

Impacts of Climate Change on Sexual
and Reproductive Health and Rights
(SRHR) of Women Living in the
Coastal Regions of Bangladesh



SAVE

Service and Vision for Edify

List of Abbreviations:

Abbreviation	Full Form
MCH	Maternal and Child Health
SRHR	Sexual and Reproductive Health and Rights
FP	Family planning
GoB	Government of Bangladesh
INGOs	International non-governmental organizations
SRH	Sexual and Reproductive Health
ANC	Antenatal Care
IUD	Intrauterine device
OCP	Oral contraceptive pill
SD	Standard deviation
LMICs	Low-and lower-middle-income countries
CI	Confidence Interval
MHM	Menstrual Hygiene Management
WASH	Water, Sanitation, and Hygiene
WHO	World Health Organization
SDG	Sustainable Development Goals
IDIs	In-Depth Interviews
KIIs	Key Informant Interviews
SD	Standard deviation

Abstract:

Introduction:

Climate change creates a high threat to public health, especially within the geographical confines of most coastal districts. In conditions of heightened vulnerability created through systemic inequalities, poor infrastructural amenities, and economic disparities, women bear highly disparate losses in their SRHR. This paper draws on research that explores the implications of climate change on SRHR issues of women residing in the coastal parts of Bangladesh, identifying important challenges and areas of intervention.

Method:

This study utilized a mixed-methods design, thereby entailing both quantitative and qualitative data collection. The present structured survey was carried out on 651 women aged between 15 and 49 years from five unions in the district of Satkhira; in-depth interviews and FGDs added contextual understanding to the results. Quantitative data analysis was done via univariate and bivariate analysis. Qualitative data were analyzed thematically.

Result:

The findings show alarming disadvantages in accessing clean water, sanitation, and healthcare services brought about by climate change. About 67% claimed to have major disadvantages or to have no access to clean water. This has greatly affected menstrual hygiene management, as 55.91% lacked access to menstrual hygiene products. There was economic instability where 93.86% were reporting reduced income opportunities. The access to sexual and reproductive health services was limited, with 61.44% of respondents unable to access information or services, and less than 40% attended four or more ANC visits. The study also documented a prevalence of self-reported illnesses, at 90.3%, and neonatal complications, at 19.3%, documenting the broader health impacts of climate change on women in these regions.

Conclusion:

Climate change only worsens the conditions of already precarious vulnerabilities that affect women's SRHR in coastal Bangladesh. Thus, tackling these challenges should be holistic and cover the inclusion of SRHR into strategies of climate resilience, access to health services, and gender-sensitive policies. The study reiterates that sustainable intervention is important for improving health and well-being outcomes for women living in disaster-prone areas. Further studies should be undertaken to understand long-term changes and measures adapted to respond to these situations.

Keywords: Climate Change; Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR); Coastal areas; Menstrual Hygiene Management; Water and Sanitation; Vulnerability; Adaptation Strategies; Hygiene Practices.

Table of Contents:

List of Abbreviations:	i
Abstract:	ii
Table of Contents:	iv
List of Tables:	vii
List of Figures:	vii
Chapter 1 : Introduction and Literature Review	0
Background of the study and Literature Review:	0
Literature Review:	3
Conceptual Framework of this study:	5
Justification:	6
Research Objectives:	6
Expected Outcome:	7
Relevance of the project to national development:	8
Structure of the study:	9
Chapter 2 : Methodology:	10
Study design.....	10
Study site.....	10
Study population.....	10
Sample size and Sampling technique.....	10
Data collection tools:	11
In-depth Interviews (IDIs):	11
Focus Group Discussions (FGDs):	11
Key Informant Interviews (KIIs):	12
Quantitative Survey:	12

Pre-testing of the data collection tools:.....	12
Data collection:	13
Data Analysis	13
Ethical Consideration.....	14
Chapter 3 : Findings.....	15
Socio-demographic characteristics of the Respondents:.....	15
Family planning-related knowledge and practice of the respondents:.....	18
Number of women currently using family planning methods:	18
Currently using Family planning methods of the respondents (n=568)	18
Number of ANC visits during last pregnancy (n=328):.....	20
Access, and practice related to SRH service.....	21
Effects of Climate Change	22
Women’s autonomy in decision-making for SRH.....	24
Menstrual Hygiene Management Practices (MHMP) of the respondents:	25
Chapter 4 : Bivariate Distribution and Chi-Square Analysis of maternal and child health outcomes	28
Bivariate distribution of Access to SRH information and service by selected variables:	28
Bivariate distribution of MHMP by selected variables:	30
Chapter 5 : Discussion	34
Limitations of the study:	36
Chapter 6 : Recommendation & Conclusion:	39
References:.....	43
Annex:.....	48
Annex 01: Operational definitions.....	48
Annex 02: Data collection tool (Consent form Bangla version).....	50

Annex 03: Data Collection Tool (Bangla)	52
Annex 03.1: Survey Data Collection Tool (Bangla).....	52
Annex 03.2: In-depth Interview Guideline (Bangla)	66
Annex 03.2: Key Informant Interview Guideline (Bangla).....	70

List of Tables:

Table 3-1: Socio-demographic characteristics of the respondents	16
Table 3-6: Women’s autonomy in decision-making for SRH	25
Table 4-1: Bivariate distribution of Access to SRH information and service by selected variables	29

List of Figures:

Figure 1-1: Conceptual Framework of this study	5
Figure 3-1: Number of women currently using family planning methods	18
Figure 3-2: Number of ANC visits	20

Chapter 1 : Introduction and Literature Review

Background of the study and Literature Review:

Climate change is recognized as one of the most serious threats to public health and nature (Khan, 2015; Rousseau, 2023). Climate change can lead to extreme weather events such as droughts, cyclones, rising sea levels, salinity intrusion in water, floods, and heatwaves, disproportionately affecting Bangladesh women (Husaini & Davies, 2022; Roy et al., 2020). The coastal areas of Bangladesh are highly threatened by salinity intrusion by rising sea level waters, which have serious negative impacts on the health and well-being of local communities (Roy et al., 2020). Lower-income countries are at greater risk of these threats (Giudice et al., 2021).

Bangladesh is regarded as one of the most climate-susceptible nations in the world, with one of the highest population densities due to its geographic and geopolitical location. Due to the extraordinary variability of climate change over the decades, numerous and frequent natural and human-induced disasters, including sea level rise, cyclones, storm surge, flooding, land erosion, waterlogging, and saline intrusion in soil and water. The effects include the death of people and animals, the demise of fisheries and standing crops, the loss of biodiversity, the inundation of homes and homesteads, the destruction of infrastructure and capital, and the destruction of people's livelihoods, particularly those of the poor, fragile, and impoverished who live in environmentally highly vulnerable regions. As a result, the nation is extremely susceptible to natural disasters, and the impacted community is exposed to even greater risks due to climate change (“Climate Change Harsher on Women in Coastal Areas,” 2022; Khan, 2015; Nasreen et al., 2017; Ripon & Chow, 2023).

Women’s sexual and reproductive health is negatively impacted during and after climate change-related events (Husaini & Davies, 2022). In Bangladesh, women and girls in disaster-prone areas face more problems compared to their male counterparts due to gender discrimination. In the absence of climate change, sexual and reproductive health services are limited due to social, economic, and cultural constraints; these situations are worsened during climate change (Husaini

& Davies, 2022). Estimates suggest that around 507 women and girls die each day because of problems during pregnancy and childbirth in areas afflicted by violence, displacement, and catastrophic events (UNFPA, 2021).

Sexual and reproductive health is defined as “the state of physical, emotional, mental, and social well-being about sexuality and reproduction” (Husaini & Davies, 2022; Women and Gender Constituency & SRHR & Climate Justice Coalition, n.d.). Disasters, especially floods, might also impact women's sexual and reproductive health and the success of their pregnancies through early premature delivery, birth abnormalities, low gestational weight, or preterm births. Even fertility after a tragedy may vary (Kamal, 2015; Kamal et al., 2018; Nasreen et al., 2017). According to the results of a recent survey, 46.5 percent of Bangladeshi women experience menstrual problems after catastrophes. The research also shows that more than 46% of women had trouble managing their periods during floods. Around 20% of the 86 respondents experienced irregular menstruation during and after floods, and 15% may have experienced gynecological issues as a result of utilizing and wading in contaminated water. For 16% of females, maintaining personal hygiene was difficult, and washing clothes was very difficult due to a lack of access to clean water and sanitation (Azad et al., 2013; Nasreen et al., 2017).

Before the emergency, about 58% of respondents used family planning services; during the emergency, about 25% of respondents consulted with these organizations' health service providers; and after the emergency, about 29 percent of respondents who were women used family planning services. When compared to the pre-and post-disaster crisis periods, reproductive health issues related to ovarian infection are substantially more common during the emergency period (Nasreen et al., 2017).

Most women and girls in Bangladesh continue to practice poor menstrual hygiene. Unhygienic practices like these can seriously harm one's health and even cause death. Since it is still forbidden to give women sanitary napkins during their periods, few people in Bangladesh think about doing so, which is unfathomable in an area that frequently experiences catastrophic calamities (Khan, 2022). Furthermore, the reproductive health of thousands of Bangladeshi women is severely impacted by the increasing salinity of the waters in which they live and work, putting not only

their safety and well-being but also the stability of their families and communities at risk. Because of the salt water in Shyamnagar Upazila of Satkhira, many patients have uterine issues.

In Bangladesh, coastal areas are considered climate change hotspots because the majority of girls and women still do not follow good menstrual hygiene during their periods. Such unsanitary behaviors can have a major negative impact on health and possibly result in death. Few people in Bangladesh consider giving women sanitary napkins during their periods since it is still considered taboo to do so, which is unthinkable in a region that is prone to severe disasters (Khan, 2022). Moreover, the rising salinity of the waters where they live and work has devastating effects on thousands of Bangladeshi women's reproductive health, endangering not only their safety and health but also the stability of their families and communities. Many patients with uterine problems are found in Shyamnagar Upazila of Satkhira due to salt water (Ripon & Chow, 2023).

Although some academics have hypothesized several potential health problems related to climate change (Nasreen et al., 2017; Roy et al., 2020), only one of the studies has been conducted on the effects of overall climate change on sexual and reproductive health rights and services in Bangladesh based on secondary data analysis of existing literature (Husaini & Davies, 2022). Besides this, a few studies were found that focused on the impacts of floods on the sexual and reproductive health of women in Bangladesh (Kamal et al., 2018; Nasreen et al., 2017), but they did not focus on other climate change issues. Given the urgent need to understand and establish how gender, along with sociodemographic factors of age, wealth, and class, impact how climate change manifests itself, the goal of one scoping study also based on existing literature was to identify and establish linkages between Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) and Climate Change in the context of Bangladesh (Khan, 2015). As a result, this ground has obvious gaps in the literature. Additionally, no study has been found on coping strategies of women with SRH problems. With the backdrop of these, this present study aims to explore the effects of climate change on the sexual and reproductive health of those living in disaster-prone areas. Following this line of thinking, this study also sought to understand how the local coastal women cope with additional issues brought on by natural disasters.

Literature Review:

In Bangladesh, there are at least two natural disasters every year that result in severe losses to the lives and property of people impacted. Women are disproportionately affected by the lack of social resources available to them, and most people living in flood-prone areas are below the poverty line (Kamal, 2015; Khan, 2015; Nasreen et al., 2017). Women and girls learn about disasters later than males do, and they are less prepared for them. They consequently suffer more and die at higher rates following a tragedy. Due to inadequate healthcare facilities, traditional unhygienic practices are still used, such as wearing ragged and dirty clothing during menstruation (Kamal, 2015). Natural disaster-related fatalities have decreased dramatically over time, with 31,105 recorded in 2011. Most residents in flood-prone areas are below the poverty line, and women are disproportionately impacted because there are insufficient social services available to them (Kamal, 2015; Khan, 2015; Nasreen et al., 2017).

Reproductive health problems are the leading cause of death and disability among women and girls in underdeveloped nations (AbouZahr, 2014). Bangladesh is widely recognized as the nation most at risk from climate change. It is especially vulnerable to these kinds of climatic vulnerabilities due to its hilly topography, geographic location, and vulnerability to extreme weather events such as droughts, cyclones, and floods (Thomas et al., 2013). In addition to this, climate change, directly and indirectly, impacts more on women's sexual and reproductive health outcomes (UNFPA, 2021), because they are economically, socially, politically, culturally, and institutionally marginalized (Women and Gender Constituency & SRHR & Climate Justice Coalition, n.d.). Compared to men, women and girls are less prepared for disasters and learn about them considerably later. As a result, after a tragedy, they experience greater suffering and death rates. Traditional unsanitary practices—using tattered and unclean garments during menstruation, for example—are carried out in the lack of adequate healthcare facilities (Kamal, 2015).

Under-resourced countries already lack access to adequate healthcare, notably reproductive health essentials like contraception and abortions, or pre-pregnancy, prenatal, and maternity care, and any crises that restrict access would exacerbate outcomes. Furthermore, food insecurity brought about by sociocultural, political, and economic variables can result in adverse pregnancy and neonatal

outcomes in LMICs, including pre-eclampsia, early birth, and low birth weight. In addition, depression and maternal anemia are other dangers. Wildfires, droughts, and floods are anticipated to decrease women's access to food, which increases their vulnerability to SRH problems (Giudice et al., 2021).

Prior research indicated that any climate change event that primarily affects women and girls could jeopardize sexual and reproductive health and rights (SRHR) (Khan, 2015; UNFPA, 2021; Women Deliver, 2021). Due to increasing floods, health facilities in remote and rural Bangladesh have limited supplies of contraceptives (Women Deliver, 2021). After a calamity, University of Dhaka researchers investigated women's reproductive health and how they used available healthcare alternatives. Women in these areas suffered from leucorrhea, menstrual problems, pregnancy-related diseases, malnourishment, and urinary tract infections during disasters. According to most respondents, they received no assistance whatsoever for their reproductive health after catastrophes (Kamal, 2015; Nasreen et al., 2017).

Bangladesh is renowned worldwide as the most climate change-vulnerable country. Because of its hilly terrain and geographic location, as well as its susceptibility to extreme weather events like floods, cyclones, and droughts, it is particularly sensitive to these types of climatic vulnerabilities (Thomas et al., 2013).

Previous studies suggested that sexual and reproductive health and rights (SRHR) are at risk during any events of climate change, which mainly impacts women and girls (Khan, 2015; UNFPA, 2021; Women Deliver, 2021). Low supplies of contraceptives are present at health institutions in rural and isolated areas of Bangladesh because of rising floods (Women Deliver, 2021). Researchers from the University of Dhaka investigated women's reproductive health and their utilization of current healthcare options in the aftermath of a disaster. During disasters, women in these locations experienced menstrual issues, urinary tract infections, leucorrhea, waist pain, pregnancy-related disorders, and malnourishment. Most respondents stated that during disasters, they received no support of any kind for their reproductive health (Kamal, 2015; Nasreen et al., 2017).

Conceptual Framework of this study:

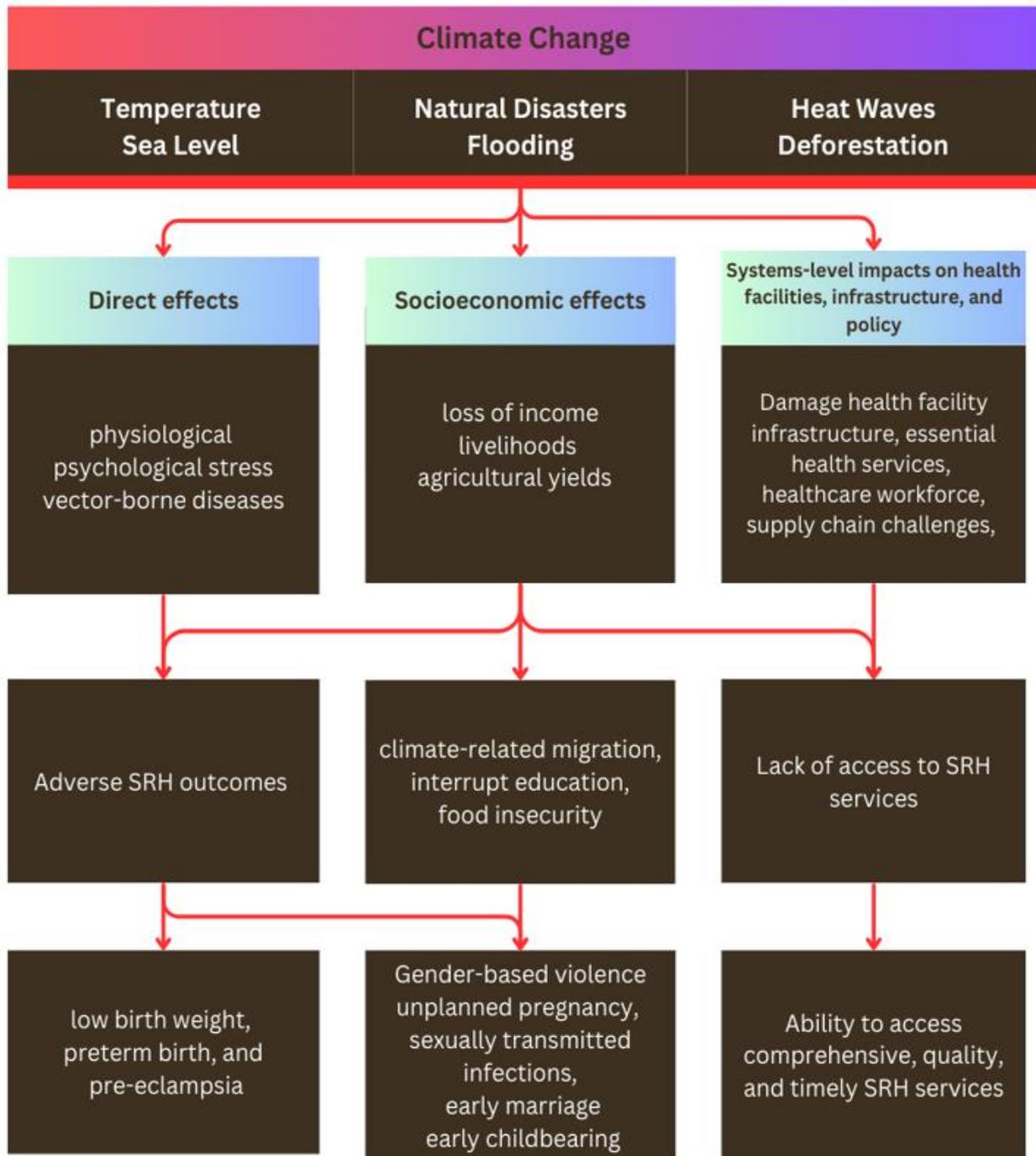


Figure 1-1: Conceptual Framework of this study

Justification:

Although some academics have hypothesized several potential health problems related to climate change (Nasreen et al., 2017; Roy et al., 2020). Only one of the studies has been conducted on the effects of overall climate change on sexual and reproductive health rights and services in Bangladesh, based on secondary data analysis of existing literature (Husaini & Davies, 2022). Besides this, a few studies were found that focused on the impacts of floods on the sexual and reproductive health of women in Bangladesh (Kamal et al., 2018; Nasreen et al., 2017); but they did not focus on other climate change issues. Given the urgent need to understand and establish how gender, along with sociodemographic factors of age, wealth, and class, impacts how climate change manifests itself, the goal of one scoping study, also based on existing literature, was to identify and establish linkages between Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) and Climate Change in the context of Bangladesh (Khan, 2015). As a result, this ground has obvious gaps in the literature. Additionally, no study has been found on coping strategies of women with SRH problems. With the backdrop of these, this present study aims to explore the effects of climate change on the sexual and reproductive health of those living in disaster-prone areas. Following this line of thinking, this study also sought to understand how the local coastal women cope with additional issues brought on by natural disasters.

Research Objectives:

This study aims to measure the prevalence and explore the determinants of adverse sexual and reproductive health and rights-related outcomes among the reproductive-aged women living in the coastal regions of Bangladesh.

The objectives of this study are,

1. To measure the prevalence of sexual and reproductive health (SRH) status among the reproductive-aged women of the coastal areas of Bangladesh.
2. To investigate how climate change affects women's sexual and reproductive health among reproductive-aged women living in the coastal areas of Bangladesh.
3. To explore the determinants of adverse sexual and reproductive health and rights-related outcomes among the reproductive-aged women living in the coastal areas of Bangladesh.

4. To explore the strategies reproductive-aged women are adopting to cope with sexual and reproductive health and rights-related issues caused by climate change.

Expected Outcome:

The expected outcome of the research project is to shed light on the challenges that women in Bangladesh's coastal regions face in sexual and reproductive health and rights due to climate change, and to suggest tangible strategies to address these issues. This study is planned to investigate the specific vulnerabilities and problems that women in Bangladesh's coastal regions experience in terms of sexual and reproductive health and rights because of climate change. This includes increased salinity, rising sea levels, and extreme weather events, as well as their consequences on SRHR. The purpose of this study is to determine the prevalence of sexual and reproductive health (SRH) status among reproductive-aged women residing in Bangladesh's coastal regions. In addition, this study will quantify the impact of climate change on women's SRHR in terms of increased risks, decreased access to healthcare services, and changes in health outcomes, allowing for a more in-depth knowledge of the issue. This research will also look into these communities' current resilience and ability to adapt to climate change, notably in terms of SRHR. Examining local practices, expertise, and healthcare infrastructure is part of this.

The study will produce policy suggestions at the local, national, and international levels to solve the identified difficulties and preserve women's SRHR in coastal regions. This could include ideas for improving healthcare infrastructure, emergency preparedness, and community education programs. Another intended effect of this study is increased awareness of the unique issues encountered by women in these regions, as well as advocacy for their SRHR. The research should help to enable local communities, non-governmental organizations, and government institutions to handle these concerns successfully. The study's findings will encourage the incorporation of gender-sensitive techniques into climate change adaptation plans to ensure that the special needs of women in coastal regions are effectively addressed.

The study's findings will result in policy-related outcomes that will improve healthcare services connected to SRHR in these locations, such as improved access to contraception, maternal care, and family planning awareness. The project will promote collaboration between Bangladesh and

international organizations, as well as knowledge sharing and support for vulnerable communities around the world. This study's empirical findings will contribute to long-term sustainability, ultimately increasing the overall well-being of women in these locations as well as the resilience of their communities to the effects of climate change.

Relevance of the project to national development:

The proposed research project is highly relevant to the national development of Bangladesh for several reasons. The proposed project has a direct relation with SDG goals no 3; 5; 6; and 13, so the findings will directly impact the better achievement of these SDG goals. The project will contribute to the outcome of the 8th five-year plan and the Delta plan of Bangladesh, where SRHR and climate are a concerning component. Besides the empirical findings of this study will create evidence-based actions that will help health-related policies of Bangladesh i.e., National Health Policy 2011; National Population Policy 2012; National Policy for Women's Advancement 2011; Menstrual Regulation Policy 1979; and Adolescent Reproductive Health Strategy 2006 where Bangladesh recognizes the significance of ensuring the health and well-being of its population, and women constitute a significant portion of this demographic. Focusing on the SRHR of women in coastal regions is critical because it has a direct impact on their physical and mental health, which contributes to a healthier and more productive workforce. Bangladesh is one of the most vulnerable countries to the negative consequences of climate change, with its low-lying coastal districts particularly vulnerable. This research will help shape policies and actions focused on enhancing climate resilience, ultimately helping to contribute to the country's long-term growth.

Women who are healthy and empowered are more likely to participate actively in the labor force and contribute to the socioeconomic growth of their communities and the nation. By addressing the SRHR requirements of women in coastal regions, our research contributes to the overall development agenda by ensuring that no segment of the population is left behind because of the effects of climate change. Bangladesh has signed international treaties on climate change, sustainable development, and gender equality. This study effort reflects Bangladesh's dedication to meeting its worldwide obligations and responsibilities. This research will give data and insights that will help drive the development of community-based adaptation strategies that will increase these communities' resilience while safeguarding lives, livelihoods, and infrastructure. The study's

conclusions are expected to influence evidence-based policymaking. As a result, more targeted and effective policies addressing the SRHR requirements of women in coastal regions can be developed, contributing to their well-being and overall development.

Structure of the study:

The goal of this research is to determine *"Impacts of Climate Change on Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) of Women Living in the Coastal Regions of Bangladesh"*. This report is divided into six chapters. This study is introduced in **Chapter One**. This chapter contains the background of the study, problem statement, justification, scope, literature review, and study objectives. The technique for this investigation is discussed in **Chapter Two**. This chapter is divided into the following sections: research design, study area, study sample, respondent inclusion criteria, sampling technique, sample size determination, data collection method, statistical analysis procedures, and ethical considerations. **Chapter Three** includes the findings of this study. Socio-demographic characteristics, Gravidity, Knowledge about family planning methods, Person(s) who make SRH-related decisions, ANC attendance, Place of delivery, Sanitation and hygiene status, Mode of Delivery, Obstetric Complications, Current illnesses and Fetal or neonatal outcomes are presented in this chapter. **Chapter Four** contains the bivariate distribution and chi-square analysis of the study findings, where the bivariate distribution of obstetric complications, ANC visit, current illness, and neonatal complications were separately analyzed with the respondent's sociodemographic variables, which are presented in this section. **Chapter Five** discusses the study's shortcomings, while **Chapter Six** offers the study's suggestions and conclusions. This report also includes a **reference list** and an **annex**.

Chapter 2 : Methodology:

Study design

This study used an exploratory sequential mixed method design, where the quantitative phase of data collection and analysis followed the qualitative phase of data collection and analysis. In-depth interviews (IDIs), Key Informant Interviews (KIIs), and Focus Group Discussions (FGDs) were used as qualitative data collection techniques to get deep insight into the impacts of climate change on sexual and reproductive health and rights (SRHR) of women living in the coastal regions of Bangladesh. Following the understanding of qualitative findings, this study developed a survey questionnaire and collected quantitative data.

Study site

The study was conducted in two coastal districts of Bangladesh, Satkhira and Patuakhali. Reproductive-aged women (aged 15-49) living in these coastal districts of Bangladesh were the population of this study. Reproductive-aged women living in the abovementioned coastal district were selected for the survey, IDI, and FGDs. Doctors, Midwives, Community health workers, NGO workers working in SRHR, and experienced women were interviewed as key informants.

Study population

Reproductive-aged women (aged 15-49) living in the coastal regions of Bangladesh were selected for the survey, IDI, and FGDs. As key informants, Doctors, Midwives, Community health workers, and community leaders living in Satkhira and Patuakhali were interviewed. Women absent on data collection days, or sick were excluded from the study.

Sample size and Sampling technique

This study followed a multi-stage cluster random sampling technique. In the first stage, Upazilla from selected districts was selected randomly, and unions were selected randomly in the second

stage of selection. Finally, reproductive-aged women (15-49 years old) from selected unions were recruited following both simple random sampling and snowball sampling methods. The inclusion criteria for the respondents were strictly followed while selecting purposively or even getting references from others. The sample size of the qualitative study was selected based on data saturation level, while the sample size for the quantitative is 1005, where district weight was maintained.

Data collection tools:

Data for this study was collected using face-to-face interview techniques. Unstructured data collection guidelines for IDI, FGD, and KII were used to collect in-depth data, while a structured survey questionnaire was used to collect quantitative data from reproductive-aged women (aged 15-49) living in the coastal region of Bangladesh. Described answers of the respondents were recorded, as written in notes by a note taker done for qualitative interviews, while in the quantitative interview respondents' answers to each question were listed in the response table by using the pre-structured codebook in the code section of the questionnaire. The details about the qualitative and quantitative data collection tools and techniques are described below -

In-depth Interviews (IDIs):

This study developed an IDI guideline to collect data from reproductive-aged women living in the coastal region of Bangladesh about their experience regarding climate change and how it affects their sexual and reproductive health and rights (SRHR) related attitudes and practices. Personal practices of reproductive-aged women living in the coastal region to cope with the adverse impact of SHRH due to climate change will be asked in the IDI.

Focus Group Discussions (FGDs):

This study developed an FGD guideline to collect data from reproductive-aged women living in the coastal region of Bangladesh about their experience regarding climate change and SRHR-related attitudes and practices. This study also identifies and shares strategies reproductive-aged

women are adopting to cope with sexual and reproductive health and rights-related issues that happened due to climate change through FGDs.

Key Informant Interviews (KIIs):

To collect in-depth data regarding climate change and SRHR-related problems reproductive-aged women in the coastal region are facing and get recommendations to overcome these challenges this study conducted KIIs with different stakeholders. Experienced women; Doctors; Healthcare specialists; and NGO workers working in SRHR at coastal regions were included as KII respondents.

Quantitative Survey:

This study surveyed a quantitative data collection tool where reproductive-aged women living in the coastal region of Bangladesh were interviewed to measure the prevalence of SRH status; find out the way climate change affects SRHR and explore the determinants of adverse SRHR-related outcomes among the reproductive-aged women living in the coastal areas of Bangladesh. Besides these in the quantitative study, respondents were also asked about their coping strategy to SRHR-related issues to best a picture about their practices. This study collected a total of 1005 data from Sathkhira and Patuakhali district.

Pre-testing of the data collection tools:

This study will conduct a Pilot test for all the guidelines and questionnaires among the reproductive-aged women living in the Satkhira district to ensure validation and further improvement of the survey questionnaire and guidelines. This study will collect 30 interviews using the survey questionnaire with a focus on identifying missing questions, response codes, or developing a better chronology for the questions in the questionnaire. All these 30 interviews will be entered into the data analysis software, and their validity and reliability will be checked if necessary. The questionnaire and guidelines of this study will be revised and finalized following the feedback from the pretesting.

Data collection:

Data for this study will be collected using face-to-face interview techniques. Unstructured data collection guideline guidelines for IDI, FGD, and KII will be used to collect in-depth data, while a structured survey questionnaire will be used to collect quantitative data from reproductive-aged women (aged 15-49) living in the coastal region of Bangladesh. Described answers of the respondents will be recorded, as written in notes by a note taker will be done for qualitative interviews, while in the quantitative interview respondents' answers to each question will be listed in the response table by using the pre-structured codebook in the code-section of the questionnaire.

Data Analysis

All qualitative interviews will be conducted with two interviewers, one interviewer, and another note-taker. Interviews will be recorded with due permission from the respondents. After completing the interviews all the notes will be matched with the recorded audio and the recorded interviews will be listened to find out the inconsistency and identify themes. All qualitative interviews will be transcribed into Bangla, later translated into English and transcripts will be read and reread to develop code. Computer-aided qualitative data analysis software (CAQDAS) named NVivo (version 8) will be used to analyze qualitative data. Then we will minutely examine the data to identify the emerging patterns and themes for analysis using NVIVO. Finally, we will illustrate the themes with verbatim quotes and explain by reviewing existing literature.

Collected quantitative data will be entered into computer-aided software- SPSS, cleaned, and transferred into Stata version 15.0 for analysis. This study will perform univariate and bivariate analysis and outputs will be presented in tabular and/or graphical form. The relationship between conceptually related independent and dependent variables will be observed in bivariate analysis. To identify significant factors associated with Overseas Employment in Saudi Arabia, regression-based statistical models will be used.

Ethical Consideration

This study received ethical permission from the academic committee of the Department of Population Science, Jatiya Kabi Kazi Nazrul Islam University. Informed written/verbal consent was ensured from the respondents before including them as study participants by explaining the purpose of the study. All the participants were free to withdraw from the interview at any point of study according to their wishes. The confidentiality of all the respondents was ensured and kept secure by the research team.

Chapter 3 : Findings

Socio-demographic characteristics of the Respondents:

The socio-demographic profile of respondents is placed in Table 3.1. This study was conducted among reproductive-aged women (aged 15-49) living in the two coastal districts of Bangladesh. It captures important information like geographic distribution, age, religion, education, occupation, marital status, household structure, and economic conditions.

The average age of the respondents was 28.8 years (± 9.34). A significant proportion of the respondents were in the 30 and above age group (38.3%), followed by 18–24 years (29.5%) and 25–29 years (21.6%), thus reflecting a relatively young demographic profile. The dominant religion among respondents is Islam, 88.6%, and Hindus are the next significant minority, 11.9%.

Most respondents had secondary education at 49.8%, although a fair percentage had attained primary, 28.7%. Only a few attained higher secondary and above 15.2%, while the highest percentage had no education at all, 6.5%. Fathers reported higher proportions of primary education 42.3% but lower secondary and higher education rates than those of respondents. Mothers also had a high percentage without formal education at 44.0%, reflecting disparities between genders. Housewives constituted 80.8% of the respondents, while students constituted 11.1%. The other occupations were day laborers, 4.3%; and housemaids, 3.8%.

Most of them were currently married (85.8%), while 10.0% were never married. Early marriages were the trend, with the mean age at first marriage being 15.8 years, and 73.3% married between 15–19 years. The average number of children among married respondents was 2.04, 31.5% had one child, and 42.7% had two children. Only 4.5% of the respondents were household heads, while the rest were living with family members. Households often had 4–6 members 69.7% and less frequently had fewer than three 18.7% or seven or more members 11.6%. Most of the respondents of this study are poor. The wealth index shows that a total 52.8% are in the poorest and poorer category based on the wealth index calculated in this study.

This table reflects the socioeconomic challenges that respondents face: low education, early marriages, and income that is limited. It gives the critical context in which to place the population's health, lifestyle, and socio-economic influences.

Table 3-1: Socio-demographic characteristics of the respondents

Characteristics	Total N (%)
Total	1005 (100.0)
Age in Years (mean ±SD)	28.8 (±9.34)
15-17	107 (10.7)
18-24	296 (29.5)
25-29	217 (21.6)
≥30	385 (38.3)
Religion	
Islam	885 (88.6)
Hindu	120 (11.9)
Respondents Educational Attainment	
No Formal Education	65 (6.5)
Primary	288 (28.7)
Secondary	500 (49.8)
Higher Secondary and above	152 (15.2)
Respondents Fathers Educational Attainment	
No Formal Education	369 (36.7)
Primary	425 (42.3)
Secondary	166 (16.5)
Higher Secondary and above	45 (4.5)
Respondents Mothers Educational Attainment	
No Formal Education	442 (44.0)
Primary	438 (43.6)
Secondary	117 (11.6)
Higher Secondary and above	8 (0.8)
Respondents Occupation	

Characteristics	Total N (%)
Housewife	812 (80.8)
Student	112 (11.1)
Day Laboure	43 (4.3)
Housemaid	38 (3.8)
Marital status	
Never married	100 (10.0)
Currently married	862 (85.8)
Others (Widows, Divorces, and Separated)	43 (4.3)
Age at first marriage (n=481)	15.8 (±2.59)
Married before 18	663 (73.3)
Married at 18 or later	242 (26.7)
Number of children (n=427)	2.04 (±.96)
1	258 (31.5)
2	350 (42.7)
3 or above	212 (25.9)
Household Head	
Respondents herself	45 (4.5)
Other members of the family	960 (95.5)
Total Number of Members in the Household	
Bellow 3	188 (18.7)
4 -6 members	700 (69.7)
7 and above	117 (11.6)
Wealth Index	
Poorest	250 (24.9)
Poorer	280 (27.9)
Middle	82 (8.2)
Richer	300 (29.9)
Richest	93 (9.3)

†All estimated percentages are column percentage

Family planning-related knowledge and practice of the respondents:

Number of women currently using family planning methods:

Figure 3.1 represents a number of women currently using family planning methods. The figure shows that 57.01 percent of women currently use family planning methods.

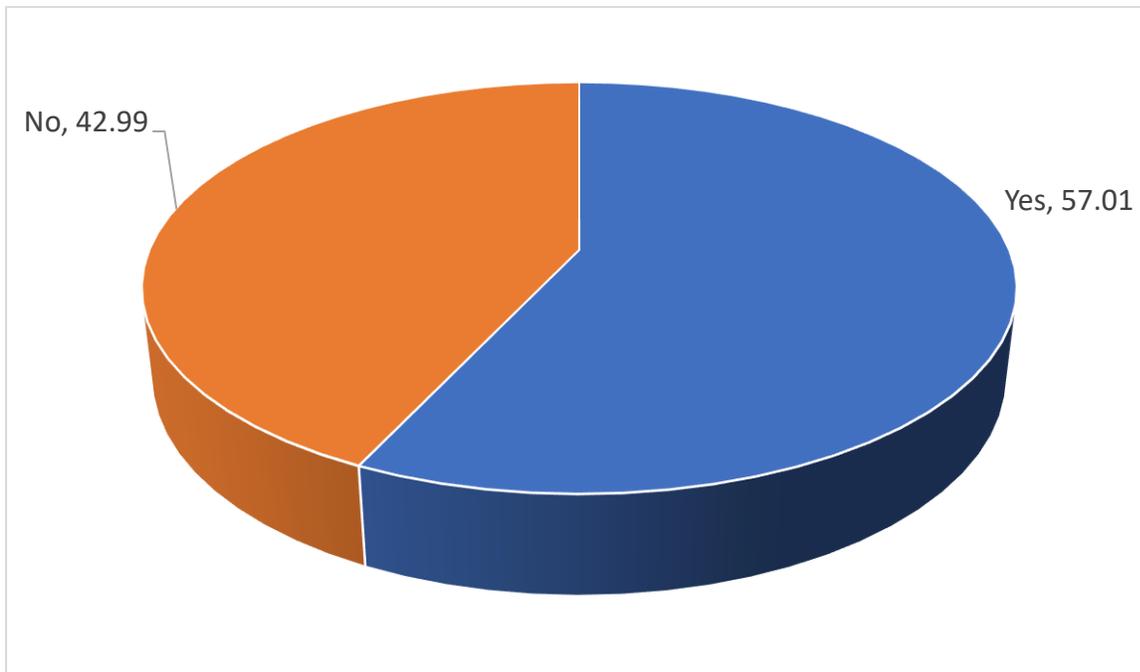


Figure 3-1: Number of women currently using family planning methods

Currently using Family planning methods of the respondents (n=568)

Respondents' current family planning methods used, and related information, are also identified through qualitative interviews. Most of the respondents use Oral contraceptive pills (OCP) and Injection depot-Provera to have their desired family size. However, they are facing different challenges while using FP methods. One of the IDI participants shared her notion regarding this-

“I used to take birth control pills before, but now I can’t tolerate them either. I also took the injection, but that doesn’t suit me either, as it causes menstruation to start.” IDI, 19 years old, Housewife.

Another respondent from the area also shared her notion regarding using FP methods and facing different physical conditions-

“Since the birth of the child, I have been taking medicine. I also took injections, but they caused problems in my body. For example, if I get an injection today, then my period would come within two or three days and last for a full month. Because of this, I stopped taking injections. Sometimes I also used condoms, but mostly I had to take medicine.” IDI, 18 years old, Housewife.

One of the key informants shared her notion on this issue-

“They come for issues like heavy menstruation, or for cases where they’ve reached puberty but still haven’t started menstruating. They seek advice like, “Other girls younger than mine have started, why hasn’t mine? They don’t know what kind of care is needed during this time. Awareness is still low in our area. Some more aware girls, like mine, buy sanitary napkins for themselves. She tells me, “Mom, I need this, it's finished.” But other girls usually don’t say such things. Maybe 10% feel confident to say it; most don’t have the courage.” KII, aged 29 years, CMCH,

Table 3.3 presents the family planning methods ever used by currently using 568 respondents. It shows, by various contraceptive methods, the proportion of respondents ever using/used and currently not using. Among the 568 respondents, the most patronized contraceptive method was oral contraceptive pills (OCP), which 410 women (69.37%) reported use of, while 158 (30.63%) did not use. Injectable contraceptives (depot-provera) were used by 125 respondents (21.15%), while 443 (78.85%) reported non-use. Condoms were the least used by 32 women (5.41%), while the vast majority, 94.59%, did not use. Long-acting reversible contraceptive methods were used by only 17 respondents (2.92%), while 551 (97.08%) did not use the methods. Traditional methods were the least utilized, reported by 7 women (1.18%), while the rest, 561 (98.82%), reported non-use.

Table 3-2: Currently using Family planning methods of the respondents

Contraceptive method (n=568)	Use of contraception
------------------------------	----------------------

	Yes [N (%)]	No [N (%)]
Condom	32 (5.41)	536 (94.59)
Oral contraceptive pill (OCP)	410 (69.37)	158 (30.63)
Injection depot-provera	125 (21.15)	443 (78.85)
Long-acting reversible	17 (2.92)	551 (97.08)
Traditional method	7 (1.18)	561 (98.82)

Number of ANC visits during last pregnancy (n=328):

The number of Antenatal Care (ANC) visits during pregnancy of the respondents is given in Figure 3.2 below. Data from the figure shows that 15.56 percent of respondents received one ANC visit at the time of their pregnancy, while 18.29 percent received two ANC visits. 43.29 percent of respondents who receive ANC visits have received four ANC visits.

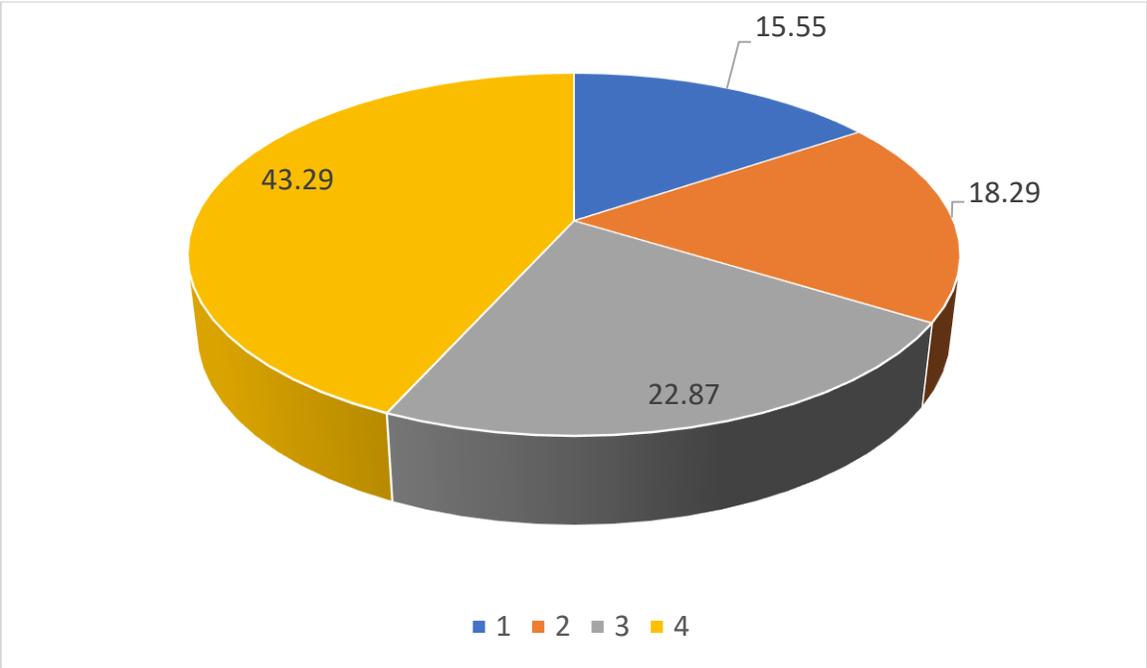


Figure 3-2: Number of ANC visits

Access, and practice related to SRH service

Table 3.4 shows the status of access and practices of respondents in SRH services, utilization frequency of the services, and geographical barriers. Out of the total, only 57.2% had access to information and services related to SRH. A majority, 70.55%, never received the services, while 2.29% accessed them monthly, 14.43% accessed them annually, 3.68% once every three months, and 9.05% once every six months. Most of the respondents agreed that the geographic distance to healthcare facilities hindered access to the services, 75.82%, while 21.09% strongly agreed, some were neutral 13.53%, and 7.46% disagreed. Only 3.18% strongly disagreed. This table highlights the critical barriers that exist in the use of the services: limited access to information, infrequent service use, and significant geographic challenges. The findings highlight the need for increasing accessibility and outreach in service delivery.

Table 3-3: Access, and practice related to SRH service

General characteristics	Category	Frequency (n=328)	Percentage (%)
Access to sexual and reproductive health information and service	Yes	575	57.21
	No	430	42.79
Often received sexual and reproductive health services?	Monthly	23	2.29
	Once every 3 months	37	3.68
	Once every 6 months	91	9.05
	Annual	145	14.43
	Never	709	70.55
Geographic distance of the healthcare facility prevents from accessing SRH service	Strongly disagree	32	3.18
	Disagree	75	7.46
	Neutral	136	13.53
	Agree	550	54.73
	Strongly agree	212	21.09

These findings regarding SRH service-related access are also found same in the qualitative interviews. A local government representative shared his notion about this issue-

“We hadn't considered the potential health and sexual issues that the teenagers would experience both during and after the disaster. Our main concerns were issues like injuries and other illnesses brought on by disaster damage. Adolescents' sexual and reproductive health was not our top priority.” (KII, Male, Chairman of a Union Parishad in Shyamnagar Upazilla).

Adolescents living in the coastal region are facing different problems in accessing the basic materials needed for MHMP. One of the KII shared her notion regarding this-

“Girls usually learn from their school friends. For instance, my daughter might tell her friends, “I use this—you should too.” They often think, “Where will I get the money every month for this?” They don't think of saving part of their pocket money for this. They prefer spending that money on food. They feel it's only a few days, so using old clothes (rags) is enough. Most of the girls in this area use old clothes (rags) during their menstruation. Lack of awareness and financial problems are both the main reasons for not using absorbent materials.” KII, 40 years old, Female Union Parishad Member.

Effects of Climate Change

Table 3.5 shows the impacts of climate change on aspects of SRHR by access to clean water and sanitation, economic livelihoods, and availability of menstrual hygiene products. A large proportion faced major disadvantages, 41.01%, about 45.07% reported minor difficulties, while only 13.83% stated no effect from climate change on water and sanitation access.

Adolescents living in the Shyam Nagar upazila face different problems in accessing their SRH services, and it becomes worse during the calamitous events. One of the respondents shared her notion on it-

“They have been building roads for three years but haven’t paved them. So, during the rainy season, it’s all mud like a pond. Movement is difficult. Our school health center is far away. Because of these problems, many get married early since traveling is hard.” IDI, aged 14, student.

Unavailability of essential foods and medicines in the coastal region is common. One of the respondents shared her notion on this issue

“During periods, we need sanitary pads, but it’s hard to get them. There’s no pure water. Medicines aren’t available for a fever or a cold. There is a severe lack of food.” IDI, aged 12 years, student.

A vast majority of 83.98% reported reduced income opportunities due to climate change, indicating its severe economic impact. Only 11.84% experienced no change, and 4.18% reported increased income opportunities. More than half of the respondents, 65.17%, did not have access to menstrual hygiene products, while 34.83% reported availability. This table justifies the very huge negative impacts of climate change on some very basic aspects of SRHR, thus the need for timely interventions to address WASH, economic stability, and menstrual hygiene among the most vulnerable populations.

Table 3-4: Effects of Climate Change on SRHR

General characteristics	Category	Frequency (n=1005)	Percentage (%)
Accessing clean water and sanitation	No effect	139	13.83
	Minor difficulties	453	45.07
	Main disadvantages	275	27.36
	No access to clean water	138	13.73
Livelihood or economic situation	Increased income opportunities	22	4.18
	Reduced income opportunities	844	83.98
	No change	119	11.84
	Yes	350	34.83

Availability of menstrual hygiene product	No	655	65.17
--	----	-----	-------

These findings about the climate change in this area are also found in the qualitative interview. A KII shared his notion regarding climate change in this area:

“The south and east sides of this union are rapidly being washed away, and I noticed a big part of this mangrove forest partially submerged in the water. Due to the saturation of saline water, the areas close to the forest had become quite desolate and a lot of trees and animals become engendered.” (KII, Social Worker 65 years old)

Women’s autonomy in decision-making for SRH

Figure 3.6: Women's autonomy in decision-making for SRH. Data on the knowledge of respondents regarding the availability of legal assistance for VAW victims reveals that 33.63% of respondents do not know about it. 84.30% of respondents cannot access SRH because of the cost incurred in accessing sexual and reproductive health services. Only 6.12% of respondents make decisions on health. Only 5.54% of respondents make decisions on the use of contraception. Only 4.48% of respondents are household heads.

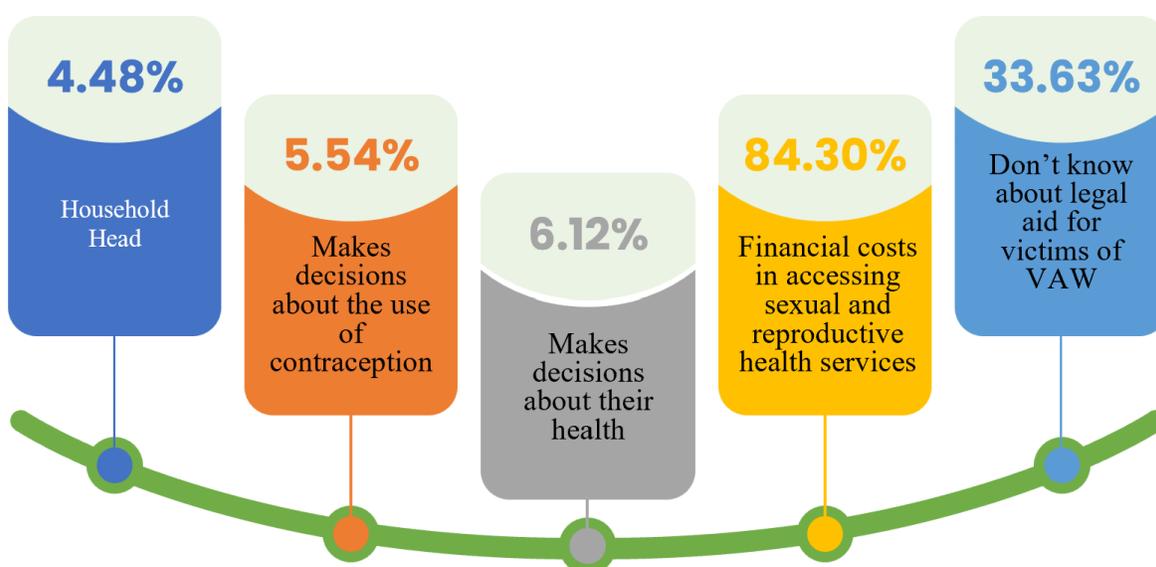


Table 3-2: Women’s autonomy in decision-making for SRH

Menstrual Hygiene Management Practices (MHMP) of the respondents:

Respondents' MHM practices are revealed at the qualitative interviews. Adolescent girls living in the coastal vulnerable areas don't have good practices for MHM. One of the respondents' notions regarding her MHM is shared-

“Questioner: Did you know about menstruation before your first period?”

Respondent: No, I learned about it after getting my period.

Questioner: At what age did you first menstruate?

Respondent: Around 13–14 years old.

Questioner: Do you know the source of menstrual blood?

Respondent: No.

Questioner: What do you use during menstruation?

Respondent: I use cloth.

Questioner: How many times do you change your clothes daily?

Respondent: 3–4 times. But now, my periods are irregular. I can't tolerate it. I have been taking pills for 1–1.5 years continuously. I hate the smell.”

(IDI, Adolescent, 18 years old)

Another respondent also shared her notion about the MHM practice she follows-

“Interviewer: What do you use during menstruation?”

Respondent: I use Senora (sanitary pads). If Senora is not available, I use cloth.

Interviewer: What do you do after using cloth or pads?

Respondent: I don't throw them inside the toilet; I collect many and then throw them far away. There is a water channel or ditch nearby. I put them in a bag and then throw them.”

IDI, aged 15 years old, student.

The menstrual hygiene management practices (MHMP) of adolescent girls living in the climate-vulnerable areas of Bangladesh are shown in Table 3.5. While 63.82% of respondents used less hygienic options, including tissue, cotton, or fabric, most respondents (88.56%) reported using absorbent materials, with sanitary pads being the most popular (36.18%). Nearly all of those who reused absorbents wash it with soap and water (98.45%); nevertheless, 39.5% of them were dried indoors instead of in the sun, which may harm hygiene. The majority (46.51%) changed materials twice a day. 94.33% of women showered during their periods, and 95.6% cleansed their genitalia, primarily with soap and water (73.4%), indicating generally good hygiene standards. The overall MHMP score, however, reveals gaps: 62.9% reported poor behaviors, whereas 13.9% reported acceptable practices, underscoring ongoing difficulties in upholding consistent and safe menstrual hygiene.

Table 3-5: Effects of Climate Change on MHMP

Variables	Frequencies	Percentages
Use of absorbent material during the period or menses? (n=1005)		
Yes	890	88.56
No	115	11.44
Which absorbent material do you use mostly during menstruation? (n=890)		
Sanitary pad	322	36.18
Tissue paper/ Cotton / Cloth	568	63.82
Reuse absorbent materials? (n=890)		
Yes	258	29.09
No	632	71.01
If reused, how do you clean/wash it? (n=258)		
Only water	4	1.55
Soap and water	254	98.45
If reused, where do you dry the absorbent material? (n=258)		
Sunlight	182	70.54
Inside the room	76	39.46
Frequency of absorbent material change in a day? (n=258)		
Once	32	12.41
Twice	120	46.51
Thrice	106	41.08

Variables	Frequencies	Percentages
Bath during menses? (n=1005)		
Yes	948	94.33
No	57	5.67
How often do you bathe during Menstruation/Period? (n=948)		
Daily once	587	61.92
More than once	361	38.08
Clean your genitalia during menstruation? (n=1005)		
Yes	961	95.62
No	44	4.38
What do you use to clean your genitalia (private part) during your menses? (n=378)		
Only water	250	26.01
Soap and water	705	73.36
Mud and water	6	0.62
MHMP Overall Score (n=386)		
Bad Practice	632	62.89
Fair Practice	233	23.18
Good Practice	140	13.93

Chapter 4 : Bivariate Distribution and Chi-Square Analysis of maternal and child health outcomes

Bivariate distribution of Access to SRH information and service by selected variables:

The results of the crosstabulation in Table 4.1 show that access to SRH information and services is significantly associated with many of the socio-demographic variables. A highly significant association was found on $p < 0.000$. Only 42.9% of the adolescents aged 15–79 had access to SRH information and services compared to 64.7% of those aged 30 and above. This shows that access increases with age. The association between religion and access to SRH services is statistically significant ($p = 0.000$). However, Muslims had reported higher access, 60.2%, compared with Hindus, 35.0%. Better access was also reported by respondents with higher education, 58.8%, compared to those without formal education, 66.2%, no significant association ($p = .403$).

Housewives accounted for most people with access, 59.4%, while students and day laborers had less access. A very significant association, with $p = 0.030$. The currently married had the highest access, 58.8%, while the never married reported considerably lower access, 41.0%. The findings highlight age, education, occupation, and marital status as some of the most important variables influencing access to SRH information and services. Policies and interventions target the younger age groups, those with lower education, and occupational marginality for increased access and equity.

Table 4-1: Bivariate distribution of Access to SRH information and service by selected variables

Characteristics	Access to SRH information and service		P-value
	No N (%)	Yes N (%)	
Total	430 (42.8)	575 (57.2)	
Age in Year			.000***
15-17	61 (57.1)	46 (42.9)	
18-24	131 (44.3)	165 (55.7)	
25-29	102 (47.0)	115 (53.0)	
≥30	136 (35.3)	249 (64.7)	
Religion			.000***
Islam	352 (39.8)	533 (60.2)	
Hindu	78 (65.0)	42 (35.0)	
Respondents Educational Attainment			.403
No Formal Education	22 (33.9)	43 (66.2)	
Primary	122 (42.4)	166 (57.6)	
Secondary	223 (44.6)	277 (55.4)	
Higher Secondary and above	63 (41.5)	89 (58.5)	
Respondents Fathers Educational Attainment			.016*
No Formal Education	171 (46.3)	198 (53.7)	
Primary	183 (43.1)	242 (56.9)	
Secondary	66 (39.8)	100 (60.2)	
Higher Secondary and above	10 (22.2)	35 (77.8)	
Respondents Mothers Educational Attainment			.030*
No Formal Education	182 (41.2)	260 (58.8)	
Primary	206 (47.0)	232 (53.0)	
Secondary	38 (32.5)	79 (67.5)	
Higher Secondary and above	4 (50.0)	4 (50.5)	
Respondents Occupation			.016*
Housewife	329 (40.5)	483 (59.4)	
Student	59 (52.7)	53 (47.3)	
Day Labourer	25 (58.1)	18 (41.9)	
Housemaid	17 (44.7)	21 (55.3)	
Marital status			.002**

Characteristics	Access to SRH information and service		P-value
	No N (%)	Yes N (%)	
Never married	59 (59.0)	41 (41.0)	
Currently married	355 (41.2)	507 (58.8)	
Others (Widows, Divorces, and Separated)	16 (37.1)	27 (62.8)	
Age at first marriage (n=905)			.904
Married before 18	271 (40.9)	392 (59.1)	
Married at 18 or after 18	100 (41.3)	142 (58.7)	
Number of children (n=820)			.056
One child	117 (45.4)	141 (54.7)	
Two children	140 (40.0)	210 (60.0)	
Three or more children	73 (34.4)	139 (65.6)	
Household Head			0.590
Respondents herself	21 (46.7)	24 (53.3)	
Other members of the family	409 (42.6)	551 (57.4)	
Total Number of Members in the Household			.428
Bellow 3	88 (46.8)	100 (53.2)	
4 -6 members	291 (41.6)	409 (58.4)	
7 and above	51 (43.6)	66 (56.4)	
Wealth Index of the Household			.000***
Poorest	138 (55.2)	112 (44.8)	
Poorer	156 (55.7)	124 (44.3)	
Middle	34 (41.5)	48 (58.5)	
Richer	84 (28.0)	216 (72.0)	
Richest	18 (19.4)	75 (80.6)	

All estimates presented in this table are row percentages.

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

Bivariate distribution of MHMP by selected variables:

The results of the crosstabulation in Table 4.1 show that MHMP is significantly associated with many of the socio-demographic variables. Overall, it was discovered that 62.9% of respondents had poor MHMP, and 62.9% had good practice on MHMP.

A significant association was found on MHMP with Age ($p=0.000$). 75.7% of respondents aged 15-17 had poor MHMP. On the other hand, 73% of individuals between the ages of 18 and 24, and 63% aged 25-29 reported having a poor MHMP, indicating that practices are getting better as people age. Although Muslims constituted the majority in both groups, Hindus indicated poor MHMP more frequently (55.8%) than Muslims (63.8%).

A strong association was found ($p = 0.003$) between MHMP and the occupation of the respondents. Housewives were inclined to report good MHMP (14.4%), whereas students (4.5%) and housemaids (21.1%) were overrepresented in the poor MHMP group. The marital status of the respondents has a significant association with MHMP. Never-married respondents are more likely to report poor MHMP, whereas currently married respondents have good MHMP. A moderate association is observed with the household head status of the respondents and MHMP ($p=0.061$). Poor MHMP was observed more among the respondents who themselves aren't the head of their household. Besides, MHMP didn't show significant associations with education (of the respondent and parents), household size, and economic indicators (income and expenditure) of the respondents.

Table 4-2: Bivariate distribution of current illness by selected variables

Characteristics	MHMP			P-value
	Poor Practice N (%)	Fair Practice N (%)	Good Practice N (%)	
Total	632 (62.9)	233 (23.2)	140 (13.9)	
Age in Year				.000***
15-17	81 (75.7)	24 (22.4)	2 (1.9)	
18-24	216 (73.0)	65 (22.0)	15 (5.1)	
25-29	136 (62.7)	56 (25.8)	25 (11.5)	
≥30	199 (51.7)	88 (22.9)	98 (25.5)	
Religion				.224
Islam	565 (63.8)	199 (22.5)	121 (13.67)	
Hindu	67 (55.8)	34 (18.3)	19 (15.8)	
Respondents Educational Attainment				.000***
No Formal Education	26 (40.0)	15 (23.1)	24 (36.9)	
Primary	157 (54.5)	77 (26.7)	54 (18.8)	

Characteristics	MHMP			P-value
	Poor Practice N (%)	Fair Practice N (%)	Good Practice N (%)	
Secondary	334 (66.8)	116 (23.2)	50 (10.0)	
Higher Secondary and above	115 (75.7)	25 (16.5)	12 (7.9)	
Respondents Fathers Educational Attainment				.339
No Formal Education	229 (62.1)	86 (23.3)	54 (14.6)	
Primary	259 (60.9)	102 (24.0)	64 (15.1)	
Secondary	112 (67.5)	39 (23.5)	15 (9.0)	
Higher Secondary and above	32 (71.1)	6 (13.3)	7 (15.6)	
Respondents Mothers Educational Attainment				.112
No Formal Education	265 (60.0)	100 (62.6)	77 (17.4)	
Primary	280 (63.9)	105 (24.0)	53 (12.1)	
Secondary	81 (69.2)	26 (22.2)	10 (8.6)	
Higher Secondary and above	6 (75.0)	2 (25.0)	0 (0.0)	
Respondents Occupation				.003**
Housewife	497 (61.2)	198 (24.4)	117 (14.4)	
Student	86 (76.8)	21 (18.8)	5 (4.5)	
Day Labor	23 (53.5)	10 (23.3)	10 (23.3)	
Housemaid	26 (68.4)	4 (10.5)	8 (21.1)	
Marital status				.013*
Never married	73 (73.0)	22 (22.0)	5 (5.0)	
Currently married	537 (62.3)	201 (23.3)	124 (14.39)	
Others (Widows, Divorces, and Separated)	22 (51.2)	10 (23.3)	11 (25.6)	
Age at first marriage (n=481)				0.232
Married before 18	404 (60.9)	152 (22.9)	107 (16.1)	
Married at 18 or later	155 (64.1)	59 (24.4)	28 (11.6)	
Number of children (n=820)				
One child				
Two children				
Three or more children				
Household Head				.061
Respondents herself	21 (46.7)	16 (35.6)	8 (17.8)	
Other members of the family	611 (63.7)	217 (22.6)	132 (13.8)	
Total Number of Members in the Household				.081
Bellow 3	128 (68.1)	40 (21.3)	20 (10.6)	
4 -6 members	421 (60.1)	171 (24.4)	108 (15.4)	
7 and above	83 (70.9)	22 (18.8)	12 (10.2)	

Characteristics	MHMP			P-value
	Poor Practice N (%)	Fair Practice N (%)	Good Practice N (%)	
Wealth Index of the Household				.000***
Poorest	149 (59.6)	79 (31.6)	22 (8.8)	
Poorer	144 (51.4)	85 (30.4)	51 (18.2)	
Middle	49 (59.8)	24 (29.2)	9 (11.0)	
Richer	211 (70.3)	37 (12.3)	52 (17.3)	
Richest	79 (85.0)	8 (8.6)	6 (6.5)	

All estimates presented in this table are row percentages.

* = p<0.05; ** = p<0.01; *** = p<0.001

Chapter 5 : Discussion

The study focuses on the complex effects of climate change on the sexual and reproductive health and rights of women who live in Bangladesh's coastal areas. It documents a comprehensive understanding of how environmental vulnerabilities uniquely affect women's health, especially in areas highly prone to salinity intrusion, rising sea levels, and extreme weather conditions.

In the results, access to clean water and sanitation came out as one of the major concerns because 86.17% said either major disadvantages or none existed regarding access to clean water because of climate change. The same fact was pointed out by Husaini & Davies 2022 and Roy et al. 2020 about how the shortage of water is an extra load on women. Poor access to water exacerbates the challenges in MHM. More than half of the respondents, 65.17%, did not have access to menstrual hygiene products, reflecting systemic inadequacies in responding to the specific needs of women during and after disasters. Other studies, by Azad et al. in 2013 and Nasreen et al. in 2017, similarly reported that during floods, disruption in water supply and sanitation facilities significantly hampers women's hygiene, leading to the increase in gynecological issues and other health complications.

The economic implications of climate change were striking, with 83.98% reporting a reduction in opportunities to make money. This is reflected in the broader literature on how the crisis exacerbated pre-existing inequalities regarding resources and economic opportunities faced by women in low-income groups of people (UNFPA, 2021). It also exacerbates their vulnerability to the already precarious conditions affecting access to health care services for managing their needs around sexual and reproductive health. Women in these regions often bear the dual burden of reduced income and increased caregiving responsibilities, which further limits their ability to prioritize health-seeking behaviors (Ripon & Chow, 2023).

One of the most alarming findings was regarding access to sexual and reproductive health services, where 42.79% of respondents reported no access to SRH information and services. Most of the respondents, 75.82%, agreed that geographic distance from health facilities barred them from accessing health services. These findings are supported by previous studies such as Khan (2015) and Roy et al. (2020), who pointed out that climate change accentuates infrastructural challenges and further restricts access to healthcare in remote and disaster-prone areas. Furthermore, less than 40% of respondents reported receiving services related to SRH regularly, indicating gaps in service delivery and utilization.

The study also showed low ANC utilization, with less than 43.29% of women attending four or more ANC visits in their last pregnancy. Access to ANC services was lower for younger women, those with less education, and the economically disadvantaged, reflecting systemic inequities. These findings also resonate with the studies conducted by Ainul et al. 2019 and Nasreen et al. 2017, which reported similar challenges in maternal healthcare access within disaster-prone settings.

Although the respondents had a relatively high level of awareness about family planning, the gap in knowledge and practice was highly significant. For example, while 88.6% of the respondents reported knowing about oral contraceptive pills, only 69.37% reported using them. In the case of injectable contraceptives, where the level of awareness was very high, the actual usage was reported by only 21.15% of the respondents. This discrepancy underlines the need for targeted interventions to address cultural, economic, and logistical barriers to contraceptive use. Similar findings have also been reported in studies related to family planning among Rohingya refugees and other vulnerable populations. (Chowdhury et al., 2018; Abul Kalam Azad et al., 2022).

These study findings underscore the pressing need for immediate policy interventions to reduce the negative impact of climate change on SRHR. The healthcare infrastructure, particularly in remote coastal areas, should be improved. This would involve establishing mobile clinics, training community health workers, and incorporating SRHR services into disaster response mechanisms. Besides, targeted education and awareness programs are necessary to address the cultural barriers

and help women make informed decisions about their health. These programs should focus on menstrual hygiene management, increasing the uptake of family planning methods, and encouraging ANC attendance. Skill-building programs and access to microfinance are some of the economic empowerment initiatives that may help women in disaster-prone areas lessen the economic impacts of climate change. Lastly, future studies should use a longitudinal approach for a better understanding of the long-term impacts of climate change on SRHR and evaluation of intervention effectiveness.

This study has brought to the fore the complex and multi-layered impacts of climate change on SRHR among women in coastal areas of Bangladesh. Results underscore the need for comprehensive and gender-sensitive approaches to the challenges. The integration of SRHR into strategies of climate resilience and disaster responses is essential for ensuring the health and well-being of women in these vulnerable communities. Addressing these issues will not only improve SRHR outcomes but will also mark progress toward broader objectives in gender equality and sustainable development.

Limitations of the study:

Although this study enlightens on important aspects related to the influence of climate change on SRHR issues among women in coastal Bangladesh, there are a number of limitations that need to be declared. These may impact the generalizability and completeness of the findings and thus need consideration when interpreting the results.

The present study is cross-sectional in design, meaning it captures data at one point in time. Although this offers the possibility of an in-depth understanding of current conditions, it limits the establishment of causality between climate change and observed SRHR outcomes. This study focused on some unions in Satkhira, a coastal district in Bangladesh. While these areas are representative of many disaster-prone coastal communities, the findings may not fully reflect the experiences of women in other coastal or inland regions of the country. There could be regional

variations in climate impacts, cultural practices, and healthcare infrastructure that may lead to different outcomes.

Although the total number of participants in this study is 651, multi-stage cluster sampling may lead to biases. For instance, women who were absent on the days of data collection or refused to participate may have different experiences and perspectives, which might have led to biased results. Besides, a few respondents may have been selected through snowballing, which can introduce selection bias. Most of the information in this study was self-reported on very sensitive topics: menstrual hygiene practices, healthcare access, and contraceptive use. Self-reported data are susceptible to recall bias, as participants are often asked to remember past experiences. The social desirability bias could also affect the results, whereby the participants may underreport practices perceived as socially unacceptable or overreport desired behaviors.

Although the study included a wide range of demographic, socio-economic, and health-care-related variables, not all potential factors influencing SRHR outcomes could have been captured. Psychosocial stress, quality of health services, or even male involvement in the decision-making process relevant factors to SRHR outcomes were only partially addressed. Comparative research with populations outside the studied disaster-prone areas was not considered. Without this comparative group, it is very difficult to isolate the impacts of climate change from the other underlying factors that are likely to affect SRHR outcomes, such as poverty or pre-existing inequalities.

Discussion on issues like SRHR and menstrual hygiene is considered a sensitive topic in conservative communities. While ethical protocols were adhered to, cultural constraints may have restricted the level of information shared by the participants. Some women might have felt uncomfortable disclosing their personal experiences, thus underreporting.

While the study had a mixed-method approach, the qualitative part could have been broader and in-depth, as it included in-depth interviews and focus group discussions. For example, the coping mechanisms or psychosocial effects of climate change could be probed further by extensive qualitative data collection that might add weight to the findings. This research is bound by its

timeline and resources, so data may not be too extensive or detailed. For example, the size of samples and more general geographic coverage would allow certain studies to derive at much broader results.

In addressing these limitations, future studies shall focus their issues on adopting longitudinal designs to establish causality and tracking changes over time, widening the geographic scope to include regions of diversity for wider generalizability, using larger sample sizes and random sampling for less bias, and including more specific qualitative research to capture nuanced experiences and perceptions. This includes control groups to better specify the particular effects of climate change. Further variables can be assessed, including mental health, quality of healthcare services, and male involvement in SRHR decision-making.

Chapter 6 : Recommendation & Conclusion:

Recommendation:

Based on the findings of this study, the following recommendations are made for addressing the adverse impacts of climate change on sexual and reproductive health and rights of women living in the coastal regions of Bangladesh:

Improve Healthcare Access and Infrastructure:

Provide access to SRH services at all times, even in cases of climatic emergencies, through the establishment of mobile health clinics in isolated and disaster-prone areas. Increase health facilities providing maternal and child health services to include ANC, delivery, and postnatal care. Enhance emergency health infrastructures to provide timely services on SRHR in sudden disasters like floods and cyclones.

Improve Water and Sanitation Facilities:

Develop and maintain such water purification systems which could help to reduce the effects of salinity and the general lack of water. Improve sanitation infrastructure in the most vulnerable coastal areas, providing access to clean and private facilities for MHM. Promote the distribution of menstrual hygiene products, such as sanitary napkins, during and after disaster events, and increase awareness about their use.

Educate and Raise Awareness:

Implement community-based education programs in SRHR, focusing on menstrual hygiene, the use of contraceptives, and regular health checkups. Organize health education on sensitive issues in a gender-sensitive manner to change cultural taboos regarding menstruation and reproductive health. Involve men and boys in programs that raise their awareness about SRHR issues to develop an enabling environment for women's health needs.

Enhance Family Planning Services:

Improve access to and availability of a wide range of contraceptive methods, with particular attention to the most remote and underserved areas. Tailor outreach to narrow the gap between knowledge and utilization in family planning. Integrate family planning services into disaster response programs to ensure continuity during emergencies.

Address Economic Vulnerabilities:

Introduce livelihood support programs for women in disaster-prone areas to reduce the economic impacts of climate change. Offer some form of financial assistance or subsidy to access SRHR services, especially for economically disadvantaged women. This includes promoting skill-building programs to economically empower women and reduce dependency on meager household resources.

Build Resilience through Policy and Advocacy:

Integrate SRHR into climate adaptation strategies on the local, regional, and national levels. Raise awareness of the need for the integration of SRHR into disaster preparedness and response mechanisms to ensure that women's health needs are prioritized in emergency situations. Partner with international organizations to leverage funding and technical support for SRHR challenges in climate-affected regions.

Increase Research and Data Collection:

Longitudinal studies shall be conducted to learn about the long-term effects of climate change on SRHR and, at the same time, assess the effectiveness of the interventions. Investigate how mental health, gender-based violence, and community dynamics influence SRHR outcomes in climate crises. Establish a comprehensive database on SRHR indicators for disaster-prone areas as a basis for policy decisions and resource allocation.

Empower Women and Enhance Decision-Making Ability:

Empower women to be involved in community decision-making processes, especially regarding healthcare and disaster management. Train health advocates or community health workers who can provide training within their communities. Work toward achieving gender equity in resource access and healthcare services to decrease inequities and improve women's self-determination.

These recommendations are to be implemented in collaboration with government agencies, NGOs, international partners, and local communities. Tackling the nexus between climate change and SRHR will improve not only the health of women but also broader goals of gender equality, climate resilience, and sustainable development.

Conclusion:

This study highlights the far-reaching effects of climate change on the sexual and reproductive health and rights of women residing in the coastal areas of Bangladesh. It shows critical vulnerabilities regarding access to healthcare, water and sanitation, family planning services, and overall economic stability. The findings point out the double burden women suffer in disaster-prone areas, which are exacerbated by systemic inequities, cultural norms, and inadequate infrastructure.

The study has shown that climate change is a serious concern for women in accessing clean water, maintaining menstrual hygiene, and getting the necessary healthcare services. Limitations in ANC visits, family planning methods, and high morbidity due to poor living conditions call for urgent intervention. Besides, the economic consequences of the crises induced by climate change further hamper women's potential to prioritize health and welfare.

This necessitates a more holistic approach in which SRHR considerations are factored into climate resilience strategies. Improving healthcare infrastructure, promoting education and awareness, and empowering women through economic opportunities and community engagement are key. Efforts also have to focus on mitigating the impact of water scarcity, access to menstrual hygiene products, and family planning services.

This project adds to the literature on the relationship between climate change and SRHR in developing countries by reiterating the importance of a gender-sensitive approach at both policy and programmatic levels. Addressing the various challenges identified will help improve women's health in the country's coastlands and support resilience for the communities towards changing climates. Further studies might research the long-term changes and the impacts of climate change

on SRHR, with reviews on the effectiveness of the interventions. Policymakers, healthcare providers, and community leaders must work in tandem to implement sustainable solutions and make sure that the needs of women in disaster-affected regions are not cast aside.

Empowering women and ensuring access to SRHR services is not only a moral obligation but also one of the essential components of building resilient, equitable, and sustainable communities in the face of climate change.

References:

- AbouZahr, C. (2014). Progress and challenges in women's health: an analysis of levels and patterns of mortality and morbidity. *Contraception*, 90(6, Supplement), S3–S13. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.03.007>
- Abul Kalam Azad, Md., Zakaria, M., Nachrin, T., Chandra Das, M., Cheng, F., & Xu, J. (2022). Family planning knowledge, attitude and practice among Rohingya women living in refugee camps in Bangladesh: a cross-sectional study. *Reproductive Health*, 19(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01410-0>
- Ahmad, H. (2019). Bangladesh Coastal Zone Management Status and Future Trends. *Journal of Coastal Zone Management*, 22, 1–7. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:197577672>
- Ainul, S., Ehsan, I., Haque, E., Amin, S., Rob, U., Melnikas, A., & Falcone, J. (2019). *Marriage and sexual and reproductive health of Rohingya adolescents and youth in Bangladesh: A qualitative study*. <https://doi.org/10.31899/pgy7.1022>
- Alam, M.-U., Luby, S. P., Halder, A. K., Islam, K., Opel, A., Shoab, A. K., Ghosh, P. K., Rahman, M., Mahon, T., & Unicomb, L. (2017). Menstrual hygiene management among Bangladeshi adolescent schoolgirls and risk factors affecting school absence: results from a cross-sectional survey. *BMJ Open*, 7(7), e015508. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015508>
- Banerjee, S. (2019). *The Rohingya crisis: A health situation analysis of refugee camps in Bangladesh*. https://www.orfonline.org/wp-content/uploads/2019/07/ORF_SpecialReport_91_Rohingya.pdf
- BRAC's Humanitarian Response in Cox's Bazar: Strategy for 2018. (2018). http://response.brac.net/wp-content/uploads/2018/04/Strategy_BRAC-humanitarian-response_2018-300418.pdf
- Chowdhury, M. A. K., Billah, S. M., Karim, F., Khan, A. N. S., Islam, S., & Arifeen, S. E. (2018). *Report on Demographic profiling and needs assessment of maternal and child health (MCH) care for the Rohingya refugee population in Cox's Bazar, Bangladesh*. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.35432.11520>

- Deshpande, T., Patil, S., Gharai, S., Patil, S., & Durgawale, P. (2018). Menstrual hygiene among adolescent girls – A study from urban slum area. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 7(6), 1439. https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_80_18
- Giudice, L. C., Llamas-Clark, E. F., DeNicola, N., Pandipati, S., Zlatnik, M. G., Decena, D. C. D., Woodruff, T. J., Conry, J. A., & Exposures, the F. C. on C. C. and T. E. (2021). Climate change, women's health, and the role of obstetricians and gynecologists in leadership. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 155(3), 345–356. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/ijgo.13958>
- Guzek, J., Siddiqui, D. R., White, K., Leeuwen, C. Van, & Onus, R. (2017). *Health Survey in Kutupalong and Balukhali Refugee Settlements, Cox's Bazar, Bangladesh*. https://www.msf.org/sites/msf.org/files/coxsbazar_healthsurveyreport_dec2017_final1.pdf
- Ha, Md. A. T., & Alam, Md. Z. (2022). Menstrual hygiene management practice among adolescent girls: an urban–rural comparative study in Rajshahi division, Bangladesh. *BMC Women's Health*, 22(1), 86. <https://doi.org/10.1186/s12905-022-01665-6>
- Husaini, S., & Davies, S. E. (2022). Case Report: Another Burden to Bear: The Impacts of Climate Change on Access to Sexual and Reproductive Health Rights and Services in Bangladesh. *Frontiers in Climate*, 4. <https://doi.org/10.3389/fclim.2022.875515>
- Joshi, D., Buit, G., & Gonz LEZ-BOTERO, D. (2015). Menstrual hygiene management: Education and empowerment for girls? *Waterlines*, 34(1), 51–67. <http://www.jstor.org/stable/24688191>
- Kamal, A.-H. M. (2015, May 23). Women's sexual and reproductive health hazards during floods. *Dhaka Tribune*. <https://www.icccad.net/dhaka-tribune-articles/womens-sexual-and-reproductive-health-hazards-during-floods/>
- Kamal, A.-H. M., Umama, U., Roman, S., & Khan, M. M. (2018). Impacts of Flood on Women's Sexual and Reproductive Health: An Empirical Evidence from Northern Bangladesh. *Global Journal of Medical Research: K Interdisciplinary*, 18(5).
- Khan, N. (2015). *Women's Sexual & Reproductive Health and Rights (SRHR) and Climate Change: What is the Connection?*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://arrow.org.my/wp-content/uploads/2016/05/Climate-Change-and-SRHR-Scoping-Study_Bangladesh.pdf
- Lancet, T. (2019). The Rohingya people: past, present, and future. *The Lancet*, 394(10216), 2202. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)33139-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)33139-3)

- Nair, M. K. C., Chacko, D. S., Ranjith Darwin, M., Padma, K., George, B., & PS, R. (2012). Menstrual disorders and menstrual hygiene practices in higher secondary school girls. *The Indian Journal of Pediatrics*, 79(1), 74–78. <https://doi.org/10.1007/s12098-011-0431-z>
- Nasreen, M., Hossain, K. M., Azad, Md. A. K., & Hasan, Md. K. (2017). *Sexual and Reproductive Health during Emergencies: Situation Analysis of Disaster Prone Areas of Bangladesh*. https://www.academia.edu/42972346/Sexual_and_Reproductive_Health_during_Emergencies_Situation_Analysis_of_Disaster_Prone_Areas_of_Bangladesh?email_work_card=title
- Parmar, P. K., Jin, R. O., Walsh, M., & Scott, J. (2019). Mortality in Rohingya refugee camps in Bangladesh: historical, social, and political context. *Sexual and Reproductive Health Matters*, 27(2), 1610275. <https://doi.org/10.1080/26410397.2019.1610275>
- Rabeya, R., Islam, M. N., Hafsa, U., Nisa, N., Ghosh, G., Yesmin, A., Juthi, K., & Rahman, T. (2022). Menstrual hygiene practices among the adolescent schoolgirls in the rural area of Bangladesh. *International Journal of Public Health Science (IJPHS)*, 11. <https://doi.org/10.11591/ijphs.v11i4.21938>
- Rawal, L. B., Kanda, K., Biswas, T., Tanim, Md. I., Dahal, P. K., Islam, Md. R., Huda, T. Md. N., Begum, T., Sahle, B. W., Renzaho, A. M. N., & Anwar, I. (2021). Health problems and utilization of health services among Forcibly Displaced Myanmar Nationals in Bangladesh. *Global Health Research and Policy*, 6(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s41256-021-00223-1>
- Roy, T., Chandra, D., Sony, M. M. A. A. M., & Rahman, Md. S. (2020). Impact of salinity intrusion on health of coastal people: Reflections from Dacope upazila of Khulna district, Bangladesh. *Khulna University Studies*, 57–66. <https://doi.org/10.53808/KUS.2020.17.1and2.1906-S>
- Safer spaces, gender equality, choices in life and love*. (2018). UNFPA. <https://bangladesh.unfpa.org/en/news/safer-spaces-gender-equality-choices-life-and-love>
- Shamsuddoha, M., Javed, Md. A., Islam, M. S., Sultana, N., Imran, A., Rabbi, S. N. A., Jenat, T. U., Shams, S., & Sharif, M. M. (2024). Impacts of climate change-induced natural hazards on women and their human rights implications: A study in the southwest coast of Bangladesh. *Journal of Migration and Health*, 9, 100221. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jmh.2024.100221>
- Thomas, T. S., Mainuddin, K., Chiang, C., Rahman, A., Haque, A., Islam, N., Quasem, S., & Sun, Y. (2013). *Agriculture and Adaptation in Bangladesh: Current and Projected Impacts of*

- Climate Change* (01281; IFPRI Discussion Paper). chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://deliverypdf.ssrn.com/delivery.php?ID=506001013065022024093089086065005123025021068055070082025086092026071122090016005031057122111022009036109118006094004007091077017084012076061123004001070125088071091009075044008092076109070106030066093096069120072067125091007004006089116117088081000007&EXT=pdf&INDEX=TRUE
- UNFPA. (2021). *The impact of the CLIMATE CRISIS on sexual and reproductive health and rights*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://esaro.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/advocacy_-_impact_of_climate_crisis_on_srhr.pdf
- UNFPA. (2023). *Sexual & reproductive health*. UNFPA. <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>
- UNHCR Camp Profiles. (2020). *Camp Profiles: Rohingya Refugee Response Bangladesh*. United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva. file:///C:/Users/User/Downloads/Camp profile in UNHCR managed camps as of April (compressed).pdf
- UNHCR Population Factsheet. (2022). *Population Factsheet: Rohingya Refugee Response Bangladesh*. United Nations High Commissioner for Refugees, Geneva. <https://data.unhcr.org/en/documents/details/93467>
- WHO *Bi-weekly situation report #18*. (2019). https://www.who.int/docs/default-source/searo/bangladesh/bangladesh---rohingya-crisis---pdf-reports/sitreps/2019/bi-weekly-situation-report-18---12-september-2019.pdf?sfvrsn=87196e22_2
- Women and Gender Constituency, & SRHR & Climate Justice Coalition. (n.d.). *Climate Justice and Sexual and Reproductive Health and Rights*. Retrieved October 28, 2023, from chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.shedecides.com/wp-content/uploads/2021/10/WGC_IssueBrief_SRHR_EN-1.pdf
- Women Deliver. (2021). *The link between climate change and sexual and reproductive health and rights: An evidence review*. chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://womendeliver.org/wp-content/uploads/2021/02/Climate-Change-Report.pdf

Annex:

Annex 01: Operational definitions

Terms	Operational definition
Reproductive age group	In this study, the reproductive age group has been considered to be between 15 and 49 years as a standard estimation from menarche to menopause.
Pregnant women	The study considers a woman to be pregnant if the female respondent confirms her status of pregnancy by herself. The information is further validated with the date of her last menstrual period. Additional examination or tests to confirm the pregnancy such as rapid test or ultrasonography were not performed.
Sexual and reproductive health:	UNFPA quotes, “Good sexual and reproductive health is a state of complete physical, mental and social well-being in all matters relating to their productive system” (UNFPA, 2023). To reflect on the sexual and reproductive health of the study population, information on the age of menarche, age at first marriage and childbearing, current and ever use of contraceptives, intention to use, and reasons for not using are collected.
Maternal health	health of women during pregnancy, childbirth, and the postpartum period.
Antenatal care	the care received from healthcare professionals during pregnancy at least once.
Menstrual hygiene management (MHM)	Menstrual hygiene management (MHM) encompasses the practices and resources needed for individuals who menstruate to manage their periods with dignity and in a healthy way.
Institutional delivery	delivery in public or private hospitals, clinics, and health centers, attended by skilled attendants (midwifery, nurses, doctors, health officers).
Postnatal care	health care for the mother from immediately after the birth until around 6 weeks by health professionals.

<p>Climate Vulnerable Areas</p>	<p>Geographical regions in Bangladesh that are highly exposed to climate-related hazards such as floods, cyclones, salinity intrusion, river erosion, or drought, as identified by national climate vulnerability indexes (e.g., BCCSAP or UNDP reports). In this research, we collected data from Shyamnagar Satkhira, as the United Nations Development Programme's 2023 Climate Vulnerability Index (CVI) identifies Gabura Union and Kaikhali Union of Satkhira District as the most vulnerable areas in Bangladesh.</p>
<p>Menstrual products</p>	<p>Menstrual products are items used to manage menstrual flow during a period. These include pads, tampons, menstrual cups, menstrual discs, and period underwear.</p>

Annex 02: Data collection tool (Consent form Bangla version)

অবহিতক্রমে সম্মতিপত্র

গবেষণা শিরোনাম: Impacts of Climate Change on Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) of Women Living in the Coastal Regions of Bangladesh

গবেষকের নাম: মোঃ সাইফুল ইসলাম, সহকারী অধ্যাপক, পপুলেশন সায়েন্স বিভাগ, জাতীয় কবি কাজী নজরুল ইসলাম বিশ্ববিদ্যালয়, ত্রিশাল, ময়মনসিংহ-২২২৪।

গবেষণা অর্থায়ন: গবেষণা ও সম্প্রসারণ কেন্দ্র, জাতীয় কবি কাজী নজরুল ইসলাম বিশ্ববিদ্যালয়, ত্রিশাল, ময়মনসিংহ-২২২৪।

গবেষণার পটভূমি: এই গবেষণাটির উদ্দেশ্য বাংলাদেশের উপকূলীয় অঞ্চলে এ বসবাস করে এমন প্রজনন বয়সী নারীদের (১৫-৪৯ বছর) যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের প্রতিকূল ফলাফলের বিস্তার এবং নির্ধারক যাচাই করা। এখানে নির্দিষ্ট প্রশ্নের মাধ্যমে গবেষকরা ১৫-৪৯ বছর বয়সী নারীদের আর্থ-সামাজিক বিষয়াবলীর পাশাপাশি জলবায়ু পরিবর্তনের কারণে যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের প্রভাব এবং তাদের মোকাবেলার পদ্ধতির সম্পর্কে কথা বলবেন। আপনি যদি এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করার অনুমতি দিয়ে থাকেন, তখন গবেষণাকারীরা আপনার ২০ থেকে ৩০ মিনিট সাক্ষাতকার নিবেন।

ঝুঁকি ও উপকারিতা: এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করলে আপনার শারীরিক বা মানসিক ক্ষতির কোন ঝুঁকি নেই। এবং এই গবেষণায় অংশ নেওয়ার জন্য কোন সরাসরি সুবিধাও নেই।

আপনার অংশগ্রহণ, গোপনীয়তা এবং নামহীনতা: গবেষণায় অংশগ্রহণকারীদের তথ্য একটি ID দ্বারা লিপিবদ্ধ করা হবে এবং গোপন রাখা হবে। গবেষণার সকল তথ্য সযত্নে রাখা হবে যা শুধুমাত্র গবেষকদের দেখার সুযোগ থাকবে। আপনার নাম বা গোপনীয় কোন তথ্য গবেষণার ফলাফলে প্রকাশিত হবে না। এই সকল তথ্য শুধুমাত্র গবেষণার কাজে ব্যবহার করা হবে।

গবেষণার তথ্যের ভবিষ্যতের ব্যবহার: এই গবেষণায় সংগ্রহীত তথ্য যদি ভবিষ্যতে ব্যবহার করার প্রয়োজন তাহলে আমরা আপনাকে চিহ্নিত করা যায় এমন তথ্য বাদ দিয়ে অন্য তথ্য দেওয়া হবে। যাতে নামহীনতা এবং গোপনীয়তা নিশ্চিত করা যায়।

গবেষণায় অংশগ্রহণ না করা বা অংশগ্রহণ থেকে বিরত থাকার অধিকার: এই গবেষণায় অংশগ্রহণ স্বেচ্ছামূলক। গবেষণার পদ্ধতি, ঝুঁকি এবং সুবিধা সম্পর্কে জানার অধিকার আপনার আছে। এমনকি, আপনি যদি অংশগ্রহণের

সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন, পরবর্তীতে আপনি আপনার মত পরিবর্তন করতে পারবেন এবং গবেষণায় অংশগ্রহণ থেকে বিরত থাকতে পারবেন। যে সিদ্ধান্তই আপনি নেন না কেন, তাতে আপনার কোন সমস্যা হবে না।

গবেষণায় অংশগ্রহণের প্রতিদান: এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করার জন্য প্রতিদান স্বরূপ আপনাকে কোন কিছু প্রদান করা হবে না।

গবেষণা সংক্রান্ত প্রশ্নের জন্য যোগাযোগ: আপনার যদি এই গবেষণা সংক্রান্ত কোন প্রশ্ন থাকে, তাহলে আপনি যোগাযোগ করুন গবেষণাটির পরিচালক মোঃ সাইফুল ইসলাম, সহকারী অধ্যাপক, পপুলেশন সায়েন্স বিভাগ, জাতীয় কবি কাজী নজরুল ইসলাম বিশ্ববিদ্যালয়, ত্রিশাল, ময়মনসিংহ-২২২৪, এর সাথে সরাসরি বা +৮৮০১৮৫৪৯৪৮৭১৩ মোবাইল নম্বরে যোগাযোগ করতে পারেন।

আপনি যদি আমাদের গবেষণায় অংশগ্রহণ করতে সম্মত হয়ে থাকেন, অনুগ্রহ করে নিচের নির্দিষ্ট স্থানে আপনার স্বাক্ষর বা বাম হাতের আঙ্গুলের ছাপ প্রদান করুন।

অংশগ্রহণকারীর নাম	
অংশগ্রহণকারীর স্বাক্ষর	
তারিখ	
তথ্য গ্রহণকারীর নাম	

আপনার সহযোগিতার জন্য ধন্যবাদ।

Annex 03: Data Collection Tool (Bangla)

Annex 03.1: Survey Data Collection Tool (Bangla)

Impacts of Climate Change on Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) of Women Living in the Coastal Regions of Bangladesh

আইডি নং	
সাক্ষাৎকার গ্রহণের তারিখ	
সাক্ষাৎকার শুরুর সময়	
সাক্ষাৎকার শেষের সময়	

পরিচিতিঃ		
ঠিকানা: জেলা:	উপজেলা:	
ইউনিয়ন:	গ্রাম:	
বাসা (বিস্তারিত ঠিকানা):		
উত্তরদাতার নামঃ		
মোবাইল নম্বরঃ		
ফলাফল কোড <input type="text"/>		
১= সম্পন্ন	২=বাসায় নেই	৩ = বাতিল
৪= প্রত্যাখ্যাত	৫= আংশিক সম্পন্ন	৬ = উত্তর প্রদানে অক্ষম

সেকশন ০১: উত্তরদাতার আর্থসামাজিক বৈশিষ্ট্য			
Sl.	Question	Coding/Scale	Skip
১০১	বর্তমানে আপনার বয়স কত বৎসর (পূর্ণ বৎসরে)?		
১০২	আপনার উচ্চতা কত ফুট?		
১০৩	আপনার ওজন কত কেজি?		
১০৪	আপনি কোন ধর্মে বিশ্বাসী?	ইসলাম	1
		হিন্দু	2
		খ্রিস্টান	3
		বৌদ্ধ	4
১০৫	আপনার বৈবাহিক অবস্থা?	বর্তমানে বিবাহিত	1
		বিচ্ছেদ/আলাদা থাকেন	2
		তালাক প্রাপ্ত	3
		বিধবা	4
		কখনো বিয়ে হয়নি	5

১০৬	আপনার প্রথম বিয়ের সময় বয়স কত ছিল?		
১০৭	আপনার অল্প বয়সে বিয়ের প্রধান কারণ কি ছিল?	অর্থনৈতিক চাপ	1
		সাংস্কৃতিক ঐতিহ্য	2
		শিক্ষার অভাব	3
		ধর্মীয় বিশ্বাস	4
		স্কুল থেকে বারে পড়া	5
		প্রতিষ্ঠিত পাত্রের প্রাপ্তি	6
		অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন)	88
১০৮	আপনার সন্তান সংখ্যাকত?		
১০৯	আপনি সর্বোচ্চ কোন ক্লাস পর্যন্ত পড়াশুনা করেছেন?	কোন প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা নেই	1
		প্রাথমিক	2
		মাধ্যমিক	3
		উচ্চ মাধ্যমিক	4
		উচ্চ শিক্ষা	5
১১০	আপনার বাবা সর্বোচ্চ কোন ক্লাস পর্যন্ত পড়াশুনা করেছেন?	কোন প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা নেই	1
		প্রাথমিক	2
		মাধ্যমিক	3
		উচ্চ মাধ্যমিক	4
		উচ্চ শিক্ষা	5
		অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন)	88
১১১	আপনার মা সর্বোচ্চ কোন ক্লাস পর্যন্ত পড়াশুনা করেছেন?	কোন প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা নেই	1
		প্রাথমিক	2
		মাধ্যমিক	3
		উচ্চ মাধ্যমিক	4
		উচ্চ শিক্ষা	5
		অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন)	88
১১২	আপনার পরিবারের সদস্য সংখ্যা কত? (একই হাড্ডিতে খাবার খায় এমন)		
১১৩	আপনি কি খানা প্রধান?	হ্যাঁ	1
		না	2
১১৪	আপনার প্রধান পেশা কি?	গৃহিণী	1
		ছাত্রী	2
		চাকুরিজীবী	3
		ব্যবসা/ ক্ষুদ্র ব্যবসা	4

		দিন মজুর	5	
		কৃষিকাজ	6	
		গৃহ পরিচায়িকা	7	
		জেলে	9	
		কুমার	10	
		বেকার	11	
		অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন)	88	
১১৫	আপনার পরিবারের আনুমানিক মাসিক আয় কত?			
১১৬	আপনার পরিবারের আনুমানিক মাসিক ব্যয় কত?			
১১৭	আপনার পরিবারের কি কোন ঋণ আছে?			
১১৮	আপনার বসবাসের এলাকা?	গ্রাম এলাকা	1	
		শহর এলাকা	2	
১১৯	আপনার কি মোবাইল ব্যাংকিং একাউন্ট আছে?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
১২০	প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা আপনি কোথায় নিয়ে থাকেন? (একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য)	ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্র	1	
		কমিউনিটি ক্লিনিক	2	
		উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র	3	
		বেসরকারী স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র/প্রাইভেট ক্লিনিক/চেস্বার	4	
		হোমিও	5	
		এনজিও প্রদত্ত স্বাস্থ্য সেবাকেন্দ্র	6	
		গ্রাম্য ডাক্তার/ফার্মেসী	7	
		কবিরাজ	8	
		অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন)	88	
১২১	স্বাস্থ্যকেন্দ্র হতে আপনার বাড়ির দূরত্ব কত? কি.মি.			
১২২	আপনার পরিবারের কারো শারীরিক বা মানসিক প্রতিবন্ধকতা আছে কি?	শারীরিক প্রতিবন্ধকতা	1	
		মানসিক প্রতিবন্ধকতা	2	
		অন্যান্য প্রতিবন্ধকতা	3	
		কোন প্রতিবন্ধকতা নেই	4	
১২৩	আপনার কি মোবাইল ব্যাংকিং একাউন্ট আছে?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
১২৪	আপনার কি বাইক আছে?	হ্যাঁ	1	
		না	2	

১২৫	আপনার কি টেলিভিশন আছে?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
১২৬	আপনার কি রেফ্রিজারেটর আছে?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
১২৭	আপনার কি ইন্টারনেট অ্যাক্সেস রয়েছে?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
১২৮	আপনার বাড়ির মেবোর প্রধান উপাদান কী?	মাটি/বালু	1	
		টাইলস	2	
		সিমেন্ট/কংক্রিট	3	
১২৯	আপনার বাড়ির দেওয়ালের প্রধান উপাদান কী?	মাটি	1	
		ইট /ব্লক/কংক্রিট	2	
		টিন	3	
১৩০	আপনার বাড়ির ছাদের প্রধান উপাদান কী?	টিন	1	
		টালি	2	
		সিমেন্ট/কংক্রিট	3	
		গোল পাতা	4	
১৩১	আপনার রান্নার জ্বালানির প্রধান উপাদান কী?	পরিষ্কার জ্বালানি (বিদ্যুৎ, তরল পেট্রোলিয়াম গ্যাস (LPG), প্রাকৃতিক গ্যাস, বায়োগ্যাস, সৌর শক্তি, অ্যালকোহল/ইথানল)	1	
		কঠিন জ্বালানি (কয়লা, কাঠকয়লা, কাঠ, খড়/ঝোপ/ঘাস, কৃষি ফসল, পশুর গোবর/বর্জ্য,কাঠের চিপস, আবর্জনা/প্লাস্টিক)	2	
১৩২	আপনার টয়লেটের ধরণ কী?	স্যানিটারি / পাকা/ স্বাস্থ্যসম্মত ল্যাট্রিন	1	
		কাঁচা/খোলা	3	
		পিট ল্যাট্রিন	4	
		ঝুলন্ত	5	
		অন্যান্য	88	
পানির লবণাক্ততা ও স্বাস্থ্য সমস্যা সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী				
১৩৩	আপনার পানীয় জলের প্রধান উৎস কি?	অগভীর নলকূপ	1	
		গভীর নলকূপ	2	
		পুকুর/নদী	3	
		বৃষ্টির পানি	4	

		পুকুর ফিল্টার	5	
		ঝিরি/সরবরাহকৃত পানি/বোতলজাত পানি	6	
		অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন)	88	
১৩৪	আপনার রান্নার জলের প্রধান উৎস কি ?	অগভীর নলকূপ	1	
		গভীর নলকূপ	2	
		পুকুর/নদী	3	
		বৃষ্টির পানি	4	
		পুকুর ফিল্টার	5	
		ঝিরি/সরবরাহকৃত পানি/বোতলজাত পানি	6	
		অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন)	88	
১৩৫	গোসলের পানির প্রধান উৎস কি?	অগভীর নলকূপ	1	
		গভীর নলকূপ	2	
		পুকুর/নদী	3	
		বৃষ্টির পানি	4	
		পুকুর ফিল্টার	5	
		ঝিরি/সরবরাহকৃত পানি/বোতলজাত পানি	6	
		অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন)	88	
১৩৬	অন্যান্য কাজে ব্যবহারের জন্য পানির প্রধান উৎস কি?	অগভীর নলকূপ	1	
		গভীর নলকূপ	2	
		পুকুর/নদী	3	
		বৃষ্টির পানি	4	
		পুকুর ফিল্টার	5	
		ঝিরি/সরবরাহকৃত পানি/বোতলজাত পানি	6	
		অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন)	88	
১৩৭	পানীয় জলের স্বাদ কেমন?	নোনতা	1	
		স্বাভাবিক	2	
১৩৮	আপনি প্রতিদিন কত লিটার বিশুদ্ধ জল পান করেন?	< ৩ লিটারের কম	1	
		৩-৪ লিটার	2	
		৪ > লিটারের বেশি	3	
১৩৯	লবণাক্ত জল বিশুদ্ধ করার জন্য আপনি কোন পরিশোধন সরঞ্জাম ব্যবহার করেন? (একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য)	ট্যাবলট	1	
		ফিল্টার ব্যবহার	2	
		ফুটানো	3	
		ব্লিচ বা ক্লোরিন	4	

		কাপড় / ছাঁকনি দিয়ে ছাকন	5	
		সূর্যের তাপ ও আলোর মাধ্যমে বিশুদ্ধ করন	6	
		পানির পাত্রে জমিয়ে বিশুদ্ধ করন	7	
		বিশুদ্ধ করার প্রয়োজন পড়েনা	8	
		অন্যান্য (নির্দিষ্ট করে লিখুন)	88	

সেকশন ০৪:স্থানান্তর সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী				
৪০১	আপনি বা আপনার পরিবারের কোনও সদস্য কি অন্য জায়গায় চলে গিয়েছিলেন?	হ্যাঁ	1	না হলে ৩২০ ও ৩২১ ভস্কি প হবে
		না	2	
৪০২	স্থানান্তর প্রকারভেদ?	জাতীয়	1	
		আন্তর্জাতিক	2	
৪০৩	তাদের স্থানান্তর কারণ কি ছিল? (একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য)	জলবায়ু পরিবর্তন	1	
		সামাজিক কারণ	2	
		অর্থনৈতিক কারণ (কর্মসংস্থানের সুযোগ/ ব্যবসায়িক কারণ)	3	
		শিক্ষাগত কারণ	4	
		গর্ভাবস্থার কারণে স্থানান্তর	5	

সেকশন ০৫: গর্ভকালীন যত্ন (ANC) সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী				
Sl.	Question	Coding/Scale		Skip
৫০১	আপনার সর্বশেষ সন্তানের বয়স কত.....(২ বছরের বেশি হলে হবে না)			
৫০২	আপনি কতবার গর্ভবতী হয়েছেন (বর্তমান গর্ভাবস্থা সহ)? বার			
৫০৩	সর্বশেষ শিশু জন্ম কোথায় জন্ম হয়েছিল?	হাসপাতাল	1	
		বাড়িতে	2	
৫০৪	সর্বশেষ প্রসব কিভাবে হয়েছিলো?	স্বাভাবিক	1	
		সিজারের মাধ্যমে	2	

৫০৫	সর্বশেষ শিশু প্রসবের সময় দক্ষ প্রসব সহায়তাকারীর উপস্থিতি ছিল কি ?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
৫০৬	সর্বশেষ গর্ভকালীন সময়ে আপনি মাতৃস্বাস্থ্য সেবা নিয়েছেন কি?	হ্যাঁ	1	না হলে ৪০৮ এ চলে যান
		না	2	
৫০৭	গর্ভকালীন সময়ে আপনি কতবার মাতৃস্বাস্থ্য সেবা নিয়েছিলেন? বার			
৫০৮	গর্ভকালীন সময়ে আপনি কোথায় থেকে সেবা নিয়েছিলেন?	ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্র	1	
		কমিউনিটি ক্লিনিক	2	
		উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স	3	
		সদর হাসপাতাল	4	
		বেসরকারী স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র/ ক্লিনিক /চেম্বার	5	
		এনজিও প্রদত্ত স্বাস্থ্য সেবাকেন্দ্র	6	
		অন্যান্য	88	
৫০৯	কার কাছ থেকে সেবা নিয়েছেন?	ডাক্তার	1	
		নার্স	2	
		স্বাস্থ্য কর্মী	3	
		কবিরাজ/অন্যান্য	4	
৫১০	গর্ভকালীন স্বাস্থ্যসেবা নেয়া সহজলভ্য ছিল কি?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
প্রসব পরবর্তী সেবা (Postnatal Care - PNC) সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী				
৫১১	প্রসব পরবর্তী জটিলতা সম্পর্কে অবগত ছিলেন কি?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
৫১২	সন্তান জন্মের পর মেডিকেল চেকআপ করিয়েছিলেন?	হ্যাঁ	1	না হলে ৪১৩/১৪ স্কিপ
		না	2	
৫১৩	কতবার মেডিকেল চেকআপ করিয়েছিলেন? বার			
৫১৪	সন্তান জন্মের কত সময়ের মধ্যে নিয়েছিলেন?	০-২৩ ঘন্টা	1	
		২৪-৪৮ ঘন্টা	2	
		৪৮ ঘন্টা পর	3	

সেকশনঃ ০৭.১.২ যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য (SRHRs) সম্পর্কিত তথ্যের উৎস এবং পরিষেবা ব্যবহারের অনুশীলন ও জ্ঞান সম্পর্কিত তথ্য

Sl.	Question	Coding/Scale		Skip
১	আপনি কি যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সেবা সম্পর্কে জানেন?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
২	আপনি কি কখনো প্রজনন স্বাস্থ্য সেবা সম্পর্কে প্রশিক্ষণ নিয়েছেন?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
৩	যদি উপরের প্রশ্ন 612 এ "হ্যাঁ" হয় তবে আপনার অঞ্চলে পরিষেবা প্রাপ্তির স্থানগুলি নির্দিষ্ট করুন?(একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য)	ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্র	1	
		কমিউনিটি ক্লিনিক	2	
		উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স	3	
		সদর হাসপাতাল	4	
		বেসরকারী স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র/ ক্লিনিক /চেম্বার	5	
		এনজিও প্রদত্ত স্বাস্থ্য সেবাকেন্দ্র	6	
		ফার্মেসী	8	
		অন্যান্য	88	
৪	যদি উপরের প্রশ্ন 612 এ "হ্যাঁ" হয়, আপনি কি জানেন যে সেখানে কি ধরনের পরিষেবা সরবরাহ করা হয়? (একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য)	নারীর প্রতি সহিংসতাসহ যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য পরিষেবা সম্পর্কে পরামর্শ	1	
		পরিবার পরিকল্পনা বিষয়ক সেবা	2	
		প্রসবপূর্ব পরিচর্যা পরিষেবা	3	
		ডেলিভারি সেবা	4	
		প্রসবোত্তর পরিচর্যা সেবা	5	
		যৌন সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং চিকিৎসা	6	
		আইনি গর্ভপাত এবং গর্ভপাত পরবর্তী যত্ন	7	
		অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন): __	88	
৫	গর্ভকালীন সময়ে আপনি কতবার মাতৃস্বাস্থ্য সেবা নিয়েছিলেন? বার			
৬	এই পরিষেবাগুলি ব্যবহার না করার ঝুঁকিকে আপনি কীভাবে রেট করবেন?	ঝুঁকিপূর্ণ নয়	1	
		কম ঝুঁকি	2	
		মাঝারি ঝুঁকি	3	
		উচ্চ ঝুঁকি	4	

সেকশনঃ ০৭.১.৪ যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সেবা ব্যবহার সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী

৭	আপনার কি যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য এবং পরিসেবাগুলি প্রাপ্তির সুযোগ আছে?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
৮	আপনি কত ঘন ঘন যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য পরিসেবা পান (উদাঃ, পরিবার পরিকল্পনা, প্রসবপূর্ব যত্ন, এসটিআই পরীক্ষা/চিকিৎসা)?	মাসিক	1	
		প্রতি ৩ মাসে একবার	2	
		প্রতি ৬ মাসে একবার	3	
		বার্ষিক	4	
		কখনো না	5	
৯	আপনি কি কখনও গর্ভবস্থায় বা প্রসবের সময় নিম্নলিখিত কোনও জটিলতার সম্মুখীন হয়েছেন? (একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য)	রক্তপাত	1	
		খিঁচুনি	2	
		দীর্ঘায়িত প্রসব	3	
		গর্ভপাত	4	
		মৃত সন্তান প্রসব	5	
		কোন জটিলতার সম্মুখীন হইনি	6	
		অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন): ---	88	
১০	আপনি কি বর্তমানে পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি ব্যবহার করছেন?	হ্যাঁ	1	না হলে ৬৩৬ স্কিপ
		না	2	
১১	আপনি কোন পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি(গুলি) ব্যবহার করেন? (একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য)	খাবার বড়ি	1	
		কনডম	2	
		ইনজেকশন	3	
		অন্তঃসত্ত্বা ডিভাইস (IUD) (T আকৃতির জরায়ুর মুখে ব্যবহৃত)	4	
		ইমপ্লান্ট (হাতের চামড়ার নিচে পরার কাঠি)	5	
		টিউব লাইগেশন (মহিলাদের স্থায়ী জন্মনিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি)	6	
		ভ্যাসেকটমি (পুরুষদের স্থায়ী জন্মনিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি)	7	
		সনাতন পদ্ধতি (দিন গননা ও অন্যান্য)	8	

		অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন)	88	
১২		আমি এই মুহূর্তে সন্তান নিতে চাচ্ছি না	1	
		মাসিক অনিয়মিত করার জন্য	2	
	অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন)	অন্যান্য	88	
১৩	আপনি কি কখনও কোনও যৌন সংক্রমণে (এসটিআই) আক্রান্ত হয়েছেন ?	হ্যাঁ	1	
		না	2	

গর্ভপাত সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী				
১	আপনি কি কখনও কোনও গর্ভপাত হয়েছিল?	হ্যাঁ	1	না হলে ৭১২ স্কিপ
		না	2	
২	আপনার গর্ভপাতের প্রধান কারণ কী ছিল?	জিনগত অস্বাভাবিকতা	1	
		দুর্বল মাতৃস্বাস্থ্য	2	
		সংক্রমণ	3	
		পরিবেশগত বিষাক্ততা	4	
		চিকিৎসাগত কারণ	5	
		অনিচ্ছাকৃত গর্ভবস্থা	6	
		ধর্ষণ/যৌন নিপীড়ন	7	
		অর্থনৈতিক কারণ	8	
		সামাজিক কারণ	9	
		অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন)	88	

সেকশন ০৯: জলবায়ু পরিবর্তনের প্রভাব সম্পর্কিত প্রশ্নাবলি				
Sl.	Question	Coding/Scale		Skip
৮৭	আপনি কি গত দশকে আপনার অঞ্চলে আবহাওয়ার ধরণে কোনও পরিবর্তন লক্ষ্য করেছেন, যদি হ্যাঁ হয় তবে দয়া করে আপনি যে পরিবর্তনগুলি পর্যবেক্ষণ করেছেন তা বর্ণনা করুন? (একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য)	ঘূর্ণিঝড় বা ঘূর্ণিঝড়ের মাত্রা বৃদ্ধি	1	
		সমুদ্রপৃষ্ঠের উচ্চতা বৃদ্ধি	2	
		বন্যা	3	
		অনিয়মিত বৃষ্টিপাতের নিদর্শন	4	
		চরম তাপমাত্রা (অতি গরম বা অতি শীত)	5	
		আমরা কোনো পরিবর্তন লক্ষ্য করিনি	6	
		লবণাক্ততা বৃদ্ধি	7	

		অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন)	88	
৮৮	জলবায়ু পরিবর্তন কীভাবে পরিষ্কার জল এবং স্যানিটেশন সুবিধাগুলি প্রাপ্তিতে আপনাকে প্রভাবিত করেছে?	কোন প্রভাব নেই	1	
		ছোটখাটো অসুবিধা	2	
		প্রধান অসুবিধা	3	
		বিশুদ্ধ পানির সুবিধা নেই	4	
৮৯	জলবায়ু পরিবর্তন সম্পর্কিত ঘটনাগুলির (যেমন, ঘূর্ণি ঝড়, বন্যা) কারণে আপনি কি কোনও স্থানচ্যুতি বা স্থানান্তরের অভিজ্ঞতা পেয়েছেন?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
৯০	আপনি কতদিনের জন্য স্থানচ্যুত ছিলেন?	১ সপ্তাহের কম	1	
		১ সপ্তাহ থেকে ১ মাস	2	
		১ মাস থেকে ৩ মাস	3	
		৩ মাস থেকে ৬ মাস	4	
		৬ মাস থেকে ১ বছর	5	
		১ বছরের বেশি	6	
৯১	আপনি যে দূরত্ব অতিক্রম করেছেন তা কত টুকু?	১ কিলোমিটারের কম	1	
		১-৫ কিলোমিটার	2	
		৫-১০ কিলোমিটার	3	
		১০-৫০ কিলোমিটার	4	
		৫০-১০০ কিলোমিটার	5	
		১০০ কিলোমিটারের বেশি	6	
৯২	আপনার পুনর্বাসনের ধরণ কি ছিল?	অস্থায়ী পুনর্বাসন (ত্রাণ শিবির বা অস্থায়ী আশ্রয়ে থাকা)	1	
		স্থায়ী পুনর্বাসন (নতুন বাসস্থান ও সামাজিক পুনর্গঠন)	2	
		আর্থ-সামাজিক পুনর্বাসন (কর্মসংস্থান প্রশিক্ষণ ও নতুন কাজের সুযোগ)	3	
		স্বাস্থ্য পুনর্বাসন (চিকিৎসা সেবা ও মানসিক স্বাস্থ্য সহায়তা)	4	
		অন্যান্য (অনুগ্রহ করে উল্লেখ করুন)	5	
৯৩	জলবায়ু পরিবর্তন কীভাবে আপনার জীবিকা বা অর্থনৈতিক অবস্থার উপর প্রভাব ফেলেছে?	আয়ের সুযোগ বেড়েছে	1	
		আয়ের সুযোগ কমেছে	2	
		কোন পরিবর্তন নেই	3	

৯৪	জলবায়ু পরিবর্তন কীভাবে প্রাকৃতিক দুর্যোগের সময় আপনার সম্প্রদায়ের স্বাস্থ্য সেবা এবং জরুরি পরিসেবাগুলি প্রাপ্তিকে প্রভাবিত করেছে?	চরম আবহাওয়ার সময় ক্ষতির কারণে স্বাস্থ্যসেবা সুবিধাগুলি ব্যাহত হচ্ছে	1	
		চরম আবহাওয়ার সময় জরুরি পরিসেবা পেতে অসুবিধা।	2	
		চরম আবহাওয়ার সময় চিকিৎসা সরবরাহ বা চিকিৎসার সীমিত প্রাপ্যতার কারণে স্বাস্থ্য ঝুঁকি বৃদ্ধি।	3	
৯৫	মিঠা পানির উৎসগুলিতে (যেমন নদী এবং পুকুর) লবণাক্ত জলের অনুপ্রবেশ কীভাবে আপনার সম্প্রদায়ের পানীয় জল প্রাপ্তিকে প্রভাবিত করেছে?	উল্লেখযোগ্য প্রভাব	1	
		মাঝারি প্রভাব	2	
		ন্যূনতম প্রভাব	3	
		কোন প্রভাব নেই	4	
৯৬	আপনি কি জলবায়ু পরিবর্তনের ফলে নিম্ন লিখিত কোন রোগ বা স্বাস্থ্য অবস্থার পরিবর্তন অনুভব করেছেন?	পানিবাহিত রোগ বৃদ্ধি (উদাঃ, কলেরা, ডায়রিয়া)	1	
		মশাবাহিত-বাহিত রোগের বিস্তার (উদাঃ, ম্যালেরিয়া, ডেঙ্গু জ্বর)	2	
		যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত রোগ বৃদ্ধি	3	
		তাপ সম্পর্কিত অসুস্থতা	4	
সেকশন ০৯.১.০১ : মহিলাদের যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের উপর জলবায়ু পরিবর্তনের প্রভাব সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী				
৯৭	আপনার মতে, জলবায়ু পরিবর্তন এবং প্রাকৃতিক দুর্যোগ কীভাবে আপনার সামগ্রিক স্বাস্থ্যের উপর প্রভাব ফেলেছে?	খুবই নেতিবাচক	1	
		কিছুটা নেতিবাচক	2	
		কোন প্রভাব নেই	3	
		কিছুটা ইতিবাচকভাবে	4	
		খুব ইতিবাচকভাবে	5	
৯৮	আপনার মতে, জলবায়ু পরিবর্তন এবং প্রাকৃতিক দুর্যোগ কীভাবে আপনার যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য পরিসেবাগুলি (প্রসবপূর্ব যত্ন, প্রসবোত্তর যত্ন, পরিবার পরিকল্পনা ইত্যাদি) প্রাপ্তিকে প্রভাবিত করেছে?	প্রভাবিত হয়নি	1	
		মুদু আক্রান্ত।	2	
		মাঝারি আক্রান্ত।	3	
		মারাত্মকভাবে আক্রান্ত।	4	
		অত্যন্ত মারাত্মকভাবে আক্রান্ত	5	
৯৯	আপনার মতে, জলবায়ু পরিবর্তন উপকূলীয় অঞ্চলে নারীর যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের উপর কি প্রভাব ফেলেছে? (প্রযোজ্য ক্ষেত্রে একাধিক চয়ন করুন)	মাতৃমৃত্যুর ঝুঁকি বেড়েছে	1	
		গর্ভবস্থায় এবং প্রসবের সময় জটিলতার ঝুঁকি বৃদ্ধি পেয়েছে	2	

		পরিবার পরিকল্পনা সেবায় প্রবেশাধিকার কমেছে	3	
		জানিনা	4	
		অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন)	88	
১০০	জলবায়ু পরিবর্তন কীভাবে আপনার সম্প্রদায়ের পরিবার পরিকল্পনার সিদ্ধান্ত এবং অনুশীলনগুলিকে প্রভাবিত করেছে (কাজিকৃত সন্তানের সংখ্যা, জন্মের মধ্যে ব্যবধান)?	গর্ভনিরোধকের ব্যবহার বৃদ্ধি	1	
		গর্ভনিরোধকের ব্যবহার কমেছে	2	
		সন্তান জন্ম দানের সংখ্যা বেড়েছে	3	
		সন্তান জন্ম দানের সংখ্যা কমেছে	4	
		জন্মের মধ্যে ব্যবধান বেড়েছে	5	
		জন্মের মধ্যে ব্যবধান কমেছে	6	
		কোন পরিবর্তন নেই	8	
		অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন)	88	
১০১	আপনি কি জলবায়ু সম্পর্কিত ইভেন্টগুলির সময় মাসিক স্বাস্থ্যবিধি পণ্যগুলির প্রাপ্যতায় কোনও পরিবর্তন লক্ষ্য করেছেন?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
১০২	যদি হ্যাঁ, দয়া করে আপনি যে পরিবর্তনগুলি পর্যবেক্ষণ করেছেন তা বর্ণনা করুন:	স্বাস্থ্য সেবা প্রাপ্তিতে ভিন্ন ঘণ্টে	1	
		পানি ও স্যানিটেশনের অভাব	2	
		পর্যাপ্ত গোপনীয়তার অভাব (একই রুমে অনেক মানুষ একসাথে থাকা)	3	
		সাইক্লোন সেন্টার বা নিরাপদ জায়গায় নারী পুরুষ একই টয়লেট ব্যবহার	4	
		মাসিক এর উপকরণ ব্যবহারের পর ব্যবস্থাপনার সুযোগের অভাব	5	
১০৩	জলবায়ু পরিবর্তন কীভাবে আপনার অঞ্চলে জরুরি প্রসূতি যত্নের প্রাপ্যতাকে প্রভাবিত করেছে?	উন্নত প্রবেশাধিকার	1	
		কোন পরিবর্তন নেই	2	
		প্রাপ্যতা কমেছে	3	
১০৪	জলবায়ু পরিবর্তন সম্পর্কিত কারণগুলির কারণে (যেমন চরম আবহাওয়ার ঘটনা, স্ট্রেস বা ডায়েটরি পরিবর্তন) আপনি কি আপনার মাসিক চক্রের ধরণগুলিতে কোনও পরিবর্তন অনুভব করেছেন?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
		অনিশ্চিত/জানিনা	3	
১০৫	যদি হ্যাঁ, আপনি কি ধরনের পরিবর্তন লক্ষ্য করেছেন?	মাসিক চক্রের অনিয়ম/অনিয়মিত মাসিক	1	
		মাসিক ধীরে ধীরে হয়েছে	2	
		মাসিকের সময় কমেছে	3	

		ভারী মাসিক	4	
		হালকা মাসিক	5	
		অধিক বা কম রক্তক্ষরণ	6	
		বাড়তি ঋতুস্রাব ব্যথা	7	
		মাসিক মিস হওয়া	8	
		মাসিক বন্ধ হয়ে যাওয়া	9	
		অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন)	88	
সেকশন ০৯.১.০২ : মোকাবিলা কৌশল এবং অভিযোজন শম্পর্কিত প্রশ্নাবলী				
১০৬	আপনি কি জলবায়ু পরিবর্তনের কারণে যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য অনুশীলনে কোনও পরিবর্তন লক্ষ্য করেছেন (উদাঃ, বাল্যবিবাহ)?	হ্যাঁ	1	
		না	2	
১০৭	আপনার কোনও মোকাবেলা করার কৌশল কি অকার্যকর হয়েছে?	হ্যাঁ (যদি হ্যাঁ, দয়া করে ব্যাখ্যা করুন)	1	
		না	2	
১০৮	আপনি জলবায়ু পরিবর্তনের যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের প্রভাব থেকে নিজেকে কিভাবে রক্ষা করবেন, সেই তথ্য কোথা থেকে পান? (একাধিক উত্তর গ্রহণযোগ্য)	স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী	1	
		কমিউনিটি স্বাস্থ্যকর্মী	2	
		এনজিও/সরকারী প্রোগ্রাম	3	
		পরিবার/বন্ধুবান্ধব	4	
		মিডিয়া (টিভি, রেডিও, ইন্টারনেট)	5	
		অন্যান্য (দয়া করে নির্দিষ্ট করুন):	88	
১০৯	যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য এবং অধিকারের উপর জলবায়ু পরিবর্তনের প্রভাব মোকাবেলায় আপনি কী পদক্ষেপ নিয়েছেন?	একটি স্বাস্থ্যসেবার বিকল্প খুঁজছেন	1	
		প্রজনন স্বাস্থ্য চর্চার পরিবর্তন	2	
		নিরাপদ এলাকায় স্থানান্তর হওয়া	3	
		কোন পদক্ষেপ নেই নি	4	
		অন্যান্য (অনুগ্রহ করে নির্দিষ্ট করুন):	88	

আপনার গুরুত্বপূর্ণ সময়ের জন্য ধন্যবাদ।

Annex 03.2: In-depth Interview Guideline (Bangla)

IDI Checklist

সাক্ষাৎকার	
গ্রহণকারী:	
স্থান/স্থানঃ	

তথ্যদাতার নাম:	
তথ্যদাতার ধরন:	
লিঙ্গ:	
বয়স:	
অবস্থান:	
যোগাযোগের ঠিকানা:	

1. আপনার সম্পর্কে বলুন (আপনার নাম, বয়স, শিক্ষাগত যোগ্যতা, বৈবাহিক অবস্থা, বাচ্চার সংখ্যা, এবং পেশা)
2. আপনার পরিবারের আনুমানিক মাসিক আয়/ব্যয় সম্পর্কে বলুন কত?
3. আপনার বসবাসের এলাকা সম্পর্কে বলুন (গ্রাম /শহর, পরিবেশ ইত্যাদি)?
4. প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা আপনি কোথায় নিয়ে থাকেন? (সেবা কেন্দ্রের দূরত্ব ... কি.মি.; যাতায়াত ব্যবস্থা; পৌঁছাতে কত সময় লাগে)

পানির উৎস এবং ব্যবহার সম্পর্কিত প্রশ্ন:

5. আপনার পানীয় জলের প্রধান উৎস কি?
6. পানীয় জলের স্বাদ কেমন? পানীয় জলের স্বাদে আপনি কোন ধরনের সমস্যা পান? (তেতো, লবণাক্ত, খারাপ গন্ধ, ঝাঁজালো)
7. লবণাক্ত/ পানি বিশুদ্ধ করার জন্য আপনি কোন পরিশোধন সরঞ্জাম ব্যবহার করেন?
 - a. কি ধরনের পরিশোধন সরঞ্জাম ব্যবহার করেন? (ট্যাবলেট ফিল্টার, ফুটানো, ব্লিচ/ক্লোরিন, কাপড়/ছাঁকনি দিয়ে ছাকন, সূর্যের তাপ দিয়ে বিশুদ্ধকরণ, পানির পাত্রে জমিয়ে বিশুদ্ধকরণ,)
8. আপনার বাসার অন্যান্য কাজে (রাান্নার, গোসল, ইত্যাদি) জলের প্রধান উৎস কি? ব্যবহৃত পানির উৎসে কোন ধরনের সমস্যা রয়েছে? (গন্ধ, রঙ, স্বাদ, দূষণ)
9. আচ্ছা এমন কিছু বিষয় বলুন যা আপনি পরিবারের সদস্য বা বন্ধুদের সাথে আলোচনা করতে পছন্দ করেন? এমন কি কি বিষয় আছে যেগুলো আপনি আলোচনা করতে পছন্দ করেন না? উদাহরণ সহ বলুন.
10. আপনি যৌন প্রজনন স্বাস্থ্য সমস্যা নিয়ে কার সাথে কথা বলেন? (প্রব - বন্ধুবান্ধব, ভাই/বোন, চাচা/খালা, মা, বাবা, দাদী/দাদা, চাচাতো ভাই, অন্য কেউ)। যৌনতা নিয়ে আলোচনা করা বা কথা বলা আপনার জন্য কতটা সহজ বা কঠিন? যৌনতা এবং গর্ভনিরোধকগুলির মূল বিষয়গুলি কী যা আপনি প্রায়শই কথা বলেন?

মাসিক স্বাস্থ্য এবং স্বাস্থ্যবিধি অনুশীলন সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী (MHMP):

11. আপনি কি ঋতুস্রাব/পিরিয়ড/মাসিক সম্পর্কে জানেন?
 - a. মাসিকের কারণ কী? মাসিকের রক্তের উৎস কি?
12. আপনার প্রথম মাসিক হওয়ার পূর্বে মাসিকের কথা শুনেছিলেন? মাসিকের স্বাস্থ্যবিধি সম্পর্কে জানেন?
13. মাসিক সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?
 - a. মাসিক কী দুর্গন্ধময়?; মাসিকের রক্ত কি অস্বাস্থ্যকর?

মাসিক স্বাস্থ্যবিধি অনুশীলন:

14. মাসিক এর সময় আপনি সাধারণত কী ব্যবহার করেন (প্যাড, পুরাতন কাপড় ইত্যাদি)? ব্যবহার শেষে কিভাবে ডিসপোজ করেন?
15. মাসিকের সময় শোষণকারী উপাদান দিনে কতবার ব্যবহার করেন? সেগুলো কী পুনরায় ব্যবহার করেন? করে থাকলে সেগুলো কিভাবে পরিষ্কার করেন?
16. মাসিকের সময় কি আপনি গোসল করেন? দিনে কতবার গোসল করেন?
17. মাসিকের সময় আপনার যৌনাঙ্গ পরিষ্কার করেন কি? পরিষ্কার করতে আপনি কী ব্যবহার করেন?
18. মাসিকের সময় মেয়ের কী করা উচিত বা কী করা উচিত নয়? কেন? কেন না?

যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী:

19. আপনি কি যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সেবা সম্পর্কে জানেন? যদি হ্যাঁ, কীভাবে আপনি এই সেবাগুলোর বিষয়ে জানলেন?
20. আপনি "প্রজনন অধিকার" বলতে কী বোঝেন? (সন্তান সংখ্যা নির্ধারণের অধিকার; সন্তান জন্মদানের মধ্যবর্তী সময়ের ব্যবধান; সন্তান জন্মদানের সময় নির্ধারণের বিষয় ইত্যাদি)।
21. আপনি যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কোথায় পান? (ফরম - মিডিয়া, স্বাস্থ্য সুবিধা, বন্ধু, পরিবার, পিতামাতা, স্বাস্থ্য অনুশীলনকারী, এবং আলোচনা/সেমিনার ইত্যাদি)।
22. যৌন সংক্রমণ (এসটিআই) প্রতিরোধে আপনি কোন পদ্ধতি বা প্রথাগুলি অনুসরণ করেন?
23. আপনি কি মনে করেন যে স্কুলে সমন্বিত যৌন শিক্ষার ব্যবস্থা থাকা প্রয়োজন? কেন?
 - a. সমন্বিত যৌন শিক্ষা শিক্ষার্থীদের উপর কোন প্রভাব ফেলতে পারে কি? কোন ধরনের?
24. গত বছরে আপনি কতবার যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত পরিসেবা গ্রহণ করেছেন?
 - b. আপনি কোন কোন সেবাগুলি গ্রহণ করেছেন (গর্ভনিরোধক, এসটিআই পরীক্ষা এবং চিকিৎসা, প্রাকৃতিক এবং প্রসব পরবর্তী যত্ন, পরামর্শ সেবা)?
25. যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত পরিসেবাগুলো প্রাপ্তির ক্ষেত্রে আপনি কোন বাধার সম্মুখীন হয়েছেন কি?
ফরম - আর্থিক, তথ্যের, সাংস্কৃতিক, ধর্মীয় বাধা, বসবাসের এলাকা, কলঙ্ক এবং বৈষম্য
26. আপনি আপনার এলাকায় প্রাপ্ত যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য সংক্রান্ত পরিসেবাগুলো নিয়ে কতটুকু সন্তুষ্ট?
 - a. ফরম- সেবার প্রাপ্যতা; সেবার মান; গোপনীয়তার সাথে সন্তুষ্ট।

27. আপনার স্বাস্থ্য সুরক্ষা সম্পর্কে সিদ্ধান্ত কে নেয়? সাধারণত গর্ভনিরোধক ব্যবহার সম্পর্কে সিদ্ধান্ত কে নেয়?
28. আপনি কি মনে করেন যে যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত সিদ্ধান্তের উপর আপনার নিয়ন্ত্রণ রয়েছে?
29. আপনি যদি যৌন মিলন করতে না চান তবে আপনি কি আপনার স্বামীকে না বলতে পারেন? এই ক্ষেত্রে আপনার অভিজ্ঞতা কী?
30. আপনার কি যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য এবং পরিসেবাগুলি প্রাপ্তির সুযোগ আছে?
31. আপনি কি কখনও কোনও যৌন সংক্রমণে (এসটিআই) আক্রান্ত হয়েছেন? আপনার অভিজ্ঞতার এসটিআইগুলির ধরণগুলো বর্ণনা করুন।
32. আপনি কি কখনো জরুরী গর্ভনিরোধের কথা শুনেছেন? এটা কি আপনার সম্প্রদায়ে পাওয়া যায়? আপনি কখনো ব্যবহার করেছেন কি? এটা কি কারনে ব্যবহার করা হয়?

জলবায়ু পরিবর্তনের প্রভাব সম্পর্কিত প্রশ্নাবলি:

33. গত দশকে আপনি আবহাওয়ার কোন ধরনের পরিবর্তন দেখেছেন।
34. জলবায়ু পরিবর্তন আপনার পরিষ্কার জল এবং স্যানিটেশন সুবিধাগুলি প্রাপ্তিতে আপনাকে প্রভাবিত করে কী?
35. জলবায়ু পরিবর্তন কীভাবে আপনার জীবিকা বা অর্থনৈতিক অবস্থার উপর প্রভাব ফেলেছে?
36. চরম আবহাওয়ার ঘটনাগুলির (যেমন, সাইক্লোন, বন্যা) কারণে আপনি কি কোনও স্থানচ্যুতি বা স্থানান্তরের অভিজ্ঞতা পেয়েছেন?
37. জলবায়ু পরিবর্তন কীভাবে প্রাকৃতিক দুর্যোগের সময় আপনার স্বাস্থ্য সেবা এবং জরুরি পরিসেবাগুলি প্রাপ্তিকে প্রভাবিত করেছে?

মহিলাদের যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের উপর জলবায়ু পরিবর্তনের প্রভাব সম্পর্কিত প্রশ্নাবলী:

38. জলবায়ু পরিবর্তন এবং প্রাকৃতিক দুর্যোগ কীভাবে আপনার সামগ্রিক স্বাস্থ্যের উপর প্রভাব ফেলেছে?
39. জলবায়ু পরিবর্তন এবং প্রাকৃতিক দুর্যোগ কীভাবে আপনার যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য পরিসেবাগুলি (প্রসবপূর্ব যত্ন, প্রসবোত্তর যত্ন, পরিবার পরিকল্পনা ইত্যাদি) প্রাপ্তিকে প্রভাবিত করেছে বর্ণনা করুন?
40. জলবায়ু পরিবর্তন কীভাবে আপনার সম্প্রদায়ের পরিবার পরিকল্পনার সিদ্ধান্ত এবং অনুশীলনগুলিকে প্রভাবিত করেছে (কাজ্জিকৃত সন্তানের সংখ্যা, জন্মের মধ্যে ব্যবধান) বর্ণনা করুন?
41. আপনি কি জলবায়ু সম্পর্কিত ইভেন্টগুলির সময় মাসিক স্বাস্থ্যবিধি পণ্যগুলির প্রাপ্যতায় কোনও পরিবর্তন লক্ষ্য করেছেন? কোন ধরনের?
42. জলবায়ু পরিবর্তন সম্পর্কিত কারণগুলির কারণে (যেমন চরম আবহাওয়ার ঘটনা, স্ট্রেস বা ডায়েটরি পরিবর্তন) আপনি কি আপনার মাসিক চক্রের ধরণগুলিতে কোনও পরিবর্তন অনুভব করেছেন? ব্যাখ্যা?
43. মেয়েলি স্বাস্থ্যবিধি (মাসিক, গর্ভাবস্থা, চর্ম ও যৌন রোগবালাই, জরায়ু রোগ) এর উপর /আপনার অঞ্চলের জলবায়ু/লবণাক্ত পানির কোন প্রভাব আছে কি? আপনি ব্যক্তিগত জীবনে কোন ধরণের প্রভাব পর্যবেক্ষণ করেছেন (মাসিক, গর্ভাবস্থা, চর্ম ও যৌন রোগবালাই, জরায়ু রোগ)?
44. লবণাক্ত পানি কিংবা বিশুদ্ধ পানির অভাবে আপনারা কি ব্যক্তিগত জীবনে এমন কিছু করছেন যেটা ভিন্ন রকম হলে ভাল হতো? (যৌন কার্যাবলী, মাসিক এর সময় কৃত কার্যাবলী, প্রজনন স্বাস্থ্য)

45. আপনি কি গর্ভনিরোধক পিল ব্যবহার করেন/কখনো করেছেন? কেন ব্যবহার করেছেন। আপনি কিভাবে পিল খান একটু বিস্তারিত বলুন।
46. জলবায়ু পরিবর্তন মেয়েদের যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের উপর কোন প্রভাব ফেলে কি? জলবায়ু পরিবর্তন কি কোনভাবে মেয়েদের মধ্যে গর্ভপাত বা বন্ধ্যাত্ব তৈরি করে বলে মনে করেন? কিভাবে
47. লবনাক্ততা কি কোনভাবে মেয়েদের অনিচ্ছাকৃত গর্ভধারণে বাধ্য করে?
48. লবনাক্ততা মেয়েদের মাসিক এ কোন প্রভাব ফেলে কি? কোন ধরণের? (বয়: সন্ধি অতিক্রম/দেখি করে আসা, দ্রুত বা বিলম্বিত মাসিক, মাসিক এর সময় কম বা বেশি হওয়া)।

মহিলাদের যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রচলিত ধারণাসমূহ:

49. যৌন প্রজনন স্বাস্থ্য পরিষেবা সম্পর্কিত কি ভুল ধারণা বিদ্যমান? (প্রব- গর্ভনিরোধকগুলির জটিলতা রয়েছে, জন্ম দেওয়ার আগে গর্ভনিরোধকগুলি ভবিষ্যতে বন্ধ্যাত্বের কারণ হতে পারে, শুধুমাত্র বিবাহিতদের গর্ভনিরোধক ব্যবহার করা উচিত ইত্যাদি।
50. গর্ভনিরোধক বলতে আপনি কি বুঝেন? গর্ভনিরোধক এর সুবিধাগুলো কি কি? অসুবিধাগুলো কি? বলুন।
51. গর্ভনিরোধক সম্পর্কে আপনি শুনেছেন এমন কিছু ভ্রান্ত-ধারণা বলুন? আপনি কি মনে করেন যে এই পৌরাণিক কাহিনীগুলি যুবকদের মধ্যে গর্ভনিরোধক গ্রহণের গ্রহণ/অভাবকে প্রভাবিত করার ক্ষেত্রে একটি ভূমিকা পালন করেছে?

আপনার গুরুত্বপূর্ণ সময়ের জন্য ধন্যবাদ।

Annex 03.2: Key Informant Interview Guideline (Bangla)

তথ্য দাতার পরিচয়:

নাম:

লিঙ্গ:

যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কে কাজের অভিজ্ঞতা ও দক্ষতা:

আর্থ-সামাজিক অবস্থা:

01. এই এলাকার মানুষ সম্পর্কে বলুন (তাদের শিক্ষাগত যোগ্যতা, ধনসম্পদ এবং প্রধান পেশা)
02. এখানকার খাবার পানির প্রধান উৎস কি? অন্যান্য কাজে (গোসল করা, রান্নাবান্না করা, কাপড় ধৌত করা, খালা-বাসন মাজা ইত্যাদি) ব্যবহৃত পানির উৎস কি? মানুষজন সাধারণত কিভাবে পানি পরিষ্কার / লবনাক্ততা মুক্ত করে?
03. বেশিরভাগ মানুষের বাসার টয়লেট কোন ধরনের?
04. টয়লেটে কোন ধরনের পানির পাত্র ব্যবহার করে? একটি পাত্র কতদিন ব্যবহার করে? কতদিন পরপর টয়লেটের পাত্র পরিবর্তন করে?
05. পানির কোন ধরনের সমস্যার সম্মুখীন হচ্ছেন। লবনাক্ততা মানুষের কোন ধরনের সমস্যা তৈরি করে (শারীরিক, দৈনন্দিন কার্যাবলী ইত্যাদি)।

কিশোরী ও যুবতীদের যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যসেবা

06. এই এলাকার মানুষ মহিলাদের যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য বলতে কি বুঝে? তারা মহিলাদের যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য অধিকার সম্পর্কে জানে কি?
07. এই এলাকার মানুষ মহিলাদের যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত কোন ধরনের সেবার প্রয়োজন পরে বলে আপনি মনে করেন? (প্রব - গর্ভনিরোধক, কনডম, পরামর্শ সেবা, পুষ্টি ও টিকা)
08. যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের ক্ষেত্রে কিশোর-কিশোরীদের সবচেয়ে বড় উদ্বেগ বা উদ্বেগের কারণ কী বলে আপনি মনে করেন (প্রব - মাসিক, গর্ভাবস্থা, যৌন রোগ)?
09. এখানকার তরুণীরা কীভাবে তাদের যৌন ও প্রজনন /মাতৃস্বাস্থ্যের প্রয়োজনের বিষয়ে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করে? (প্রব - পরামর্শ কাদের কাছ থেকে গ্রহণ করে)
10. এখানে যৌনতা নিয়ে আলোচনা করা বা কথা বলা তরুণীদের জন্য কতটা সহজ বা কঠিন? যৌনতা এবং গর্ভনিরোধকগুলির মূল বিষয়গুলি কী যা তরুণীরা প্রায়শই কথা বলেন?
11. কোন বিষয়গুলো কিশোরী ও যুবতীদের যৌন কার্যকলাপ, বাল্য বিবাহ এবং কিশোরীদের গর্ভাবস্থায় জড়িত হতে প্ররোচিত করে? (প্রব - সমবয়সীদের চাপ, সম্প্রদায় আশা করে যে যুবতীরা যৌন মিলন করবে, ধর্ষণের শিকার হবে, গর্ভনিরোধক কেনার জন্য টাকা নেই, কীভাবে গর্ভাবস্থা প্রতিরোধ করা যায় তা জানে না, গর্ভনিরোধক ব্যবহার করতে জানে না, মাদক সেবন)।

12. এলাকার কিশোরী ও যুবতীরা কি কখনও স্বাস্থ্য কেন্দ্র পরিদর্শন করে? কেন? সেবা কেন্দ্রগুলো থেকে তারা কি ধরনের সেবা পেয়ে থাকে? (প্রব - যৌন প্রজনন স্বাস্থ্য সমস্যা)।

কিশোরী ও যুবতীদের যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যসেবা এবং তথ্য পাওয়ার ক্ষেত্রে বাঁধা:

13. যৌন প্রজনন/মাতৃস্বাস্থ্য পরিষেবা অ্যাক্সেস করতে তারা কোনো বাধার সম্মুখীন হয়? হলে কি ধরনের? (প্রব - ক্লিনিক দূরে, সেবার মূল্য, সেবা কেন্দ্রে পর্যাপ্ত সার্ভিস এর অভাব, ভয়, লজ্জা)
14. এই এলাকার তরুণীরা কোন ধরনের উচ্চ-ঝুঁকিপূর্ণ যৌন আচরণে জড়িত বা সম্মুখীন হয় (নারী সহিংসতা সহ)? (প্রব - মাদকের অপব্যবহার, ধর্ষণ, অনিরাপদ যৌন মিলন, একাধিক যৌন সঙ্গী থাকা ইত্যাদি।)
15. এই এলাকার মানুষ যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য কোথায় পায়? (প্রব - মিডিয়া, স্বাস্থ্য সুবিধা, বন্ধু, পরিবার, পিতামাতা, স্বাস্থ্য অনুশীলনকারী, এবং আলোচনা/সেমিনার ইত্যাদি)।
16. সাধারণত যৌন এবং প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত কোন ধরনের তথ্য তাদের প্রয়োজন পরে। আপনার মতে সেগুলো কোথা থেকে পাওয়া উচিত?

যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য পরিষেবা সম্পর্কিত কি কি ভুল ধারণা বিদ্যমান

17. মানুষের মাঝে যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য পরিষেবা সম্পর্কিত কি কি ভুল ধারণা বিদ্যমান আছে? (প্রব- গর্ভনিরোধকগুলির জটিলতা রয়েছে, জন্ম দেওয়ার আগে গর্ভনিরোধকগুলি ভবিষ্যতে বন্ধ্যাত্বের কারণ হতে পারে, শুধুমাত্র বিবাহিতদের গর্ভনিরোধক ব্যবহার করা উচিত ইত্যাদি।)
18. গর্ভনিরোধক বলতে তারা কি বুঝে? তারা গর্ভনিরোধক এর সুবিধা- অসুবিধাগুলো সম্পর্কে অবগত কি? তারা এই বিষয় সম্পর্কে কেমন জানে বলে আপনি মনে করেন?
19. গর্ভনিরোধক সম্পর্কে মানুষের মাঝে কোন ভ্রান্ত-ধারণা আছে কি? এই পৌরাণিক কাহিনীগুলি তাদের মধ্যে গর্ভনিরোধক গ্রহণ/অভাবকে প্রভাবিত করার ক্ষেত্রে একটি ভূমিকা পালন করেছে কি?

যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য পরিষেবা সম্পর্কিত সেবা ও পরামর্শ

20. এই এলাকায় তরুণীরা কি গর্ভনিরোধক ব্যবহার করছে? যদি হ্যাঁ, কি কারণে ব্যবহার করছে? কোন ধরনের গর্ভনিরোধক ব্যবহার এর মাত্রা বেশী? না হলে কেন করছে না?
21. যৌন প্রজনন স্বাস্থ্য পরিষেবা/মাতৃস্বাস্থ্য পরিষেবাগুলি গ্রহণ করতে তরুণীদের বাধা দেয় এমন মূল সমস্যাগুলি কী কী? (উল্লেখিত না থাকলে নিম্নলিখিত প্রতিক্রিয়াগুলির জন্য অনুসন্ধান করুন, ক্লিনিক খোলার সময়, ক্লিনিকের দূরত্ব, যাতায়াতের খরচ, গর্ভনিরোধক খরচ, সময় নেই, স্কুলে, পরিবারের ভয়, স্কুলের কান)
22. বর্তমানে যুবতী মেয়েরা কোন যৌন প্রজনন স্বাস্থ্য পরিষেবা ব্যবহার করছে? (উল্লেখিত না থাকলে নিম্নলিখিতগুলির জন্য অনুসন্ধান, যৌনতা বিষয়ক কাউন্সেলিং/পরামর্শ, হরমোনাল গর্ভনিরোধক, কনডম, এইচআইভি/এইডস পরীক্ষা, এইচআইভি/এইডস কাউন্সেলিং, প্রসবপূর্ব যত্ন, প্রসব পরবর্তী যত্ন, প্রসবের পরিষেবা, পুষ্টি)।
23. জরুরী গর্ভনিরোধ সম্পর্কে তাদের জ্ঞান কেমন? এটা কি এখানে পাওয়া যায়? এটা কি কারণে ব্যবহার করা হয় তা কি তারা জানে? তারা কি কখনো এটির ব্যবহার করেছেন?

24. যৌন প্রজনন স্বাস্থ্য বিষয়ক সেবা, পরামর্শ কিংবা সাহায্যের জন্য তরুণীরা সাধারণত কোথায় যায়?

Issues on water, sanitation, hygiene and nutrition prevalent in the community that would affect the health of young people

মাসিক

25. ঋতুস্রাবের সময় মেয়েরা সাধারণত কি করে? তাদের কী করা উচিত বা কী করা উচিত নয়? কেন? কেন না? এ সম্পর্কে তাদের কেমন জ্ঞান আছে?

26. মাসিক এর সময় মেয়ের সাধারণত কি ব্যবহার করে? সেগুলো কিভাবে পরিষ্কার করে? ব্যবহার শেষে কিভাবে ডিসপোজ করে?

Water

27. মেয়েলি স্বাস্থ্যবিধি (মাসিক, গর্ভাবস্থা, চর্ম ও যৌন রোগবাহাই, জরায়ু রোগ) এর উপর লবণাক্ত পানির প্রভাব কেমন? আপনি ব্যক্তিগত জীবনে কোন ধরনের প্রভাব পর্যবেক্ষণ করেছেন (মাসিক, গর্ভাবস্থা, চর্ম ও যৌন রোগবাহাই, জরায়ু রোগ)?

28. লবণাক্ত পানি কিংবা বিশুদ্ধ পানির অভাবে আপনারা কি ব্যক্তিগত জীবনে এমন কিছু করছেন যেটা ভিন্ন রকম হলে ভাল হতো? (যৌন কার্যাবলী, মাসিক এর সময় কৃত কার্যাবলী, প্রজনন স্বাস্থ্য)

29. আপনি কি গর্ভনিরোধক পিল ব্যবহার করেন/কখনো করেছেন? কেন ব্যবহার করেছেন। আপনি কিভাবে পিল খান একটু বিস্তারিত বলুন।

30. জলবায়ু পরিবর্তন মেয়েদের যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের উপর কোন প্রভাব ফেলে কি? জলবায়ু পরিবর্তন কি কোনভাবে মেয়েদের মধ্যে গর্ভপাত বা বন্ধ্যাত্ব তৈরি করে বলে মনে করেন? কিভাবে

31. লবণাক্ততা কি কোনভাবে মেয়েদের অনিচ্ছাকৃত গর্ভধারণে বাধ্য করে?

32. লবণাক্ততা মেয়েদের মাসিক এ কোন প্রভাব ফেলে কি? কোন ধরনের? (বয়: সন্ধি অতিদ্রুত/দেরি করে আসা, দ্রুত বা বিলম্বিত মাসিক, মাসিক এর সময় কম বা বেশি হওয়া)

আপনার গুরুত্বপূর্ণ সময়ের জন্য ধন্যবাদ।