probable case and probable non-case in children 5 years to 17 years of age. It consists of 10 questions. It was developed by WHO and has been validated in several developing and developed countries. This instrument was also used in child mental health survey in Bangladesh in 2009⁷.

B. Diagnostic instrument used in the second stage

DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual 5)¹¹.

DSM-5 has been designed by American Psychiatric Association for diagnosis of mental disorders and substance use and related disorders. It has wide international acceptance and has been used in many international studies for diagnoses of mental disorders and substance use including studies in Bangladesh.

Data analysis

A biostatistician employed for the study was involved with data analysis. Analysis of data was an ongoing process with data collection; because, the overlapping of data collection and analysis was found to improve both the quality of data collected and the quality of analysis. Data collected from each respondent were checked to ensure the completeness of its contents. Each time, data were examined for conformity and contrast with initial ideas gathered from previous respondents. Data were checked for consistencies as well as for completeness. After proper editing data were coded; subsequently data were entered in the computer for summarization. Descriptive statistics of the collected data was done using standard statistical parameters. SPSS programme was used to summarize and to analyze the data. Tabular and Graphical matrix were used to describe data. Associations between variables were tested as required. Statistical test/s were applied to examine the significance of differences in distributions of substance use in the background of different socio-demographic and related factors.

Ethical consideration

Ethical clearance was taken from Bangladesh Medical Research Council (BMRC).

Research objectives and procedure were explained to every study individual and their parents / guardians. Informed written consents were obtained from all individuals / parents / informants in the study area before interview as required. In order to document the consent, Bengali version of consent form was read out in presence of witness, who along with the respondent later signed the consent form. Illiterate respondents, however, were asked to put their thumb impression in front of the witnesses. All respondents had the liberty to leave the study at any stage. They were also free to refuse to answer any question. Confidentiality was maintained at every stage of data collection for every individual. Interviews were conducted at times and locations suitable to the study individuals and privacy was maintained during assessment.

After finishing data collection, each questionnaire was identified by code number and names in the questionnaires was erased. The final report did not contain the names. It may be mentioned that there was no intervention in the survey. This study was beneficial to the community.

Dissemination of results

Findings of the study were sent to the NCDC wing of DGHS under Ministry of Health & Family Welfare in the form of a report. The results of the study were presented in a workshop organized in NIMH, Dhaka in presence of participants from all the related sectors including NGOs and policy makers.

Results

A. General characteristics of the respondents

Population characteristics described below show the factors associated with the use of substances in Bangladesh. The survey was conducted in seven divisions of Bangladesh representing different regions of the country. In the first stage 19800 respondents in 140 clusters were approached by the trained data collectors to collect information. Among them 19692 respondents were finally interviewed.

Table 2 : Sociodemographic characteristics of the respondents (n=19692)

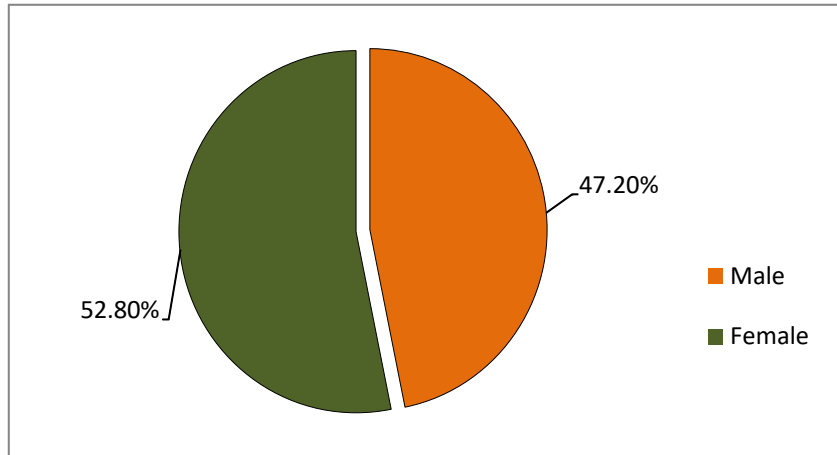
| Characteristics | Category | Number | Percent (%) |
|------------------------|-----------------------------|---------------|--------------------|
| Age | < 18 Years | 3031 | 15.4% |
| | 18 Years and Above | 16661 | 84.6% |
| Sex | Male | 9295 | 47.2% |
| | Female | 10397 | 52.8% |
| Religion | Islam | 16521 | 83.9% |
| | Hindu | 2842 | 14.4% |
| | Christian | 29 | 0.1% |
| | Buddhist | 300 | 1.5% |
| Education | Illiterate | 4705 | 23.9% |
| | Institutional education | 14058 | 71.4% |
| | Non-institutional education | 908 | 4.6% |
| | Others | 21 | 0.1% |

| | | | |
|----------------|-----------------|-------|-------|
| Occupation | Unemployed | 1099 | 31.7% |
| | Businessman | 2792 | 14.2% |
| | Farmer | 2274 | 11.5% |
| | Services | 1575 | 8.0% |
| | Housewife | 6246 | 31.7% |
| | Domestic worker | 125 | 0.6% |
| | Labor | 1859 | 9.4% |
| | Student | 3394 | 17.2% |
| | Others | 328 | 1.7% |
| Marital status | Married | 14810 | 75.2% |
| | Not married | 4882 | 24.8% |

| | | | |
|------------------------------|-----------------|-------|-------|
| Types of family | Extended family | 8352 | 42.4% |
| | Nuclear family | 11340 | 57.6% |
| Parents alive or not | Both alive | 11690 | 59.4% |
| | Father died | 3482 | 17.7% |
| | Mother died | 495 | 2.5% |
| | Both died | 4025 | 20.4% |
| Relation with family members | Good | 11482 | 58.3% |
| | Very good | 5903 | 30.0% |
| | Average | 2213 | 11.2% |
| | Bad | 77 | 0.4% |
| | Very bad | 17 | 0.1% |
| Presence of physical illness | Yes | 1755 | 8.9% |
| | No / Don't know | 17937 | 91.1% |

Majority of the respondents were Muslim (83.9%) followed by Hindu (14.4%), Buddhist (1.5%) and Christian (0.1%). Among respondents 23.9% were illiterate. Among 19692 sample cases 16661 (84.6%) were above 18 years and 3031 (15.4%) were 7 years to 17 years of age. Majority of the study population were housewife (31.7%) and unemployed (31.7%). Nuclear type of family was 57.6%. Married people included 75.2% of samples. Physical illness was present in 8.9% cases.

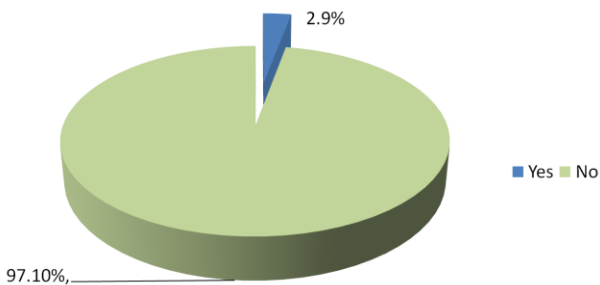
Figure 1: Distribution of respondents according to sex (n=19692)



Female (52.80%) outnumbered male (47.20%) among the respondents.

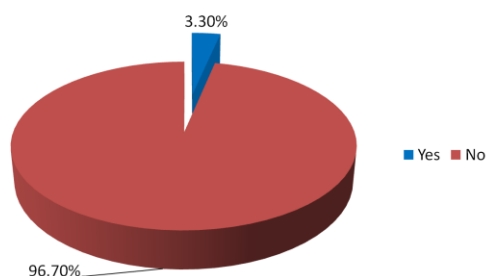
B. Results on substance use Substance use and prevalences

Figure 2: Prevalence of substance use in total population irrespective of age groups (n=19692)



Prevalence of substance use among population 7 years and above was found to be 2.9%.

Figure 3: Prevalence of substance use among respondents aged 18 years and above (n=16661)



Prevalence of substance use was found 3.3% among adult population of the country.

Table 3: Prevalance of substance use in different age groups of respondents (n=19692)

| Characteristics | Category | Substance use | |
|---------------------|--------------|---------------|-------|
| | | Yes | No |
| Age groups in years | 7-12 | 0.2% | 99.8% |
| | 13-17 | 1.5% | 98.5% |
| | 18-30 | 3.3% | 96.7% |
| | 31-50 | 3.2% | 96.8% |
| | 51 and above | 3.3% | 96.7% |

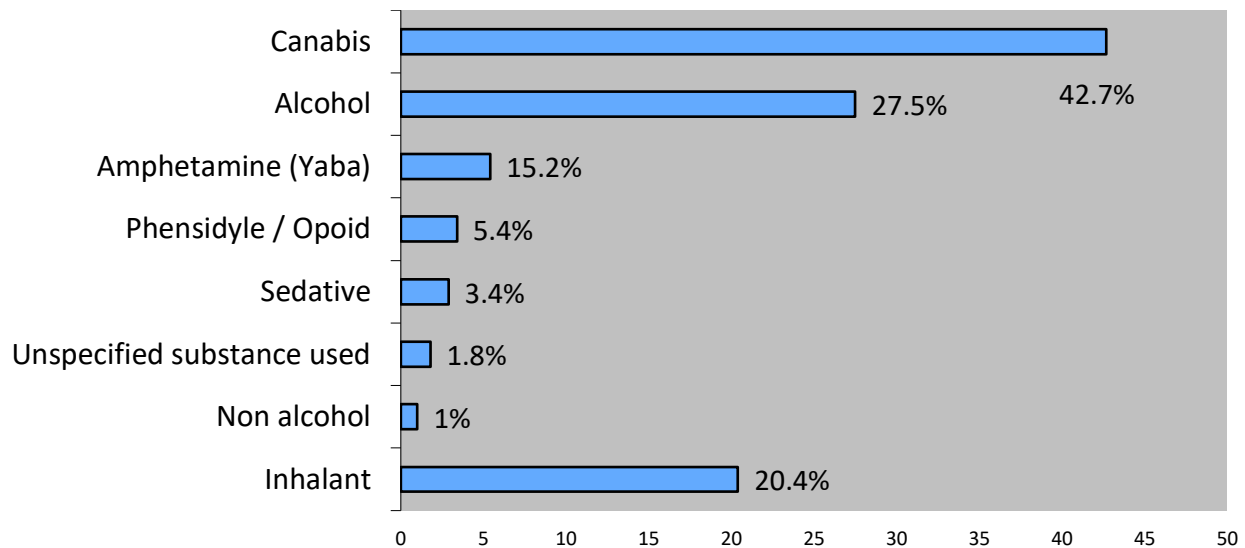
Respondents aged between 18 years to 30 years (3.3%), 51 years and above (3.3%) and 31 years to 50 years (3.2%) were the most frequent users of substances.

Table 4: Prevalence of substance use among adult population 18 years and above in different divisions (n=19692)

| Division | Prevalence (%) |
|-----------------|-----------------------|
| Dhaka | 3.2% |
| Chittagong | 3.6% |
| Sylhet | 2.6% |
| Khulna | 1.6% |
| Rajshahi | 1.7% |
| Rangpur | 3.7% |
| Barisal | 2.0% |

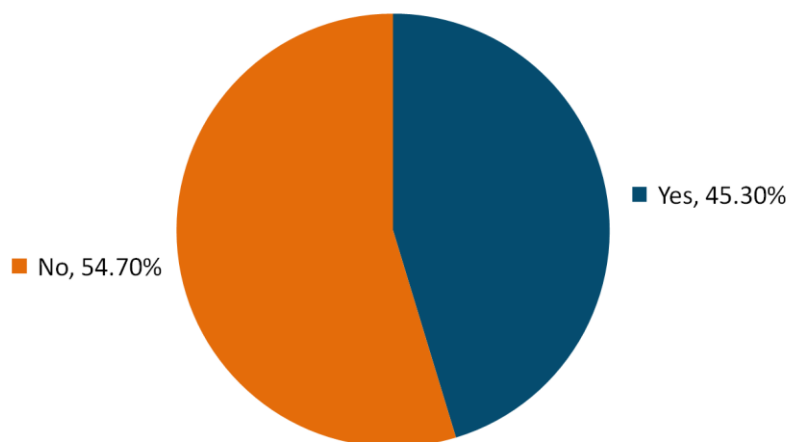
Khulna, Rajshahi and Sylhet divisions had 1.6%, 1.7% and 2.6% prevalence of substance use respectively which are lower than that of other divisions where as Rangpur (3.7%), Chittagong (3.6%) and Dhaka (3.2%) divisions had the higher prevalence of substance use.

Figure 4: Proportion of different types of substances used by the respondents taking substance (n=562)



Among the using substances Cannabis (42.7%) was most frequently used by the people followed by alcohol (27.5%), amphetamine (yaba) (15.2%), opioid (5.4%) and sedatives (3.4%).

Figure 5: Prevalence of smoking, intake of gul or other related substances (n=19692)



About forty five percent (45.30%) of the respondents were smoking or using Ghul and other related substances.

Substance use and sociodemographic characteristics

Table 5 : Distribution of respondents according to substance use and sociodemographic criteria (n=19692)

| Characteristics | Category | Substance use | | Statistic |
|----------------------------|-----------------------------|---------------|--------|--------------------------------------------|
| | | Yes | No | |
| Sex | Male | 4.8% | 95.2% | $\chi^2 = 308.550, p = .000$ df = 1, |
| | Female | 0.6% | 99.4% | |
| Religion | Islam | 15.0% | 85.0% | $\chi^2 = 187.993, p=.000, df=3$ |
| | Hindu | 2.4% | 97.6% | |
| | Christian | 4.1% | 95.9% | |
| | Buddhism | 0.0% | 100.0% | |
| Marital status | Yes | | | |
| | No | | | |
| Education | Illiterate | 3.3% | 96.7% | $\chi^2 = 7.315$ $p = .063$ $d = 3$ |
| | Institutional education | 2.7% | 97.3% | |
| | Others | 4.8% | 95.2% | |
| | Non-institutional education | 2.0% | 98.0% | |
| Type of family | Extended family | 2.7% | 97.3% | Fisher's Exact Test = 0.260 |
| | Nuclear family | 3.0% | 97.0% | |
| Monthly Expenditure | Up to Tk.7500 | 3.2% | 96.8% | $\chi^2 = 14.745$ $p = .001$ $d = 2$ |
| | Tk. 7501-Tk15000 | 2.6% | 97.4% | |
| | Tk. 15000+ | 3.8% | 96.2% | |

| Occupation | Unemployed | 5.7% | 94.3% | $\chi^2 = 398.851$ $p = .000$ $d = 8$ |
|------------|-----------------|-------|-------|---------------------------------------------|
| | Businessman | 4.3% | 95.7% | |
| | Farmer | 3.8% | 96.2% | |
| | Service | 3.5% | 96.5% | |
| | Housewife | 0.7% | 99.3% | |
| | Domestic worker | 2.4% | 97.6% | |
| | Labor | 6.7% | 93.3% | |
| | Student | 1.0% | 99.0% | |
| | Others | 11.3% | 88.7% | |

Prevalence of substance use was more among male (4.6%) than female (0.6%), more among illiterate (3.3%), more in nuclear family (3.3%) than extended family (2,7%) and more among unemployed (5.7%) people than other professionals.

Table 6 : Prevalence of substance use depending on living background (n=19692)

| Urban-Rural | Prevalence (%) |
|-------------|----------------|
| Urban | 3.4% |
| Rural | 2.7% |

Urban people (3.4%) were using substances more frequently than rural people (2.7%).

Table 7 : Distribution of respondents using specific substance in different divisions (n=562)

| | Dhaka | Chittagong | Sylhet | Khulna | Rajshahi | Rangpur | Barisal |
|-----------------------------------|--------------|-------------------|---------------|---------------|-----------------|----------------|----------------|
| Canabis | 53.1% | 40.7% | 33.3% | 68.6% | 55.0% | 73.1% | 91.3% |
| Alcohol | 25.6% | 60.0% | 25.6% | 25.7% | 45.0% | 28.2% | 0.0% |
| Amphetamine | 23.7% | 15.0% | 23.1% | 5.7% | 20.0% | 19.2% | 13.0% |
| Opioid | 15.9% | 0.7% | 7.7% | 0.0% | 2.5% | 0.0% | 0.0% |
| Sedatives | 3.9% | 2.9% | 7.7% | 0.0% | 0.0% | 11.5% | 0.0% |
| Inhalant | 1.9% | 0.0% | 5.1% | 0.0% | 2.5% | 0.0% | 0.0% |
| Non Alcohol | 5.8% | 0.0% | 0.0% | 2.9% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |
| Unspecified Substance used | 9.7% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 1.3% | 0.0% |
| Phensidyle | 0.0% | 0.0% | 2.6% | 0.0% | 0.0% | 0.0% | 0.0% |

Division wise use of specific substance shows Cannabis is most frequently used in Barishal (91.3%) followed by Rangpur (73.1%), Khulna (68.6%), Rajshahi (55%) and Dhaka (53.1%). Alcohol is mostly used in Chittagong division (60.0%) followed by Rajshahi division (45.0%). Use of Amphetamine is 23.7% and Opioid 15.9% in Dhaka division.

Substance use and parental factors

Table 8 : Distribution of respondents according to substance use and parental occupation and education (n=19692)

| Occupation of father | | Substance use | | Statistic |
|---------------------------------------|-----------------------------|---------------|-------|-------------------|
| | | Yes | No | |
| Unemployed | | 3.6% | 96.4% | $\chi^2 = 22.960$ |
| Businessman | | 2.5% | 97.5% | $P = .001$ |
| Farmer | | 2.6% | 97.4% | $d = 6$ |
| Service | | 3.8% | 96.2% | |
| Labor | | 3.5% | 96.5% | |
| Others | | 5.1% | 94.9% | |
| Dead | | 1.2% | 98.8% | |
| Education of father and mother | | | | |
| Father | Illiterate | 3.2% | 96.8% | $\chi^2 = 15.968$ |
| | Institutional education | 2.6% | 97.4% | $d=3$ |
| | Non-institutional education | 1.7% | 98.3% | $p=.001$ |
| | Others | 16.7% | 83.3% | |
| Mother | Illiterate | 3.2% | 96.8% | $\chi^2 =18.410$ |
| | Institutional education | 2.4% | 97.6% | $d=3$ |
| | Non-institutional education | 1.3% | 98.7% | $p=.000$ |

Table 9 : Distribution of respondents according to substance use and parents alive or not (n=19692)

| Characteristics | Category | Substance use | | Statistic |
|----------------------|-------------|---------------|-------|--------------------------------------------|
| | | Yes | No | |
| Parents alive or not | Both alive | 2.2% | 97.8% | $\chi^2 = 41.892$ $d = 3$ $p = .000$ |
| | Father died | 3.9% | 96.1% | |
| | Mother died | 3.8% | 96.2% | |
| | Both died | 3.6% | 96.4% | |

Table 10: Distribution of respondents according to substance use and current marital situation of parents(n=19692)

| Characteristics | Category | Substance use | | Statistic |
|--------------------------------------|-------------------------------|---------------|-------|-------------------------------------------|
| | | Yes | No | |
| Current marital situation of parents | Living together | 2.2% | 97.8% | $\chi^2 = 6.950$ $d = 3$ $p = .074$ |
| | Living separate | 2.2% | 97.8% | |
| | Divorced | 2.7% | 97.3% | |
| | Father / mother married again | 8.8% | 91.2% | |

Table 11: Distribution of respondents according to substance use and parental relationship (n=19692)

| Characteristics | Category | Substance use | | Statistic |
|-----------------------|-----------|---------------|-------|--------------------------------------------|
| | | Yes | No | |
| Parental relationship | Good | 2.7% | 97.3% | $\chi^2 = 19.852$ $d = 4$ $p = .001$ |
| | Very good | 2.6% | 97.4% | |
| | Average | 2.7% | 97.3% | |
| | Bad | 9.3% | 90.7% | |
| | Very bad | 9.4% | 90.6% | |

Bad parental relationship was more prevalent among individuals taking substances.

Substance use and family factors

Table 12: Distribution of respondents according to substance use and family criteria (n =19692)

| | | | Substance use | | Statistic |
|----------------------------------------------|-----------------|--|---------------|-------|-------------------|
| | | | Yes | No | |
| Relation with family member | Good | | 2.7% | 97.3% | a |
| | Very good | | 2.9% | 97.1% | $\chi^2 = 66.726$ |
| | Average | | 2.7% | 97.3% | d = 4 |
| | Bad | | 18.2% | 81.8% | p = .000 |
| | Very bad | | 5.9% | 94.1% | |
| Using substance by family members | Yes | | 5.2% | 94.8% | $\chi^2 = 19.852$ |
| | No | | 2.0% | 98.0% | d = 4 |
| | Don't know | | 2.5% | 97.5% | p = .001 |
| Presence of physical illness | Yes | | 4.8% | 95.2% | $\chi^2 = 25.949$ |
| | No / Don't know | | 2.7% | 97.3% | d = 1 p = .000 |
| Family history of psychiatric illness | Yes | | 3.7% | 96.3% | Fisher's exact |
| | No | | 2.8% | 97.2% | test = .090 |
| Type of psychiatric illness | Major | | 4.9% | 95.1% | Fisher's Exact |
| | Minor | | 3.2% | 96.8% | Test = .180 |

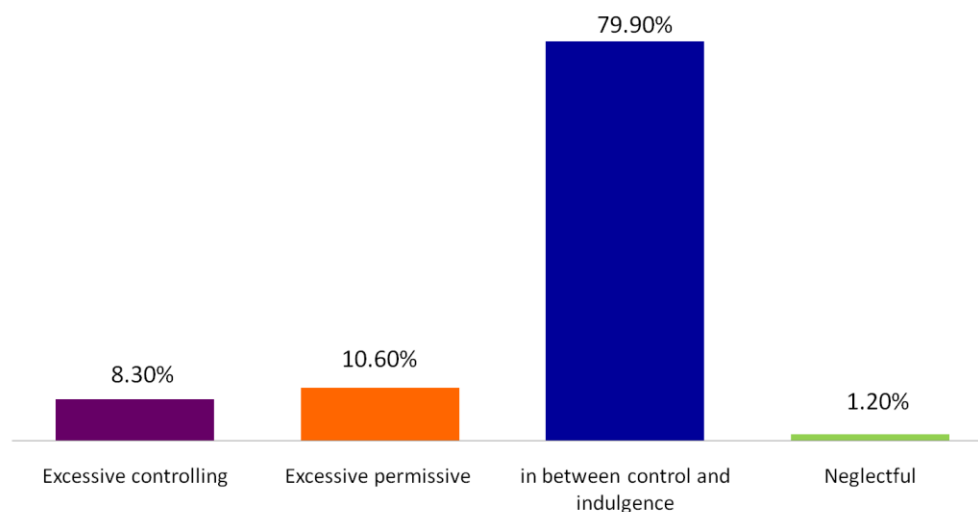
Bad relation with family members and family history of substance use was more among substance users.

Table 13: Distribution of respondents according to substance use and parenting style (n =19692)

| | Types of parenting | Substance use | | Statistic |
|------------------------|-------------------------------|---------------|-------|-----------------------|
| | | Yes | No | |
| Parenting style | Excessive controlling | 1.2% | 98.8% | $\chi^2 = 1.970$ |
| | Excessive permissive attitude | 2.2% | 97.8% | $d = 3$ $p = .579$ |
| | Balanced | 1.8% | 98.2% | |
| | Neglect | 2.7% | 97.3% | |

Parental neglect (2.7%) and excessive permissive attitude (2.2%) was more common among substance users.

Figure 7: Parenting styles among the parents of the respondents aged 7 to 17 years (n=3031)



Parenting style in between excessive controlling and excessive permissiveness among parents of children was 79.9%.

Substance use and school criteria

Table 14 : Distribution of respondents according to substances use and school criteria (n= 19692)

| | | Substance use | | Statistic |
|---------------------------------------|-----|---------------|-------|--------------------------|
| | | Yes | No | |
| History of school truancy | Yes | 2.4% | 97.6% | Fisher's Exact Test=.031 |
| | No | 1.4% | 98.6% | |
| Forensic history | Yes | 7.6% | 92.4% | Fisher's Exact Test=000 |
| | No | 2.6% | 97.4% | Fisher's Exact Test=.318 |
| Social adjustment in childhood | Yes | 1.6% | 98.4% | |
| | No | 1.2% | 98.8% | |

History of school truancy (2.4%) and forensic history (7.65%) were more prevalent among substance users.

Substance use and opinions on different factors related to use of substance

Table 15 : Distribution of respondents using substances according to opinion on habit of substance use (n=562)

| | Habit | Opinion | | Statistics |
|------------------------------------------|------------------------------|---------|-------|-------------------|
| | | No | Yes | |
| Opinion on habit of substance use | Bad habit | 2.7% | 97.3% | $\chi^2 = 84.070$ |
| | Good habit | 95.9% | 4.1% | d = 2 |
| | Bad but also has good effect | 85.5% | 14.5% | p = .000 |

Substance use as a bad habit was opined by 97.3% of all respondents and a good proportion (14.5%) of substance users opined that substance use is bad but there are some good effects.

Table 16: Opinion of all respondents on habit and ability of quitting of substance use (n=19692)

| Opinion on substance use | Opinions | Number | % |
|---------------------------|----------------------|--------|-------|
| Quitting substance | Easily quittable | 9495 | 48.22 |
| | Not easily quittable | 1 0197 | 51.78 |

About 51.78% respondents said that substance use is not easily equitable.

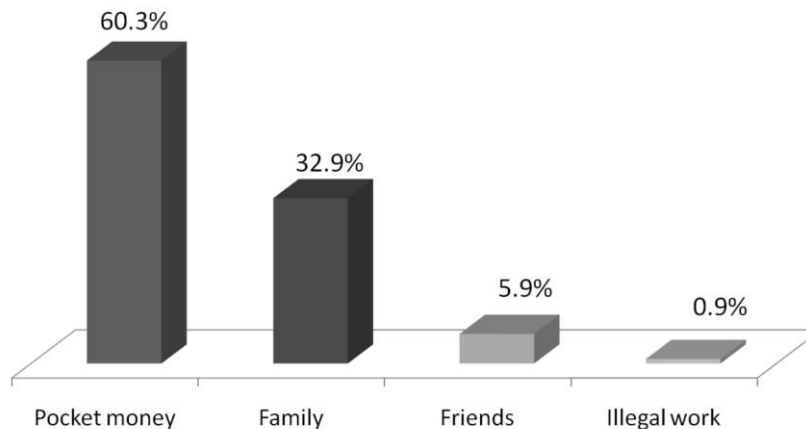
Table 17: Distribution of respondents using substances according to opinion on reasons of substance use (n=562)

| | Opinion | |
|-------------------------------------|---------------------|-------|
| Reasons for taking substance | Availability | 96.8% |
| | Unemployment | 94.3% |
| | Excess curiosity | 95.0% |
| | Pressure of friends | 92.9% |
| | Familial disharmony | 93.7% |
| | Failure in love | 89.8% |

*Multiple responses were there

Multiple reasons for intake of substances were described by respondents and among them most common reason described was availability of substances (96.8%) followed by excess curiosity (95.0%), unemployment (94.3%), family disharmony (93.7%), pressure of friends (92.9%) and failure in love (89.8%).

Figure 8: Sources of money for taking substance (n=562)



Pocket money (60.3%) and family (38.9%) were the commonest sources of money for using substance.

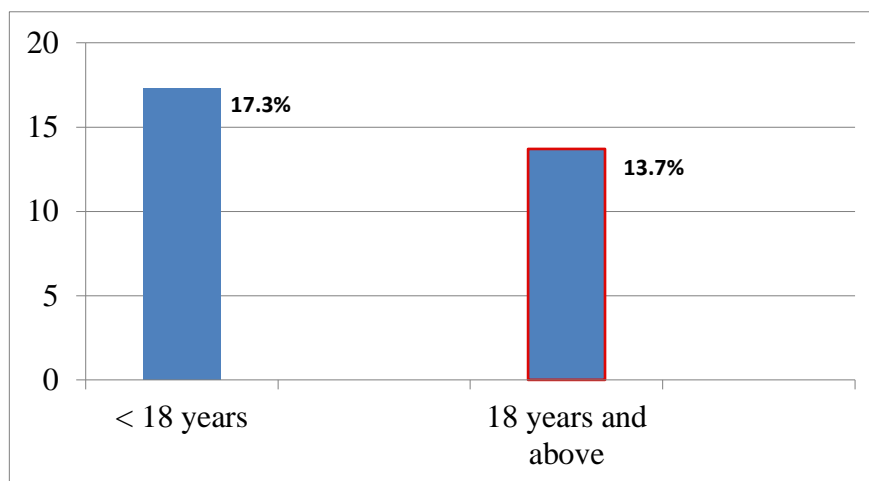
Table 18: Causes of substance use according to opinion of participants in Focused Group Discussions (FGDs)

| Factors as causes of substance use | Frequency of response | Percentage |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------|
| Peer Pressure | 28 | 25.45 |
| Curiosity | 13 | 11.82 |
| Availability of Drugs | 9 | 8.18 |
| Lack of supervision by guardians | 6 | 5.45 |
| Bad parenting | 5 | 4.55 |
| Lack of Social support to adjust in the recovery stage | 4 | 3.64 |
| Lack of family bonding | 4 | 3.64 |
| Failure of law and order | 4 | 3.64 |
| Mental Illness | 4 | 3.64 |
| To get relief from the boredom of drive in life | 4 | 3.64 |
| Availability of money | 3 | 2.73 |
| Relationship Issues | 3 | 2.73 |
| Social media addiction | 3 | 2.73 |
| Negative effect of media | 3 | 2.73 |
| Unemployment | 3 | 2.73 |
| Deteriorating social values | 3 | 2.73 |
| Lack of recreational facility | 2 | 1.82 |
| Women empowerment | 2 | 1.82 |
| To increase sexual abilities | 2 | 1.82 |
| Learned behavior | 1 | 0.91 |
| To cool the brain | 1 | 0.91 |
| Restlessness due to withdrawal | 1 | 0.91 |
| Familial disharmony | 1 | 0.91 |
| Relation with business of substance | 1 | 0.91 |

C) Results on Mental Disorders

Prevalence and sociodemographic characteristics of mental disorders

Figure 9: Prevalence of mental disorders below 18 years and above 18 years of age (n=19692)



Prevalence of mental disorders was found 13.7% among adult population 18 years and above and 17.3% among children 7 years to 17 years.

Table 19: Division wise prevalence of mental disorders (n= 19692)

| Categories | Mental disorder | | Statistic |
|------------|-----------------|-------|--------------------|
| | Yes | No | |
| Dhaka | 14.2% | 85.8% | $\chi^2 = 6.759^a$ |
| Chittagong | 13.8% | 86.2% | d = 6 |
| Sylhet | 13.6% | 86.4% | p = .344 |
| Khulna | 14.7% | 85.3% | |
| Rajshahi | 15.5% | 84.5% | |
| Rangpur | 14.8% | 85.2% | |
| Barisal | 13.0% | 87.0% | |

Highest prevalence of mental disorders was reported in Rajshahi division (15.5%) followed by Rangpur (14.8%), Khulna (14.7%), Dhaka (14.2%), Chittagong (13.8%), Sylhet (13.6%) and Barishal division (13.0%).

Table 20: Distribution of mental disorders according to sociodemographic criteria (n= 19692)

| Characteristics | Categories | Mental disorder | | Statistic |
|------------------------|--------------------|-----------------|-------|------------------------------------------|
| | | Yes | No | |
| Age | < 18 Years | 17.3% | 82.7% | Fisher's Exact Test=.000 |
| | 18 Years and above | 13.7% | 86.3% | |
| Sex | Female | 18.9% | 81.1% | Fisher's Exact Test=.000 |
| | Male | 10.3% | 89.7% | |
| Urban-Rural | Urban | 13.2% | 86.8% | Fisher's Exact Test=.015 |
| | Rural | 14.6% | 85.4% | |
| Types of family | Extended family | 14.1% | 85.9% | Fisher's Exact Test=.263 |
| | Nuclear family | 14.4% | 85.6% | |
| Marital status | Yes | 14.3% | 85.7% | Fisher's Exact Test=.943 |
| | No | 14.3% | 85.7% | |
| Religion | Islam | 13.9% | 86.1% | $\chi^2 = 27.608^a$ d = 3 p = .000 |
| | Hindu | 17.0% | 83.0% | |
| | Christian | 6.9% | 93.1% | |
| | Buddhism | 8.7% | 91.3% | |

| | | | |
|----------------|-----------------------------|-------|-------|
| Education | Illiterate | 17.9% | 82.1% |
| | Institutional education | 12.8% | 87.2% |
| | Non-institutional education | 18.6% | 81.4% |
| Occupation | Unemployed | 24.8% | 75.2% |
| | Businessman | 7.9% | 92.1% |
| | Farmer | 8.3% | 91.7% |
| | Service | 7.9% | 92.1% |
| | Housewife | 19.5% | 80.5% |
| | Domestic worker | 25.6% | 74.4% |
| | Labor | 11.4% | 88.6% |
| | Student | 14.3% | 85.7% |
| Type of family | Others | 18.9% | 81.1% |
| | Extended family | 14.1% | 85.9% |
| Marital status | Nuclear family | 14.4% | 85.6% |
| | Yes | 14.3% | 85.7% |
| | No | 14.3% | 85.7% |

Prevalence of mental disorders were found higher among female (18.9%) than male (10.3%), among rural (14.6%) than urban (13.2%) among Hindu (17.0%) than other religious groups and more among illiterate (17.9%), unemployed (24.8%), house wife (19.5%) and domestic workers (25.6%).

Table 21: Prevalence of mental disorder according to age group (n=19692)

| Age group in years | Mental disorders | |
|--------------------|------------------|--------|
| | Yes (%) | No (%) |
| 7-12 | 18.5 | 81.5 |
| 13-17 | 16.0 | 84.0 |
| 18-22 | 10.4 | 89.6 |
| 23-27 | 11.8 | 88.2 |
| 28-32 | 12.4 | 87.6 |
| 33-37 | 12.7 | 87.3 |
| 38-42 | 11.6 | 88.4 |
| 43-47 | 14.5 | 85.5 |
| 48-52 | 14.7 | 85.3 |
| 53 and above | 22.9 | 77.1 |

Highest prevalence of mental disorders was found in age group 53 years and above (22.9%) followed by 7 years to 12 years (18.5%) and 13 years to 17 years (16.0%).

Table 22: Types and percentages of specific mental disorders among the respondents diagnosed with mental disorder (n=2807)

| Types of mental disorders | Percentages (%) |
|------------------------------------------------------|------------------------|
| Neurodevelopmental disorders | 10.5% |
| Enuresis (307.6) | 1.3% |
| Bipolar and Related Disorders | 3.7% |
| Schizophrenia Spectrum and Other psychotic Disorders | 4.7% |
| Depressive Disorders | 24.8% |
| Delusional Disorder (297.1) | 1.0% |
| Dementia | 1.0% |
| Conduct Disorder (312.81) | 4.7% |
| Generalized Anxiety Disorder (300.02) | 13.9% |
| Somatic Symptom Disorder (300.82) | 15.9% |
| Adjustment Disorder (309.0) | 1.2% |
| Premature Ejaculation (302.75) | 1.4% |
| Obsessive Compulsive Disorder (300.3) | 3.1% |
| Antisocial Personality Disorder (301.7) | 1.0% |
| Conversion Disorder (300.11) | 1.8% |
| Erectile Dysfunction (302.72) | 1.8% |
| Panic Disorder (300.01) | 2.8% |
| Insomnia Disorder (780.52) | 2.6% |
| Specific/Social Phobia (300.29/300.23) | 0.9% |
| Borderline Personality Disorder (301.83) | 0.8% |
| Acute Stress Disorder (308.3) | 0.8% |
| Others | 1.0% |
| Total | 100% |

Major depressive disorder (24.8%) was the commonest diagnosis among the respondents diagnosed with mental disorders followed by somatic symptoms disorder (15.9%), anxiety disorders (13.9%), neurodevelopmental disorders (10.5%) and conduct disorder (4.7%).

Discussion

It is widely accepted sociodemographic criteria are contextually related to the prevalence of substance use and mental disorders. Some other culture specific factors are also frequently associated with the disorders. Mental disorders are frequent comorbidities with substance use. Understanding of the association of the factors in the study population are helpful for interpretation of the study results on substance use and mental disorders. A questionnaire containing sociodemographic and other related factors was used to look for associated factors with substance use and some of them are likely to play major risk for substance use. The survey was conducted among population of whole of Bangladesh. This nationwide multicentric community based survey was conducted by National Institute of Mental Health, Dhaka during the period of September 2017 to July 2018 to determine the prevalence of substance use and factors associated with it among people in Bangladesh. Multistage probability sampling technique was used to ensure less chance of bias in selection of sample. Thus it can be concluded that national representation of population was ensured in this study and generalization of study findings was valid and acceptable.

In the first stage, 19800 respondents in 140 clusters aged 7 years and above were approached by the trained data collectors for collecting information. Finally 19692 individuals (99.45%) were interviewed. Majority of the missed respondents in the first stage stage of interview was mainly because of refusal of guardians and respondents to take part in the study, absence of samples in the house and houses found under lock. Recalls for three consecutive times were made as required to reduce non response. There were 4970 screen positive cases (25.24%) and 14722 screen negative cases (74.76%). All screen positive cases and every fourth screen negative case were approached by research psychiatrists for diagnosis. But among screen positive cases 4667 and screen negative cases 3250 individuals could be interviewed in the second stage of interview. So, total number of samples interviewed in the second stage by research psychiatrists were 7917. Drop out in the second stage of interview was mainly due to absence of respondents in the house who were initially interviewed, denial to be interviewed, fleeing out of home because of shyness, fear of being exposed and caught in legal system. It was well realized that data in relation to substance use was either not available or difficult to capture. Recalls for three times were also made in the second stage also. Psychiatric interview in the second stage

of interview was conducted within two weeks of the completion of first screening stage of interview.

Psychoactive substance use has detrimental effects on individuals and society and is of important public health concern in Bangladesh. Varieties of illegal drugs are available in Bangladesh. Major causes of easy availability of abusing substances in the country may be due to its geographical proximity to opium producing regions of South East and South West Asia (Golden Triangle and Golden Crescent respectively), long border with India facilitating trafficking of drugs, illicit internal cultivation of poppy and cannabis, emerging threat of synthetic and semisynthetic drugs and availability of prescription drugs without prescription. Frequent drug seizures by the Narcotics Control Department and department of Police and Border Guard Bangladesh is just tip of the iceberg. The current pattern and trends of substance use demonstrated in this survey provides an understanding of the severity and importance of the issue in the community.

Individuals aged 18 years and above (84.6%) formed the predominant age group in the study which is consistent with the survey findings of BBS where major bulk of the population in the country is above 18 years⁵. In this survey majority (52.80%) of the respondents were females. Usually community survey records a higher representation of females because of their increased availability at homes during interview. Earning members of the family in Bangladesh are usually male and they remain outside of home at day time which was the usual time of collection of data.

Diagnoses of substance use, adult and child mental disorders were made in the second stage of interview by research psychiatrists following diagnostic criteria of DSM 5¹¹. DSM 5 is a globally accepted valid instrument for diagnosis of mental disorders including substance use specially when it is applied by expert clinicians. Research psychiatrists employed for this survey were experienced and they were intensively trained specially on application of DSM 5 in the field survey. DSM 5 was used in different studies in Bangladesh including national survey on mental health in 2005⁶ and child mental health survey in 2009⁷.

The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)⁸ designed by WHO used in this survey included questions for screening of Alcohol and Smoking also. Prevalence of smoking in population was calculated separately but information on Alcohol was included within substance use. Substance use disorders in this survey included alcohol, stimulants such as amphetamine and cocaine, cannabinoids, opioids, solvents, hallucinogens, sedatives and hypnotics.

Prevalence of substance abuse among adults in 2005⁶ and among children in 2009⁷ were 0.6% and 0.78% respectively. The findings of this survey show current prevalence of substance use as 3.3%, 1.5% and 0.2 % among population 18 years and above, 12 to 17 years and 7 to 11 years respectively which indicate increasing trend of substance use in the country. Changing societal values added by urbanization, industrialization and unemployment may be driving people to use abusing substances. The problem is more common in younger male population. Adults and older group of people are not also immune to substance abuse. Substance abuse, though a male phenomenon, is also observed among females. Prevalence of substance use among females has been consistently found less around the globe¹² and this study also showed lower prevalence among female (0.6%) as opposed to 4.8% in male. Sex may effect the attitude of the people in general which may also influence the attitude of male in taking substance. Moreover, attitude to substance abuse is influenced by sex differences because of male vulnerability to multiple environmental risk factors of substance abuse¹³. Males are also more exposed to the availability of substances in the community,

Most frequently used substances include cannabis (42.70%) followed by alcohol (27.5%), amphetamine (yaba) 15.20%, opioid (5.4%) and sleeping pills (3.4%). Cocaine and hallucinogens were not found among abusers. Alcohol intake among muslims are very limited possibly because of strict religious restriction. This survey had sample cases from Chittagong Hill Tracts and from special groups of population like Fisher's village where alcohol intake is a part of religious and cultural practice. This may explain the prevalence of alcohol in second position in a country where majority of the population are Muslims. However, possibility of increasing use of alcohol among general muslim population in Bangladesh should be taken carefully. Recent evidences show that prevalences of alcohol

consumption and substance use specially new drugs such as ecstasy is increasing in university students of Iran^{14,15}, a country officially declared an Islamic Republic and where religious rules / laws are practiced strictly. Amphetamine is widely prevalent in Myanmar and Thailand. Common border of Bangladesh with Myanmar and recent influx of Rohingya refugees in Cox's Bazar have created increased threat of availability of amphetamine in the name of Yaba in the country.

Smoking including use of ghul and other related substances was reported by 45.30% of respondents which is consistent with findings of The Global Adult Tobacco Survey (GATTS) conducted by WHO. ¹⁶

Division wise use of specific substance shows Cannabis is most frequently used in Barishal (91.3%) where as Alcohol is mostly used in Chittagong division (60.0%). Use of Amphetamine and Opioid are more frequent in Dhaka division. Variation in the use of different types of substances in different divisions is difficult to be explained. Availability of substances in different areas of the country may play as dominant factor in the variation of types of substance being used. Amphetamine is also used by the young and adult male for enhancement of sexual function and increase of general drive and motivation. Withdrawal of amphetamine intake causes low drive, lethargy, dysthymia and somnolence.

Labourer (6.7%), unemployed (5.7%) and business man (4.3%) group of people were more frequent users of substances than farmer and service holders ($p=.001$). Extremes of social classes were found as increased users of substances such as people with low income (3.2%) and people with high income (3.8%) using as against 2.6% in middle income group. People with illiteracy and nuclear family had higher frequency of substance use. Lower education levels and low socioeconomic status may give rise to tendency to substance intake and its perpetuation also^{17,18}. Illiteracy of father and mother, parental remarriage after divorce and bad relationship among parents had association with higher frequency of substance use in children and the association was statistically significant ($P<.001$). Bad relationship with family members, history of substance intake by family members and presence of physical illness in family members had association with substance use of the respondents ($P<.001$). Excessive permissive attitude of parents played role in the

substance use of children but the association was not significant. Forensic history of the respondent was found significantly associated with the frequency of substance use.

Pocket money (60.3%) was seen as the commonest source of money for substance use followed by money from family (32.9%), friends and illegal works.

About 48.22% of the respondents using substances said that it was easily quitable where as 51.78% of all survey respondents opined that it was not easily quitable. The variation in the response on quitting of substances may be considered as an important factor for motivation and treatment of substance use because relapse rate is practically very high.

Substance use is a complex phenomenon. There are several issues that determine the use of psychoactive substances in the community. Individuals taking substances opined that availability of substances (96.8%) was the commonest cause of substance use followed by excess curiosity (95%), pressure of friends (92.9%), unemployment (94.3%), familial disharmony (93.7%) and failure in love (89.85) ($p < .001$). Results of qualitative part of the research also showed peer pressure, curiosity and availability of drugs as the commonest risk factor of substance use in Bangladesh. Other risk factors mentioned in Focus Group Discussion (FGD) included bad company, lack of supervision of guardians, bad parenting, lack of social support to adjust in the recovery stage, lack of family bonding, failure of law and order situation, mental illness, getting relief from the boredom of drive in life, availability of money, relationship issues, social media addiction, negative effect of media, unemployment, increasing sexual abilities, deteriorating social values, lack of recreational facility, less empowerment of women, learned behavior, cooling the brain, restlessness due to withdrawal, familial disharmony and relation with drug dealers. Above all, according to different studies, personality traits have significant effects on substance abuse and related psychiatric symptomatology¹⁹. But this study did not have scope to consider the issue of personality. This is well recognized that people with antisocial personality are more vulnerable to abuse of substances.

Prevalence of mental disorders found in adult population (13.7%) and in child population (17.3%) of the country is not markedly different from the figures found among adults (16.1%) in 2005⁶ and among children (18.05%) in 2009⁷. No significant differences among

prevalences of adult mental disorders in different divisions of the country was found. Among diagnosed mental disorders Major Depressive Disorder (24.8%), Somatic Symptom Disorder (15.9%), Generalized Anxiety Disorder (13.9%,) and Neurodevelopmental Disorders (10.55) were the most frequent diagnosis which are also in consistent with findings of previous studies in the country^{6,7}. Among child mental disorders, Neurodevelopmental Disorders (NDDs) were found to have a significant level of prevalence which supports the ongoing government initiatives for addressing the issue of Autism and other NDDs with priority approach. Many mental disorders are associated with an increased risk of later substance use conditions²⁰. Study results show that secondary substance use disorders might be reduced substantially through the prevention of primary mental disorders²⁰.

The greater susceptibility of women to mental disorders may be attributed to a variety of gender specific factors such as biological (neuroendocrine) vulnerability, specific life events like pregnancy, menstruation and menopause and gender specific roles like mothering and associated stress^{21,22,23}. The difference between mental morbidity among male and female in the study may be further explained by male dominance in the society and high incidence of domestic violence in the country. A study of rural households in the country found that 38% of women was beaten by their husbands²⁴.The problem may be higher in rural and urban slum areas. Female characteristics such as increased reporting by female may be also an explanation.

There are some limitations of the survey. Drug abuse is highly stigmatized in the society of Bangladesh with possible link with moral issues, crime and legal system. Collecting information with self reporting questionnaire always carried the risk of underreporting of the problems. There has been no study in Bangladesh to assess the extent of underreporting in the study of substance use. More over, avoidance of the data enumerators and refusal to give information by the possible users of substance (respondents) were not unlikely. Drug abuse is a problem that is more common among male. As data collection time was principally in day time data enumerators were likely to have missed some male respondents with history of substance use. Telling a lie is also a common behavior of the individuals using drugs. Tabular and graphical presentation of data and Chi Square analysis of the data

showed association of factors with substance use in the country. Nevertheless, this is a largest survey of its kind ever conducted on substance use among nationally representative samples in Bangladesh. We are therefore confident that within the possible margins of error, profile of substance use we have reported reflects the exact profile of substance users in Bangladesh.

Individuals using substances and their families are stigmatized and discriminated in the society. Both health and non-health aspects of one's life get affected by substance use. Delirium, accidents, sudden death, liver and kidney problems, tuberculosis and cancers are among physical problems common in substance users. The impact on spouse, children and other family members are significant. Drop out from academic institutions, unemployment, involvement with illicit sex, arms and crime are also frequent.

Measures taken by the government to address the issue of substance use should be supported by the evidences generated from this research.

Conclusion

In this first large scale survey on substance use in Bangladesh a significant proportion of people were found to use substances, Cannabis was found to be the most commonly used drug in the country followed by alcohol, amphetamine, opioid and sleeping pills. Males were most likely to use substance than female. Laborer, illiterate, unemployed, business men, individuals in extremes of social class were using substance more frequently. Availability of substances, curiosity and peer pressure were found most common reasons of substance intake. Integrating all the findings of the survey with the findings from literature it may be commented that substance use is a complex problem which can result from effects of various interconnected factors. Findings of the survey could serve as empirical basis for the re-evaluation of the drug prevention programs of the government.

References

1. Vossius C, Testad T, Skjaeveland R, Nesvag S. The use and cost of health and social services in patients with long standing substance abuse. *BMC Health Serv. Res*, 2013; 13:185.
2. Rather YH, Bashir W, Sheikh AA et al. Sociodemographic and clinical profile of substance abusers attending a regional drug deaddiction center in chronic conflict area: Kashmir, India. *Malays J Med Sci*. 2013; 20(3):31-8.
3. Gupta S, Sarpal SS, Kumar D et al. Prevalence, pattern and familial effects of substance use among the male college students- A north Indian study. *J Clin Diagn Res*. 2013; 7(8):1632-6
4. Oetting E, Donnermeyer JF. Primary socialization theory: the etiology of drug use and deviance. *Subst Use Misuse*. 1998; 33:995-1026
5. Hoq KMM, Azad AK, Wazed MA et al. *Statistical Year Book Bangladesh 2015*. Bangladesh Bureau of Statistics.
6. Firoz AHM, Karim E, Faruq A, Mustafiz AHM, Zaman MM. Prevalence, medical care, awareness and attitude towards mental illness in Bangladesh. *Bangladesh Journal of Psychiatry*, 2006; 20(1).
7. Rabbani MG, Alam MF, Ahmed HU, Sarker Mekhala et al. Prevalence of mental disorders, mental retardation, epilepsy and substance abuse in children. Survey report 2009, National Institute of Mental Health, WHO, Dhaka.
8. Edwards SH, Humeniuk R, Ali R, Poznyak V, Monteiro M. *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (Draft Version 1.1 for Field Testing)*. Geneva, World Health Organization, 2003.

9. Harding TW, De Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HHA, Ignaciol LL et al. Mental disorders in primary health care: A study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980; 10: 231-241.
10. Giel R, Arango MVD, Climent MCE, Harding MTW, Ibrahim MHHA, Ladrado-Ignacio ML, Murthy MRS, Salazar MMC, Wig NNYounis YOA. Childhood mental disorders in primary health care: Results of observations in four developing countries using Reporting Questionnaire for Children (RQC): WHO collaborative study on strategies for extended mental health care. *Pediatrics* 1981; 68:677-683.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual 5 (DSM 5) for diagnosis of mental disorders. American Psychiatric Publishing , Arlington, VA , American Psychiatric Association, 2013.
12. Gureje O, Degenhardt L, Olley B et al. A descriptive epidemiology of substance use and substance use disorders in Nigeria during the early 21st century. *Drug and Alcohol Dependence* 91 (2007), 1-9.
13. Runzi BM, McMillin JD, Dickson CL, Crauthers D, McNeill KF, Pesina MD, et al. Gender differences regarding peer influence and attitude toward substance abuse. *J Drug Educ.* 1996;**26**(4):339-47.
14. Amiri ZM, Shakib AJ, Moosavi AK et al. Prevalence and risk factors of ecstasy use among college students in Astara, Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*,2009;15(5):1192-200.
15. Baheiraei A, Hamzehgardeshi Z, Mohammadi MR et al. Alcohol and drug use prevalence and factors associated with the experience of alcohol use in Iranian adolescents. *Iran Red Crescent Med J*.2013: 15(3):212-7.
16. Global Adult Tobacco Survey (GATS) Collaboration Group. Global Adult Tobacco Survey (GATS). Sample Weights Manual Version 2.0. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention, 2010.

17. Siziya S, Muula AS, /besa C, Babaniyi O, Songolo P, Kankiza N, et al. Cannabis use and its socio-demographic correlates among in-school adolescents in Zambia. *Ital J Pediatr.* 2013;39:13.
18. Marvanova M, Roumie CL, Eden SK, Cawthon C, Schnipper JL, Kripalani S. Health literacy and medication understanding among hospitalized adults. *J Hosp Med.* 2011;6(9):488-93.
19. Kotov R, Gamez W, Schmidt F. Linking “big” personality traits to anxiety, depressive and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 2010; 136(5):768-821.
20. Swendsen J, Kevin P, Conway et al. Mental disorders as risk factors for substance use, abuse and dependence: Results from the 10 year follow up of the national comorbidity survey. *Addiction*, 2010 June: 105(6), 1117-1128.
21. Harpham T. Urbanization and health in transition. *The Lancet* 1997; 349: 11S-13S.
22. Cochrane R, Stopes-Roe M. Factors affecting the distribution of psychological symptoms in urban areas of England. *Acta Psychiatr Scand* 1980;61:445-460.
23. Vazquez-Barquero JL. Mental health in primary care settings. In: Goldberg D, Tantom D (e ditors). *The public health impact of mental disorders*. Toronto. Hogrefe and Huber Publishers,1990: 35-40.
24. Schuler SR, Hashemi SM, Riley AP, Akhter S. Credit program. Patriarchy and men’s violence against women in rural Bangladesh. *Social Science Medicine*, 1996;43:1729-1742.)

Appendices

1. Flow chart of activities

(Some modifications were done according to the necessity of the field)

| Activities | First month | Second month | Third month | Fourth month | Fifth month | Sixth month | Seventh month | Eighth month | Nineth month | Tenth month |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|-------------|---------------|--------------|--------------|-------------|
| <ul style="list-style-type: none"> Finalization and acceptance of survey protocol | ◆ | | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Appointment of data collectors Orientation training of data collectors, research psychiatrist | | ◆ | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Co-ordination meeting involving LD, PM, DPM of DGHS,investigators, Divisional Co-ordinators and research psychiatrists | | ◆ | | | ◆ | | | ◆ | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Administrative contact & contact with different stakeholders in the study sites | ◆ | ◆ | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Informal talk with community people Focus group interview | | ◆ | ◆ | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Pre-testing of questionnaire and pilot study Finalizing research tools | | ◆ | | | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Data collection | | | | ◆ | ◆ | ◆ | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Data entry | | | | | | ◆ | ◆ | ◆ | ◆ | |
| <ul style="list-style-type: none"> Data analysis | | | | | | | ◆ | ◆ | ◆ | |
| <ul style="list-style-type: none"> Preparation of report | | | | | | | | | ◆ | |

2. Questionnaire

Screen positive: In Question no.-----

Screen negative:

Prevalence and Risk Factors of Substance Use in Bangladesh

Questionnaire



National Institute of Mental Health & Hospital
Sher-e-Bangla Nagar, Dhaka-1207
Bangladesh



জরুরী প্রয়োজনে যোগাযোগঃ

অধ্যাপক ডাঃ মোঃ ফারুক আলম-০১৭১১-২৪৪৭৪৯

ডাঃ মেখলা সরকার-০১৭১২-৪৫৮৯৭৭

ডাঃ মোহাম্মদ তারিকুল আলম-০১৮১৮-২২২২২৮

ডাঃ হেলাল উদ্দিন আহমেদ-০১৭১২-২১৬৪৪৬

ডাঃ মোহাম্মদ জিল্লুর রহমান খান-০১৭১৬-৯০৬৫২০

Prevalence and Risk Factors of Substance Use in Bangladesh

জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল

শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

উত্তরদাতাদের অবহিতমূলক লিখিত সম্মতিপত্র

গবেষণা কাজের নাম : বাংলাদেশে মাদক ব্যবহারের প্রকোপ এবং বুকিপূর্ণ উপাদান বিষয়ক গবেষণা

প্রধান গবেষক : অধ্যাপক ডাঃ মোঃ ফারুক আলম
পরিচালক ও অধ্যাপক
জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল
শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

আসসালামু আলাইকুম / আদাব,

শেরে বাংলা নগরস্থ জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল, ঢাকা- এর পক্ষ থেকে 'বাংলাদেশে মাদক ব্যবহারের প্রকোপ এবং বুকিপূর্ণ উপাদান' বিষয়ক গবেষণা কার্যক্রম চলছে। প্রাপ্ত তথ্যগুলি মাদকাসক্তি ও মানসিক বিষয়ে উন্নত চিকিৎসা প্রদান ও দেশব্যাপী স্বাস্থ্য সেবা প্রদানে পরিকল্পনা গ্রহণের জন্য প্রয়োজন হবে। প্রাপ্ত তথ্যগুলির গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং এ বিষয়ে আপনার কোন ক্ষতি হবে না।

গবেষণা কাজের জন্য আপনাকে কিছু প্রশ্ন করতে চাই। আপনি যদি সম্মতি প্রদান করেন তবে আপনাকে মানসিকভাবে এবং প্রয়োজন হলে রোগ নির্ণয়ের জন্য শারীরিকভাবে পরীক্ষা করা হবে। এই সাক্ষাৎকারের জন্য কোন পারিশ্রমিকের ব্যবস্থা রাখা হয়নি। প্রয়োজন হলে সাক্ষাৎকারের জন্য আপনাকে পুনরায় আসতে হতে পারে এবং এই পর্যায়ে প্রয়োজন বোধে চিকিৎসার ব্যবস্থা করা হবে। আপনার সাক্ষাৎকারের গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং কেবলমাত্র গবেষণা কাজে সম্পৃক্ত গবেষকরা এই বিষয়ে জানতে পারবেন। একজন উত্তরদাতা হিসাবে গবেষণা কাজে সম্মতি প্রদানপূর্বক গবেষণা কার্যক্রম চলার যে কোন পর্যায়ে আপনি অংশগ্রহণ নাও করতে পারেন অথবা যে কোন প্রশ্নের উত্তর দিতে অপারগতা প্রকাশ করতে পারবেন। একজন উত্তরদাতা হিসাবে আপনি গবেষণা কাজে সম্মতি প্রদানপূর্বক সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর দান অথবা বৃদ্ধাংশগুলির ছাপ প্রদান করলে খুশি হবো।

আপনি ইচ্ছা করলে যে কোন প্রশ্ন করতে পারেন।

আপনাকে ধন্যবাদ।

উত্তরদাতার স্বাক্ষর / বৃদ্ধাংশগুলির চিহ্ন এবং নাম :

তারিখ :

সাক্ষীর স্বাক্ষর, নাম এবং ঠিকানা :

১।

তারিখ :

২।

তারিখ :

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর এবং নাম

তারিখ :

Prevalence and Risk Factors of Substance Use in Bangladesh

জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল

শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

উত্তরদাতাদের অবহিতমূলক লিখিত সম্মতিপত্র (উত্তরদাতা তথ্য প্রদানে সক্ষম না হলে অভিভাবকের সম্মতিপত্র)

গবেষণা কাজের নাম : বাংলাদেশে মাদক ব্যবহারের প্রকোপ এবং ঝুঁকিপূর্ণ উপাদান বিষয়ক গবেষণা

প্রধান গবেষক : অধ্যাপক ডাঃ মোঃ ফারুক আলম
পরিচালক ও অধ্যাপক
জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল
শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

আসসালামু আলাইকুম / আদাব,

শেরে বাংলা নগরস্থ জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল, ঢাকা- এর পক্ষ থেকে ‘বাংলাদেশে মাদক ব্যবহারের প্রকোপ এবং ঝুঁকিপূর্ণ উপাদান’ বিষয়ক গবেষণা কার্যক্রম চলছে। প্রাপ্ত তথ্যগুলি মাদকাসক্তি ও মানসিক বিষয়ে উন্নত চিকিৎসা প্রদান ও দেশব্যাপী স্বাস্থ্য সেবা প্রদানে পরিকল্পনা গ্রহণের জন্য প্রয়োজন হবে। প্রাপ্ত তথ্যগুলির গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং এ বিষয়ে আপনার বা আপনার রোগীর (সম্ভাব্য) কোন ক্ষতি হবে না।

গবেষণা কাজের জন্য আপনাকে কিছু প্রশ্ন করতে চাই। আপনি যদি সম্মতি প্রদান করেন তবে আপনার রোগীকে (সম্ভাব্য) মানসিকভাবে এবং প্রয়োজন হলে রোগ নির্ণয়ের জন্য শারীরিকভাবে পরীক্ষা করা হবে। এই সাক্ষাৎকারের জন্য কোন পারিশ্রমিকের ব্যবস্থা রাখা হয়নি। প্রয়োজন হলে সাক্ষাৎকারের জন্য আপনাকে পুনরায় আসতে হতে পারে এবং এই পর্যায়ে প্রয়োজন বোধে আপনার রোগী (সম্ভাব্য) চিকিৎসার ব্যবস্থা করা হবে। আপনার সাক্ষাৎকারের গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং কেবলমাত্র গবেষণা কাজে সম্পৃক্ত গবেষকরা এই বিষয়ে জানতে পারবেন। একজন উত্তরদাতা হিসাবে গবেষণা কাজে সম্মতি প্রদানপূর্বক গবেষণা কার্যক্রম চলার যে কোন পর্যায়ে আপনি অংশগ্রহণ নাও করতে পারেন অথবা যে কোন প্রশ্নের উত্তর দিতে অপারগতা প্রকাশ করতে পারবেন। একজন উত্তরদাতা হিসাবে আপনি গবেষণা কাজে সম্মতি প্রদানপূর্বক সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর দান অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ প্রদান করলে খুশি হবো।

আপনি ইচ্ছা করলে যে কোন প্রশ্ন করতে পারেন।

আপনাকে ধন্যবাদ।

উত্তরদাতা অভিভাবকের স্বাক্ষর / বৃদ্ধাংগুলির চিহ্ন এবং নাম :

তারিখ :

সাক্ষীর স্বাক্ষর, নাম এবং ঠিকানা :

১। তারিখ :

২। তারিখ :

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর এবং নাম তারিখ :

Prevalence and Risk Factors of Substance Use in Bangladesh

জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল

শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

উত্তরদাতাদের অ্যাসেন্ট ফরম

গবেষণা কাজের নাম : বাংলাদেশে মাদক ব্যবহারের প্রকোপ এবং ঝুঁকিপূর্ণ উপাদান বিষয়ক গবেষণা

প্রধান গবেষক : অধ্যাপক ডাঃ মোঃ ফারুক আলম
পরিচালক ও অধ্যাপক
জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল
শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

স্নেহের খোঁকা / খুকু,

শেরে বাংলা নগরস্থ জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল, ঢাকা- এর পক্ষ থেকে ‘বাংলাদেশে মাদক ব্যবহারের প্রকোপ এবং ঝুঁকিপূর্ণ উপাদান’ বিষয়ক গবেষণা কার্যক্রম চলছে। প্রাপ্ত তথ্যগুলি শিশুদের উন্নত চিকিৎসা প্রদান ও দেশব্যাপী মাদকাসক্তি সেবা প্রদানে পরিকল্পনা গ্রহণের জন্য প্রয়োজন হবে। প্রাপ্ত তথ্যগুলির গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং এ বিষয়ে শিশুদের কোন ক্ষতি হবে না।

গবেষণা কাজের জন্য তোমাকে কিছু প্রশ্ন করতে চাই। তুমি যদি সম্মতি প্রদান কর তবে তোমাকে মানসিকভাবে এবং প্রয়োজন হলে রোগ নির্ণয়ের জন্য শারীরিকভাবে পরীক্ষা করা হবে। এই সাক্ষাৎকারের জন্য কোন টাকা-পয়সার ব্যবস্থা রাখা হয়নি। প্রয়োজন হলে সাক্ষাৎকারের জন্য তোমাকে পুনরায় আসতে হতে পারে এবং এই পর্যায়ে প্রয়োজন বোধে চিকিৎসার ব্যবস্থা করা হবে। তোমার সাক্ষাৎকারের গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং কেবলমাত্র গবেষণা কাজে সম্পৃক্ত গবেষকরা এই বিষয়ে জানতে পারবেন। একজন উত্তরদাতা হিসাবে তুমি গবেষণা কাজে সম্মতি প্রদানপূর্বক সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর দান অথবা বৃদ্ধাংগুলির ছাপ প্রদান করলে আমি খুশি হবো।

তুমি ইচ্ছা করলে যে কোন প্রশ্ন করতে পার।

তোমাকে ধন্যবাদ।

উত্তরদাতার স্বাক্ষর / বৃদ্ধাংগুলির চিহ্ন এবং নাম :

তারিখ :

সাক্ষীর স্বাক্ষর, নাম এবং ঠিকানা :

১।

তারিখ :

২।

তারিখ :

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর এবং নাম

তারিখ :

Prevalence and Risk Factors of Substance Use in Bangladesh

জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল

শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

উত্তরদাতাদের অভিভাবকদের অবহিত মূলক লিখিত সম্মতিপত্র

গবেষণা কাজের নাম : বাংলাদেশে মাদক ব্যবহারের প্রকোপ এবং বুদ্ধিপূর্ণ উপাদান বিষয়ক গবেষণা

প্রধান গবেষক : অধ্যাপক ডাঃ মোঃ ফারুক আলম
পরিচালক ও অধ্যাপক
জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল
শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

আসসালামু আলাইকুম / আদাব,

শেরে বাংলা নগরস্থ জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল, ঢাকা- এর পক্ষ থেকে 'বাংলাদেশে মাদক ব্যবহারের প্রকোপ এবং বুদ্ধিপূর্ণ উপাদান' বিষয়ক গবেষণা কার্যক্রম চলছে। প্রাপ্ত তথ্যগুলি উন্নত মাদকাসক্তি ও মানসিক চিকিৎসা প্রদান ও দেশব্যাপী মাদকাসক্তি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানে পরিকল্পনা গ্রহণের জন্য অত্যাবশ্যিক।

গবেষণা কাজের জন্য আপনার শিশুকে কিছু প্রশ্ন করতে চাই। আপনি যদি প্রয়োজন মনে করেন এবং সম্মতি প্রদান করেন তবে আপনার শিশুকে মানসিকভাবে এবং প্রয়োজন হলে রোগ নির্ণয়ের জন্য শারীরিকভাবে পরীক্ষা করা হবে। এই সাক্ষাৎকারের জন্য কোন পারিশ্রমিকের ব্যবস্থা রাখা হয়নি। প্রয়োজন হলে সাক্ষাৎকারের জন্য পুনরায় আসতে হতে পারে। আপনার শিশুর সাক্ষাৎকারের গোপনীয়তা রক্ষা করা হবে এবং কেবলমাত্র গবেষণা কাজে সম্পৃক্ত গবেষকরা এই বিষয়ে জানতে পারবেন। গবেষণা কার্যক্রম চলার যে কোন পর্যায়ে আপনার শিশু অংশগ্রহণ নাও করতে পারে অথবা যে কোন প্রশ্নের উত্তর দিতে অপারগতা প্রকাশ করতে পারবে। একজন উত্তরদাতা হিসাবে আপনার শিশুকে গবেষণা কাজে অংশগ্রহণের সম্মতি প্রদানপূর্বক সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর দান করলে আমি খুশি হবো।

আপনি ইচ্ছা করলে যে কোন প্রশ্ন করতে পারেন।

উত্তরদাতার স্বাক্ষর / বৃদ্ধাংগুলির চিহ্ন এবং নাম : তারিখ :

সাক্ষীর স্বাক্ষর, নাম এবং ঠিকানা :

১। তারিখ :

২। তারিখ :

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর এবং নাম তারিখ :

Prevalence and Risk Factors of Substance Use in Bangladesh

জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল

শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

আইডি নং: _____

বাসার ধরণঃ ১. কাঁচা/টিনের ঘর/ মাটির ঘর ২. পাকা ঘর

আর্থ-সামাজিক এবং সংশ্লিষ্ট বিষয়ক প্রশ্নমালা

নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলির উত্তর লিখেন (বক্সে) অথবা সঠিক উত্তরে ঠিক চিহ্ন দিন।

১. আপনার বয়স কত? বছর
২. আপনার নিজের কোন লিঙ্গের অন্তর্ভুক্ত?
১. মহিলা ২. পুরুষ
৩. অন্যান্য (উল্লেখ করুন -----)
৩. আপনার ধর্ম কি?
১. ইসলাম ধর্ম ২. সনাতন/ হিন্দু ধর্ম
৩. খ্রীষ্টান ধর্ম ৪. বৌদ্ধ ধর্ম
৪. আপনি কোন পর্যন্ত পড়ালেখা করেছেন?
১. নিরক্ষর
২. প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা
৩. অপ্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা
৪. অন্যান্য (উল্লেখ করুন -----)
৫. আপনি এখন কি কাজ করেন?
১. বেকার ২. ব্যবসায়ী
৩. কৃষিকাজ ৪. চাকুরী
৫. গৃহিনী ৬. গৃহকর্মী
৭. দিনমজুর/শ্রমিক ৮. ছাত্র/ছাত্রী
৮. অন্যান্য (উল্লেখ করুন -----)
৬. আপনারা পরিবারের সদস্য সংখ্যা কত?
৭. আপনি কাাদের সাথে বসবাস করেন?
১. যৌথ পরিবার
২. একক পরিবার
৮. আপনার পরিবারে মাসে মোট কত খরচ হয়? টাকা
৯. আপনি কি বিয়ে করেছেন?
১. হ্যাঁ ২. না
(উত্তর না হলে ১১ নং প্রশ্নে চলে যান)

১০. আপনার বিয়ে পরবর্তী বর্তমান অবস্থা কি?
 ১. একসাথে থাকি ২. আলাদা থাকি
 ৩. স্বামী/স্ত্রী মারা গেছেন ৪. ডিভোর্স/তালাকপ্রাপ্ত
 ৫. অন্যান্য (উল্লেখ করুন -----)
১১. আপনার বাবা কি কাজ করেন বা করতেন?
 ১. বেকার ২. ব্যবসায়ী
 ৩. কৃষিকাজ ৪. চাকুরীজীবী
 ৫. শ্রমিক ৬. অন্যান্য (উল্লেখ করুন -----)
১২. আপনার মা কি কাজ করেন বা করতেন?
 ১. বেকার ২. ব্যবসায়ী
 ৩. কৃষিকাজ ৪. চাকুরীজীবী
 ৫. গৃহিনী ৬. গৃহকর্মী
 ৭. শ্রমিক ৮. অন্যান্য (উল্লেখ করুন -----)
১৩. আপনার বাবা কতটুকু পড়ালেখা করেছেন?
 ১. নিরক্ষর
 ২. প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা
 ৩. অপ্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা
 ৪. অন্যান্য (উল্লেখ করুন -----)
১৪. আপনার মা কতদূর পড়ালেখা করেছেন?
 ১. নিরক্ষর
 ২. প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা
 ৩. অপ্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা
 ৪. অন্যান্য (উল্লেখ করুন -----)
১৫. আপনার বাবা-মা কি বেচে আছেন?
 ১. দুজনেই বেচে আছেন ২. বাবা মারা গেছেন
 ৩. মা মারা গেছেন ৪. দুজনেই মারা গেছেন
 ৫. অন্যান্য (উল্লেখ করুন -----)
 [উত্তর ১ হলে ১৬ নং প্রশ্নে চলে যান, অন্যথায় ১৭ নং প্রশ্নে উত্তর দিন]
১৬. আপনার বাবা-মায়ের এখনকার বিবাহিত অবস্থা কেমন?
 ১. একসাথে থাকেন ২. আলাদা থাকেন
 ৩. ডিভোর্স/তালাকপ্রাপ্ত ৪. বাবা/মা পুনরায় বিয়ে করেছেন
১৭. আপনার বাবা-মায়ের মধ্যে পারস্পরিক সম্পর্ক কেমন?
 ১. ভালো ২. খুব ভালো ৩. মোটামুটি ৪. খারাপ ৫. খুব খারাপ
১৮. পরিবারের বেশীরভাগ সদস্যদের সাথে আপনার সম্পর্ক কেমন?
 ১. ভালো ২. খুব ভালো ৩. মোটামুটি ৪. খারাপ ৫. খুব খারাপ
১৯. আপনার পরিবারে কোন সদস্য কি নেশা করে বা করতেন?
 ১. হ্যাঁ ২. না ৩. জানি না

২০. জানামতে আপনার কি দীর্ঘমেয়াদি কোন শারীরিক রোগ আছে?
১. হ্যাঁ ২. না/ জানি না
২১. হ্যাঁ হলে কতদিন যাবত?
- মাস/বছর
২২. জানামতে আপনার পরিবারের কোন সদস্যের কি কোন মানসিক রোগ আছে?
১. হ্যাঁ ২. না
- উত্তর না হলে ২৩ নং প্রশ্নে চলে যান। উত্তর হ্যাঁ হলে পরবর্তী প্রশ্নের উত্তর দিন।
২৩. কি ধরনের মানসিক রোগ আছে?
১. গুরতর (অস্বাভাবিক আচরণ) ২. লঘু (স্বাভাবিক আচরণ)
২৪. ছোটবেলায় আপনার পরিবারের শাসন কেমন ছিল? /
- আপনার পরিবারের শাসন কেমন? (৭ থেকে ১৮ বছর বয়সী উত্তরদাতার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)
১. অতিরিক্ত শাসন
২. অতিরিক্ত প্রশ্রয়
৩. শাসন ও আদরের মাঝামাঝি
৪. অবহেলা
৫. অন্যান্য (উল্লেখ করুন-----)
২৫. ছোটবেলায় আপনি কি প্রায়ই স্কুল পালাতেন?/
- আপনি কি প্রায়ই স্কুল পালাতেন? (৭ থেকে ১৮ বছর বয়সী উত্তরদাতার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)
১. হ্যাঁ ২. না
২৬. আপনি কি কখনো আইনগত বা মামলার জটিলতায় পড়েছেন?
১. হ্যাঁ ২. না
২৭. ছোটবেলায় আপনি কি সবার সাথে মিলেমিশে চলতে পারতেন?/
- আপনি সবার সাথে মিলেমিশে চলতে পারেন?
(৭ থেকে ১৮ বছর বয়সী উত্তরদাতার ক্ষেত্রে প্রযোজ্য)
১. হ্যাঁ ২. না
২৮. নেশা সম্পর্কে নিচের কোন কথাটার সাথে আপনি একমত?
১. খারাপ অভ্যাস ২. ভাল অভ্যাস
৩. খারাপ কিন্তু কিছু ভাল দিকও আছে
৪. অন্যান্য (উল্লেখ করুন-----)
২৯. নেশা থেকে কি সহজে বেরিয়ে আসা যায় বলে আপনি মনে করেন?
১. হ্যাঁ ২. না
৩০. সিগারেট, গুল বা অন্য কোন নেশা করেন বা করতেন?
১. হ্যাঁ ২. না
(হ্যাঁ হলে কি কি নেশা করেন? -----
না হলে অন্যথায় ৩১ নং এর পরবর্তী প্রশ্নমালার অংশে চলে যান)

৩১. নেশা শুরু করেছেন কিভাবে?

১. বন্ধুদের উৎসাহে
২. কৌতূহল বশত
৩. মনের কষ্ট নিবারনে
৪. চিকিৎসকের নির্দেশিত চিকিৎসাপত্রের মাধ্যমে
৫. যৌন দুর্বলতা কাটানোর জন্য
৬. অন্যান্য (উল্লেখ করুন-----)

৩২. আপনার ক্ষেত্রে নেশা করার কারন কি?

১. সহজলভ্যতা
২. বেকারত্ব
৩. অতি কৌতূহল
৪. বন্ধুদের চাপে
৫. পারিবারিক অশান্তি
৬. প্রেমে ব্যর্থতা
৭. অন্যান্য (উল্লেখ করুন-----)

৩৩. নেশার টাকা কিভাবে পান?

১. বন্ধুদের মাধ্যমে
২. ব্যক্তিগত হাত-খরচ
৩. পরিবার হতে
৪. খারাপ কাজের মাধ্যমে
৫. অন্যান্য (উল্লেখ করুন-----)

Screening Questionnaire: 1

Prevalence and Risk Factors of Substance Use in Bangladesh

জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল

শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)

সাক্ষাৎকার গ্রহনকারীর আইডি :

ক্লিনিক :

রোগীর আইডি :

তারিখ :

ভূমিকা (অনুগ্রহ করে রোগীকে পড়ে শুনান)

মদ, তামাকজাত পন্যসমূহ এবং অন্যান্য নেশাজাতীয় দ্রব্য সম্পর্কিত এই সংক্ষিপ্ত সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহণে সম্মত হওয়ার জন্য আপনাকে ধন্যবাদ। আপনার জীবনকালে এবং বিগত ৩ মাসে এ সকল নেশাজাতীয় দ্রব্য ব্যবহারে আপনার অভিজ্ঞতা সম্পর্কে আমি আপনাকে কিছু প্রশ্ন করব। এ সকল নেশাজাতীয় দ্রব্য ধূমপান, গলাধঃকরণ, নাক দিয়ে টেনে নেয়া, শ্বাস-প্রশ্বাস, ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে অথবা বড়ি আকারে গ্রহণ করা যেতে পারে (নেশাজাতীয় দ্রব্যের কার্ড দেখান)।

তালিকাভুক্ত কিছু দ্রব্য চিকিৎসক কর্তৃক নির্দেশিত হতে পারে (যেমন: উত্তেজক, প্রশমনকারক, ব্যথার ঔষধ)।

আপনার চিকিৎসক কর্তৃক নির্দেশিত ঔষধসমূহের ব্যবহার আমরা এই সাক্ষাৎকারে লিপিবদ্ধ করব না। তবে আপনি যদি সেইসব ঔষধ নির্দেশনা ব্যতীত অন্যান্য কারণে বা অধিক হারে অথবা নির্দেশিত মাত্রার চেয়ে অধিক মাত্রায় গ্রহণ করেন সেক্ষেত্রে অনুগ্রহ করে আমাকে জানাবেন।

এছাড়াও যেহেতু আমরা আপনার আইন বহির্ভূত নেশাজাতীয় দ্রব্য ব্যবহার সম্পর্কে জানতে আগ্রহী, আপনি নিশ্চিত থাকুন যে এসকল দ্রব্য ব্যবহার সম্পর্কিত তথ্যসমূহ কঠোরভাবে গোপনীয় হিসেবে বিবেচিত হবে।

দ্রষ্টব্য: প্রশ্ন করার পূর্বে রোগীকে ASSIST প্রতিক্রিয়া কার্ড প্রদান করুন।

প্রশ্ন ১: (যদি ফলোআপ সম্পন্ন হতে থাকে তবে ১ নম্বর প্রশ্নের মূলভাগে প্রদত্ত উত্তর সমূহ পুনরায় মিলিয়ে দেখুন। এই প্রশ্নের কোন ধরনের পার্থক্য হলে আরও প্রশ্ন করা উচিত)।

| | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|
| আপনি জীবনে কোন না কোন সময়ে নিম্নের কোন কোন দ্রব্য ব্যবহার করেছেন (শুধুমাত্র চিকিৎসা বহির্ভূত ব্যবহার)? | না | হ্যাঁ |
| ক. তামাকজাতীয় পন্য (সিগারেট, চর্বনযোগ্য তামাক, সিগার, চুরুট ইত্যাদি) | ০ | ৩ |
| খ. মদজাতীয় পানীয় (বিয়ার, ওয়াইন, স্পিরিট ইত্যাদি) | ০ | ৩ |
| গ. ক্যানাবিস (মারিজুয়ানা, গাজাঁ, পট, গ্রাজ, ভাং ইত্যাদি) | ০ | ৩ |
| ঘ. কোকেন (কোক, ক্র্যাক ইত্যাদি) | ০ | ৩ |
| ঙ. অ্যাম্ফেটামাইন জাতীয় উত্তেজক (স্পিড, পিল, এক্সটাসিস ইত্যাদি) | ০ | ৩ |
| চ. শ্বাস-প্রশ্বাসের মাধ্যমে গ্রহনকৃত দ্রব্য (নিট্রোয়াস, পেট্রোল, রঞ্জক ইত্যাদি) | ০ | ৩ |
| ছ. প্রশমনকারক বা ঘুমের বড়ি (ভ্যালিয়াম, সেরেপ্যাক্স, রোহিপনল ইত্যাদি) | ০ | ৩ |
| জ. ভ্রম সৃষ্টিকারী দ্রব্য (এল.এস.ডি, অ্যাসিড, মাশরুম, পি.সি.পি, বিশেষ কে ইত্যাদি) | ০ | ৩ |
| ঝ. আফিম/অপিয়ড (হেরোইন, মরফিন, মেথাডন, কোডেইন ইত্যাদি) | ০ | ৩ |
| ঞ. অন্যান্য নির্দিষ্ট | ০ | ৩ |

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| যদি সকল উত্তর নেতিবাচক হয় তবে আরও অনুসন্ধান করুন: এমনকি যখন আপনি স্কুলে ছিলেন তখনও না? | যদি সকল উপাদানের উত্তর না হয় তবে, সাক্ষাৎকার যদি এগুলোর মধ্যে একটি উপাদানও হ্যাঁ হয় তবে জীবনের যেকোন পর্যায়ে প্রতিটি দ্রব্য ব্যবহারের ক্ষেত্রে ২ নম্বর প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করুন। |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

প্রশ্ন ২

| বিগত ৩ মাসে আপনি উল্লেখিত দ্রব্যসমূহ কতবার ব্যবহার করেছেন (প্রথম নেশাজাতীয় দ্রব্য, দ্বিতীয় নেশাজাতীয় দ্রব্য ইত্যাদি)? | কখনও না | একবার বা দুইবার | প্রতি মাসে | প্রতি সপ্তাহে | প্রতিদিন বা প্রায় প্রতিদিন |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|------------|---------------|-----------------------------|
| ক. তামাকজাতীয় পন্য (সিগারেট, চর্বনযোগ্য তামাক, সিগার, চুরুট ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| খ. মদজাতীয় পানীয় (বিয়ার, ওয়াইন, স্পিরিট ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| গ. ক্যানাবিস (মারিজুয়ানা, গাজাঁ, পট, গ্রাজ, ভাং ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| ঘ. কোকেন (কোক, ক্র্যাক ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| ঙ. অ্যাম্ফেটামাইন জাতীয় উত্তেজক (স্পিড, পিল, এক্সটাসিস ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| চ. শ্বাস-প্রশ্বাসের মাধ্যমে গ্রহনকৃত দ্রব্য (নিট্রোয়াস, পেট্রোল, রঞ্জক ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |

| | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| ছ. প্রশমনকারক বা ঘুমের বড়ি (ভ্যালিয়াম, সেরেপ্যাক্স, রোহিপনল ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| জ. ভ্রম সৃষ্টিকারী দ্রব্য (এল.এস.ডি, অ্যাসিড, মাশরল্লম, পি.সি.পি, বিশেষ কে ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| ঝ. আফিম/অপিয়ড (হেরোইন, মরফিন, মেথাডন, কোডেইন ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| ঞ. অন্যান্য – নির্দিষ্ট | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |

যদি ২ নম্বর প্রশ্নের সকল উপাদানেই "কখনও না" পাওয়া যায় তবে ৬ নম্বর প্রশ্নে চলে যান

যদি বিগত ৩ মাসে ২ নম্বর প্রশ্নে উল্লেখিত কোন একটি দ্রব্য ব্যবহার করে থাকেন, তবে ব্যবহৃত প্রতিটি দ্রব্যের জন্য ৩, ৪ ও ৫ নম্বর প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করুন।

প্রশ্ন ৩:

| বিগত ৩ মাসের মধ্যে আপনি কতবার (প্রথম নেশাজাতীয় দ্রব্য, দ্বিতীয় নেশাজাতীয় দ্রব্য ইত্যাদি) ব্যবহার করার জন্য তীব্র আকাঙ্ক্ষা বা তাড়না বোধ করেছেন? | কখনও না | একবার বা দুইবার | প্রতি মাসে | প্রতি সপ্তাহে | প্রতিদিন বা প্রায় প্রতিদিন |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|------------|---------------|-----------------------------|
| ক. তামাকজাতীয় পণ্য (সিগারেট, চর্বনযোগ্য তামাক, সিগার, চুরুট ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| খ. মদজাতীয় পানীয় (বিয়ার, ওয়াইন, স্পিরিট ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| গ. ক্যানাবিস (মারিজুয়ানা, গাজাঁ, পট, গ্রাজ, ভাং ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| ঘ. কোকেন (কোক, ক্র্যাক, ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| ঙ. অ্যাম্ফেটামাইন জাতীয় উত্তেজক (স্পিড, পিল, এক্সটাসি ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| চ. শ্বাস-প্রশ্বাসের মাধ্যমে গ্রহনকৃত দ্রব্য (নিট্রোয়াস, পেট্রোল, রঞ্জক ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| ছ. প্রশমনকারক বা ঘুমের বড়ি (ভ্যালিয়াম, সেরেপ্যাক্স, রোহিপনল ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| জ. ভ্রম সৃষ্টিকারী দ্রব্য (এল.এস.ডি, | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| অ্যাসিড, মাশরুম, পি.সি.পি, বিশেষ কে ইত্যাদি) | | | | | |
| ঝ. আফিম/অপিয়ড (হেরোইন, মরফিন, মেথাডন, কোডেইন ইত্যাদি) | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |
| ঞ. অন্যান্য – নির্দিষ্ট | ০ | ৩ | ৪ | ৫ | ৬ |

প্রশ্ন ৪

| বিগত ৩ মাসের মধ্যে আপনার (প্রথম নেশাজাতীয় দ্রব্য, দ্বিতীয় নেশাজাতীয় দ্রব্য ইত্যাদি) ব্যবহার কতবার আপনাকে শারীরিক, সামাজিক, আইনি বা অর্থনৈতিক সমস্যার সম্মুখীন করেছে? | কখনও না | একবার বা দুইবার | প্রতি মাসে | প্রতি সপ্তাহে | প্রতিদিন বা প্রায় প্রতিদিন |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----------------|------------|---------------|-----------------------------|
| ক. তামাকজাতীয় পণ্য (সিগারেট, চর্বনযোগ্য তামাক, সিগার, চুরুট ইত্যাদি) | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |
| খ. মদজাতীয় পানীয় (বিয়ার, ওয়াইন, স্পিরিট ইত্যাদি) | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |
| গ. ক্যানাবিস (মারিজুয়ানা, গাজাঁ, পট, গ্রাজ, ভাং ইত্যাদি) | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |
| ঘ. কোকেন (কোক, ক্র্যাক, ইত্যাদি) | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |
| ঙ. অ্যাম্ফেটামাইন জাতীয় উত্তেজক (স্পিড, পিল, এক্সট্যাসি ইত্যাদি) | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |
| চ. শ্বাস-প্রশ্বাসের মাধ্যমে গ্রহনকৃত দ্রব্য (নিট্রোয়াস, পেট্রোল, রঞ্জক ইত্যাদি) | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |
| ছ. প্রশমনকারক বা ঘুমের বড়ি (ভ্যালিয়াম, সেরেপ্যাক্স, রোহিপনল ইত্যাদি) | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |
| জ. ভ্রম সৃষ্টিকারী দ্রব্য (এল.এস.ডি, অ্যাসিড, মাশরুম, পি.সি.পি, বিশেষ কে, ইত্যাদি) | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |
| ঝ. আফিম/অপিয়ড (হেরোইন, মরফিন, মেথাডন, কোডেইন ইত্যাদি) | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |
| ঞ. অন্যান্য – নির্দিষ্ট | ০ | ৪ | ৫ | ৬ | ৭ |

প্রশ্ন ৫:

| বিগত ৩ মাসের মধ্যে (প্রথম নেশাজাতীয় দ্রব্য, দ্বিতীয় নেশাজাতীয় দ্রব্য ইত্যাদি) ব্যবহারের কারণে স্বাভাবিকভাবে আপনার কাছে যা প্রত্যাশিত তা করতে কতবার আপনি ব্যর্থ হয়েছেন? | কখনও না/একে বারেই না | একবার বা দুইবার | প্রতি মাসে | প্রতি সপ্তাহে | প্রতিদিন বা প্রায় প্রতিদিন |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|-----------------|------------|---------------|-----------------------------|
| ক. তামাকজাতীয় পণ্য (সিগারেট, চর্বনযোগ্য তামাক, সিগার, চুরুট ইত্যাদি) | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
| খ. মদজাতীয় পানীয় (বিয়ার, ওয়াইন, স্পিরিট ইত্যাদি) | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
| গ. ক্যানাবিস (মারিজুয়ানা, গাজাঁ, পট, গ্রাজ, ভাং ইত্যাদি) | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
| ঘ. কোকেন (কোক, ক্র্যাক, ইত্যাদি) | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
| ঙ. অ্যাফেটামাইন জাতীয় উত্তেজক (স্পিড, পিল, এক্সটাসিস ইত্যাদি) | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
| চ. শ্বাস-প্রশ্বাসের মাধ্যমে গ্রহনকৃত দ্রব্য (নিট্রোয়াস, পেট্রোল, রঞ্জক ইত্যাদি) | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
| ছ. প্রশমনকারক বা ঘুমের বড়ি (ভ্যালিয়াম, সেরেপ্যাক্স, রোহিপনল ইত্যাদি) | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
| জ. ভ্রম সৃষ্টিকারী দ্রব্য (এল.এস.ডি, অ্যাসিড, মাশরুম, পি.সি.পি, বিশেষ কে ইত্যাদি) | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
| ঝ. আফিম/অপিয়ড (হেরোইন, মরফিন, মেথাডন, কোডেইন ইত্যাদি) | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |
| ঞ. অন্যান্য – নির্দিষ্ট | ০ | ৫ | ৬ | ৭ | ৮ |

এখন পর্যন্ত ব্যবহৃত সকল নেশাজাতীয় দ্রব্য সম্পর্ক প্রশ্ন ৬ ও ৭ জিজ্ঞাসা করুন (প্রশ্ন ১ এ উল্লেখিত দ্রব্য)।

প্রশ্ন ৬:

| আপনার (প্রথম নেশাজাতীয় দ্রব্য, দ্বিতীয় নেশাজাতীয় দ্রব্য ইত্যাদি) ব্যবহারে এখন পর্যন্ত আপনার কোন বন্ধ বা আত্মীয় বা অন্য যে কেউ কোন উদ্বেগ প্রকাশ করেছে কিনা? | না, কখনও না | হ্যাঁ, গত ৩ মাসে | হ্যাঁ, কিন্তু গত ৩ মাসে নয় |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------------------|
| ক. তামাকজাতীয় পণ্য (সিগারেট, চর্বনযোগ্য তামাক, সিগার, চুরুট ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| খ. মদজাতীয় পানীয় (বিয়ার, ওয়াইন, স্পিরিট ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| গ. ক্যানাবিস (মারিজুয়ানা, গাজাঁ, পট, গ্রাজ, ভাং ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| ঘ. কোকেন (কোক, ক্র্যাক, ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| ঙ. অ্যাম্ফেটামাইন জাতীয় উত্তেজক (স্পিড, পিল, এক্সটাসিস ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| চ. শ্বাস-প্রশ্বাসের মাধ্যমে গ্রহনকৃত দ্রব্য (নিট্রোয়াস, পেট্রোল, রঞ্জক ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| ছ. প্রশমনকারক বা ঘুমের বড়ি (ভ্যালিয়াম, সেরেপ্যাক্স, রোহিপনল ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| জ. ভ্রম সৃষ্টিকারী দ্রব্য (এল.এস.ডি, অ্যাসিড, মাশরুম, পি.সি.পি, বিশেষ কে, ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| ঝ. আফিম/অপিয়ড (হেরোইন, মরফিন, মেথাডন, কোডেইন ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| ঞ. অন্যান্য – নির্দিষ্ট | ০ | ৬ | ৩ |

প্রশ্ন ৭:

| আপনি কি কখনও (প্রথম নেশাজাতীয় দ্রব্য, দ্বিতীয় নেশাজাতীয় দ্রব্য ইত্যাদি) এর ব্যবহার নিয়ন্ত্রণ, কমানো বা বন্ধ করার চেষ্টা করেছেন এবং ব্যর্থ হয়েছেন? | না, কখনও না | হ্যাঁ, গত ৩ মাসে | হ্যাঁ, কিন্তু গত ৩ মাসে নয় |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------------------|
| ক. তামাকজাতীয় পণ্য (সিগারেট, চর্বনযোগ্য তামাক, সিগার, চুরুট ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| খ. মদজাতীয় পানীয় (বিয়ার, ওয়াইন, স্পিরিট ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| গ. ক্যানাবিস (মারিজুয়ানা, গাজাঁ, পট, গ্রাজ, ভাং ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|---|---|---|
| ঘ. কোকেন (কোক, ক্র্যাক, ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| ঙ. অ্যাফেটামাইন জাতীয় উত্তেজক (স্পিড, পিল, এক্সটাসিস ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| চ. শ্বাস-প্রশ্বাসের মাধ্যমে গ্রহনকৃত দ্রব্য (নিট্রোয়াস, পেট্রোল, রঞ্জক ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| ছ. প্রশমনকারক বা ঘুমের বড়ি (ভ্যালিয়াম, সেরেপ্যাক্স, রোহিপনল ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| জ. ভ্রম সৃষ্টিকারী দ্রব্য (এল.এস.ডি, অ্যাসিড, মাশরুম, পি.সি.পি, বিশেষ কে, ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| ঝ. আফিম/অপিয়ড (হেরোইন, মরফিন, মেথাডন, কোডেইন ইত্যাদি) | ০ | ৬ | ৩ |
| ঞ. অন্যান্য – নির্দিষ্ট | ০ | ৬ | ৩ |

প্রশ্ন ৮:

| | না, কখনও না | হ্যাঁ, গত ৩ মাসে | হ্যাঁ, কিন্তু গত ৩ মাসে নয় |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------------------|-----------------------------|
| আপনি কি কখনও ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে নেশাজাতীয় দ্রব্য গ্রহন করেছেন (শুধুমাত্র চিকিৎসা বহির্ভূত ব্যবহার)? | ০ | ৬ | ৩ |

বিশেষ দ্রষ্টব্য:

ঝুঁকির মাত্রা নিরূপন এবং সর্বোত্তম চিকিৎসার জন্য যেসব রোগী বিগত ৩ মাসে ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন করেছে তাদের ইঞ্জেকশন গ্রহনের ধরন সম্পর্কে প্রশ্ন করতে হবে।

ইঞ্জেকশনের ধরন

| |
|------------------------------------------------|
| সপ্তাহে ১ বার বা টানা ৩ দিনের কম |
| সপ্তাহে ১ বারের বেশি বা টানা ৩ অথবা ততোধিক দিন |

Screening Questionnaire: 2
Prevalence and Risk Factors of Substance Use in
Bangladesh

জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল
শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

SRQ

Self Reporting Questionnaires (Bengali Version)

(গত একমাসে)

Reg. No.

- | | | |
|-----|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ১। | আপনার কি প্রায়ই মাথা ব্যথা হয় ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ২। | আপনি কি পেটে অস্বস্তি অনুভব করেন ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ৩। | আপনার কি হজম শক্তি কম ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ৪। | আপনার কি ক্ষুধা কম লাগে ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ৫। | আপনি কি সহজেই ক্লান্ত হয়ে পড়েন ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ৬। | আপনি কি সব সময় ক্লান্তিবোধ করেন ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ৭। | আপনার কি ঘুম ভাল হয় না ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ৮। | আপনার কি হাত কাঁপে ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ৯। | আপনি কি সহজেই ভয় পেয়ে যান ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ১০। | কোন বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিতে কি আপনার কাছে কঠিন মনে হয় ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ১১। | আপনার প্রতিদিনকার কাজে ক্ষতি হচ্ছে কি ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ১২। | আপনার কি কোন বিষয়ে ঠিকমত চিন্তা করতে সমস্যা হয় ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |
| ১৩। | দৈনন্দিন কাজ কর্মে আপনি কি আনন্দ পান না ? | হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না <input type="checkbox"/> |

- ১৪। আপনার কি অল্পতেই কান্না পায় ? হ্যাঁ না
- ১৫। আপনি কি নিজেকে অসুখী মনে করেন ? হ্যাঁ না
- ১৬। আপনার কি নিজেকে ভীতু ও দুঃচিন্তাগ্রস্থ মনে হয় ? হ্যাঁ না
- ১৭। আপনি কি নিজেকে একজন মূল্যহীন মানুষ মনে করেন ? হ্যাঁ না
- ১৮। আপনি কি জীবনে প্রয়োজনীয় ভূমিকা পালনে অক্ষম ? হ্যাঁ না
- ১৯। আপনার মনে নিজেকে শেষ করে দেয়ার চিন্তা আসে কি ? হ্যাঁ না
- ২০। আপনি কি কাজ কর্তে উৎসাহ হারিয়ে ফেলেছেন ? হ্যাঁ না
- ২১। আপনার কি মনে হয় কোন লোক কোনভাবে আপনার ক্ষতির চেষ্টা করছে ? হ্যাঁ না
- ২২। অন্য লোকের ধারণার চেয়ে আপনি নিজেকে বেশী বড় মনে করেন কি ? হ্যাঁ না
- ২৩। আপনি কি আপনার চিন্তায় কোন বাঁধা বা কোন অস্বাভাবিক কিছু লক্ষ্য করেছেন ? হ্যাঁ না
- ২৪। আপনি কি কখনো এমন কথা /আওয়াজ শুনেন যা অন্য কেউ শুনেনা বা কোথা হতে

আসে বুঝেন না ?

ক্রমিক নং :

সাক্ষাৎকার গ্রহণের তারিখ :

Questionnaire:3
Prevalence and Risk Factors of Substance Use in
Bangladesh

জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল

শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

REPORTING QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN (RQC) -Bengali
version

শিশুদের জন্য বিবরণীমূলক প্রশ্নমালা (RQC) ৩ - ৪

সঙ্গে থাকা অভিভাবকের সাথে শিশুর সম্পর্ক : ১৮

স্কুল : কখনোই স্কুলে যায়নি / নিয়মিত স্কুলে যায় / বছর পর্যন্ত স্কুলে গিয়েছে ১৯ -
২০

১. শিশুর কথা বলতে কি কোনো অসুবিধা হয় ? হ্যাঁ না ২১
(কথা বেঁধে যাওয়া, অস্পষ্টতা, তোতলামি ইত্যাদি)

২. তার কি ঘুমের ব্যাঘাত ঘটে ? হ্যাঁ না ২২

৩. শিশুটির কি কখনো খিঁচুনি হয়েছিল বা সে অজ্ঞান হয়ে গিয়েছিল কিংবা হ্যাঁ না ২৩
কোনো কারণ ছাড়াই হঠাৎ করে মাটিতে পড়ে গিয়েছিল ?

৪. শিশুটির কি প্রায়ই মাথাব্যথা হয় ? হ্যাঁ না ২৪

৫. শিশুটির কি মাঝে মাঝে বাড়ি থেকে পালানোর অভ্যাস আছে ? হ্যাঁ না ২৫

৬. সে কি বাসার জিনিসপত্র চুরি করে ? হ্যাঁ না ২৬

৭. কোনো কারণ ছাড়াই কি সে অহেতুক ভয় পায় বা নার্ভাস হয়ে পড়ে ? হ্যাঁ না ২৭

৮. সমবয়সী অন্যান্য শিশুদের তুলনায় সে কি একটু পিছিয়ে পড়া বা হ্যাঁ না ২৮
তার কি কোনো কিছু শিখতে তুলনামূলকভাবে বেশি সময় লাগে ?

৯. শিশুটি কি সাধারণত অন্য বাচ্চাদের সাথে খেলাধুলা করে না ? হ্যাঁ না ২৯

১০. সে কি নিজের কাপড়-চোপড়ে প্রস্রাব পায়খানা করে ফেলে ? হ্যাঁ না ৩০

সর্বমোট প্রশ্ননম্বর : ৩১ -
৩২

এক বা ততোধিক 'হ্যাঁ' উত্তর পাওয়া গেলে সংগৃহীত তথ্যাদির পরবর্তী ফলোআপ : ৩৩ -
৩৪

তারিখ : সময় :

তথ্য সংগ্রহের স্থান :

তথ্য সংগ্রহকারী :

Questionnaire:4
Prevalence and Risk Factors of Substance Use in
Bangladesh

জাতীয় মানসিক স্বাস্থ্য ইনস্টিটিউট ও হাসপাতাল

শেরে বাংলা নগর, ঢাকা।

গুরুতর মানসিক রোগী নির্ণয়ের জন্য ৭-১৭ বয়সীদের স্ক্রিনিং প্রশ্নপত্র
গত একমাসে কখন

১। আপনি কারণ ছাড়া একা একা কথা বলেন বা হাসেন কিনা?

১.হ্যাঁ ২. না

২। আপনি কি কোন কারণ ছাড়া ভয় পান?

১.হ্যাঁ ২. না

৩। আপনি কি মনে করেন কেই কোন উপায়ে আপনার ক্ষতি করার চেষ্টা করছে?

১.হ্যাঁ ২. না

৪। আপনি কি স্বাভাবিকের চেয়ে বেশী কথা বলছেন?

১.হ্যাঁ ২. না

৫। আপনি কি নিজকে অন্যদের চেয়ে বেশী গুরুত্বপূর্ণ বা ক্ষমতাবান মনে করেন?

১.হ্যাঁ ২. না

৬। আপনার চিন্তা-ভাবনায় কোন অস্বাভাবিকতা লক্ষ্য করেছেন কি?

১.হ্যাঁ ২. না

৭। যে লোক আপনার কাছে নাই ঐ লোকের কথা কি আপনার কানে আসে, যা অন্যরা শুনতে পায় না
বা গায়েবী আওয়াজ কানে আসে কিনা?

১.হ্যাঁ ২. না

ধন্যবাদ

Report on Prevalence and associated factors of substance use in Bangladesh



Ministry of Health and Family Welfare
Government of the People's Republic of Bangladesh

Supported by



Non-Communicable Disease Control Program of Directorate General of
Health Services (DGHS) under Ministry of Health & Family Welfare (MoH&FW).

Implemented by



National Institute of Mental Health (NIMH), Dhaka
Sher-e-Bangal Nagar, Dhaka-1207, Bangladesh
www.nimh.gov.bd