



REPORT

**MAPPING AND SIZE ESTIMATION OF KEY
POPULATIONS AND HIV RISK BEHAVIORS IN
BANGLADESH**

2023



**DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH AND INFORMATICS
BANGABANDHU SHEIKH MUJIB MEDICAL UNIVERSITY**

June 2023

Draft Report

**Mapping and Size Estimation of Key Populations and
HIV Risk Behaviors in Bangladesh
2023**

Submitted to
National AIDS/STD Control (NASC)
Directorate General of Health Services
Ministry of Health and Family Welfare

Study Conducted by



**Department of Public Health and Informatics
Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University
Dhaka, Bangladesh**

Mapping and Size Estimation of Key Populations and HIV Risk Behaviors in
Bangladesh 2023

National AIDS/STD Control (NASC)
Ministry of Health and Family Welfare
Government of Bangladesh

Implemented By:

Department of Public Health and Informatics
Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University
Dhaka, Bangladesh

Supported By:

World Health Organization (WHO)
United Nations Joint Program on HIV and AIDS (UNAIDS) Bangladesh

The findings, interpretations and conclusions expressed in the report do not necessarily reflect the views of Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University, World Health Organization (WHO) and UNAIDS. This publication may be freely reviewed, quoted, reproduced or translated, in full or in part, provided the source is acknowledged.

National AIDS/STD Control (NASC)
Directorate General of Health Services
Ministry of Health and Family Welfare
Government of Bangladesh

Contributors

Study Team:

1. Prof. Syed Shariful Islam, Project Director and Principal Investigator (PD&PI)
2. Prof. Saif Ullah Munshi, Co- Principal Investigator (CO-PI)
3. Dr. Fariha Haseen, Co-Investigator (Social and Behavioral Science)
4. Prof. Md Tajul Islam, Report Writing Expert
5. Prof. Ahmed Hossain, Co-Investigator (Statistical Analysis)
6. Furkan Hossain, Co-Investigator (Program and Field Operations)
7. Dr. Nafisa Lira Huq, Qualitative Data Analysis Expert

International Consultant:

Dr. Abu S. Abdul-Quader, Ph.D.

Field Operations Team:

1. Dr. Fabeha Tazmeem, Research Assistant
2. Arif Hossain, Manager- Field Operations
3. Kazi Emdadul Islam Swapon, Manager- Field Operations

Data Management:

1. Md. Kabir Hossen, Data Management and GIS Expert
2. Md. Habib Naziat, Data Analyst

Finance and Administration:

1. Ashik Imtiaz Bari, HR and Administrative Coordinator
2. ABM Moklasur Rahman, Finance and Accountant Officer

Table of Contents

Executive Summary	ix
Section 1: Introduction	1
1.1 The project.....	1
1.2 Introduction.....	2
Section-2: Methods and materials	5
2.1 Mapping and Size Estimation of Key Population at the Selected Districts	5
2.2 Validation of Mapping and Size Estimation.....	10
2.3 Extrapolating local data to develop national size estimates.....	13
2.4 Stakeholder engagement in the Mapping and Size Estimation:.....	14
2.5 Behavioral Survey among the KPs	14
Section-3: Results	20
3.1 Mapping and Size Estimation of KPs	21
3.2 Behavioral Survey (Quantitative)	46
3.3 MSM and MSW	54
3.4 Persons Who Inject Drugs (PWID).....	61
Chapter 4: Conclusion and Recommendation	87

List of Figures

- 2.1 Flowchart
- 2.2 Map of the selected districts.
- 2.3 Capture-recapture method for validation
- 4.1 Distribution of FSWs by age groups.
- 4.2 Age at first experienced intercourse (top) and Age at started as a sex worker (bottom).
- 4.3 Contraceptive use by categories of FSW
- 4.5 Proportion of used condom at the last sex by FSWs categories
- 4.4 Types of contraceptive use by the FSWs.
- 4.6 Distribution of sexually transmitted diseases by age group.
- 4.7 Percentage of FSW visited health care services for an illness.
- 4.8 Proportion of FSWs' familiarity with nearby HIV testing centers
- 4.9 Proportion of FSWs who received condoms from HIV prevention centers or hospitals.
- 5.1 Age distribution of MSM and MSW
- 5.2 Percentage of MSM/MSW living with a partner across age categories.
- 5.3 Last illness-related visit to a healthcare facility
- 5.4 Proportion of MSM/MSW familiarity with nearby HIV testing centers
- 6.1 Distribution of PWID by age groups.
- 6.2 Frequency of injecting drug per day among PWID.
- 6.3 Percentage of PWID visited health care services for an illness.
- 6.4 Proportion of PWID who had their last HIV screening

List of Tables

- 2.1 Randomly selected districts from six clusters
- 2.2 Randomly selected districts from six clusters
- 2.3 Distribution of sample size by KP categories
- 4.1 Age distribution by the types of FSWs.
- 4.2 Schooling distribution of FSWs by age groups.
- 4.3 Marital status of FSWs by age groups.
- 4.4 FSWs are living with a partner by age group.
- 4.5 Contraceptive use by age groups.
- 4.6 Reported sexually transmitted diseases by types of FSWs.
- 4.7 Proportion of FSWs ever had HIV screening
- 4.8 Proportion of FSWs with the most recent HIV screening
- 5.1 Distribution of schooling completed among MSM and MSW
- 5.2 Distribution of marital status among MSM and MSW
- 5.3 Distribution of internet users to get clients among MSM and MSW
- 5.4 Reported sexually transmitted diseases of MSM/MSW
- 5.5 Sought treatment for sexually transmitted diseases.
- 5.6 Proportion of MSM/MSWs' familiarity with nearby HIV testing centers
- 5.7 Proportion of MSM/MSW with the most recent HIV screening
- 5.8 Proportion of MSM/MSWs who received or collected condoms
- 6.1 Distribution of schooling among PWID
- 6.2 Distribution of schooling among PWID
- 6.3 Duration of injecting drugs by age groups.
- 6.4 Age at which PWID started injecting drugs.
- 6.5 Proportion of sexually transmitted diseases among PWID
- 6.6 Proportion of MSM/MSWs who received or collected condoms
- 6.7 Proportion of PWID whoever had HIV screening
- 6.8 Proportion of PWID whoever had HIV screening
- 7.1 Distribution of Key Informant Interviews (KII).

List of Abbreviations

BBFSW	Brothel Based Female Sex Worker
BSMMU	Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University
BMI	Body Mass Index
FSW	Female Sex Workers
KIIs	Key Informant interviews
KPs	Key Populations
MSM	Men who have Sex with Men
HIV	Human Immunodeficiency Virus
MSW	Male Sex Workers
TGW	Transgender Women
PWID	People Who Inject Drug
RBFSW	Residence Based Female Sex Worker
MoHFW	Ministry of Health and Family Welfare
NASC	National AIDS/STD Control
NCD	Non-Communicable Disease
NGO	Non-Government Organizations
STIs	Sexually Transmitted Infections
HBFSW	Hotel Based Female Sex Worker
SBFSW	Street Based Female Sex Worker
WHO	World Health Organization
ASP	AIDS/STD Control Program
YKPs	Young Key Populations

Executive Summary

The Bangladesh government is committed to limit the prevalence of HIV and sexually transmitted infections (STIs) among key populations (KPs) at a low level. The current mapping, size estimation, and behavioral survey was conducted among the KP groups, namely, female sex workers (FSW), people who inject drugs (PWID), and men who have sex with men (MSM/MSW). Regular updates of the estimated KP size and their mapping are important for planning, priority setting, designing effective interventions, resource allocation, and monitoring.

The objectives of this study were to: a) estimate the size and map the sites of KP groups in selected districts and extrapolate the data to estimate the size in remaining districts; b) assess the risk behaviors of KP groups, including the utilization of services; and c) examine violence against the KPs, the situation of KPs during the COVID-19 pandemic period, and the knowledge of KPs on HIV and their health seeking behaviors.

. To estimate the size of KP groups (FSWs, PWIDs, MSM/MSWs, and TGWs) in Bangladesh, the study used the community-led approach as decided by the technical committee. Data for size estimation were primarily collected from 22 (out of 64) districts. The districts were selected proportionately after clustering all 64 districts into six clusters based on the estimated KP size of 2015-2016 survey, HIV vulnerability, and having an international border.

Before data collection on KP size, locations and spots in all the selected districts (n=22) were mapped through group discussions and key informant interviews (KIIs) with the stakeholders at district levels and locations, respectively. The data collection team identified all the spots in the locations and collected data based on the numeric estimates (not by counting the KPs) provided by at least three key informants (such as the KPs themselves, pimps, shop owners, or rickshaw pullers) at each spot. The data were then compiled and adjusted for mobility, frequency, and hidden population factors to compute two estimates for each KP group for the selected districts separately: one is the minimum estimate (adjusted only for the mobility factor), and the other is the point estimate (adjusted for all three factors). After estimating the KP size for the selected districts, the proportion of each KP in the total population of the district (from the census data) was calculated (considering 15-49 years female population for FSWs and 15-49 years male population for other KPs). Finally, the average of these proportions was calculated and used to estimate the population size for the unmapped districts according to clusters through extrapolation and stakeholder consultation workshops. The KP size estimated by the community led approach was independently validated by a team using the capture-recapture (in 4 districts) and multiplier (in 2 districts) methods.

Regarding the size estimation of the TG group, in 2022, the government (DGHS) estimated the size of the TG population for the whole country. The current study collected data from 13 districts to estimate the size of this population. This study data were then compared with the data collected by the government (from the same 13 districts) using the Bland-Altman plot for validation (agreement). Since this study's data agreed well with the government's estimates, it

was considered that the size of the TG population estimated by the government is still valid for the current estimate.

For the behavioral survey, a cross-sectional study with mixed methods was designed to collect information from all KP groups. Data were collected from the same spots (in 22 districts) from which mapping data for size estimation were collected. In total, data from 1,963 KPs (FSW: 827; PWID: 271; and MSM/MSW: 865) were collected through face-to-face interviews using a separate pre-tested questionnaire appropriate for each KP group. Qualitative data on violence against the KPs, sexual behaviors, utilization of services, etc. from all KP groups were collected through in-depth interviews. Data were collected between January and March 2023.

Estimated size of KP groups

The estimated size of KP groups along with the typology is summarized in the following table.

Type of KP	Minimum estimate	Point estimate
Total Female sex workers (FSWs)	51568	113106
Residence-based FSWs	16198	47828
Street-based FSWs	24400	37629
Hotel-based FSWs	7488	24167
Brothel-based FSWs	3482	3482
People who inject drugs (PWID)	25751	34370
Men who have sex with men (MSM)	39784	116498
Male sex worker (MSW)	27957	48694

Risk behaviours of KP groups

Female sex workers

Data were collected from 827 female sex workers (FSWs) who sold sex for money or goods within 12 months before data collection. The mean age of FSWs was 31 (SD 7.0) years, and 80% of them were more than 24 years old. Overall, more than a quarter (27%) of FSWs did not attend any school. Attendance at school was higher among the younger age groups. About a fifth (22%) were currently married, and more than half (54%) were divorced, separated, or widowed.

Half of FSWs were engaged in commercial sex work before the age of 20. On average, FSWs served 23 clients a week. Overall, more than a quarter (27%) of FSWs did not use a condom during last sex with their clients. The use of a condom during the last sex was the lowest (only 42%) among the brothel-based FSWs. About a quarter (27%) reported having symptoms of sexually transmitted infections (STIs). The prevalence of STI symptoms was highest among RBFSWs (44.0%) and those who were less than 20 years of age (34%). The majority (94%) of FSWs received services from health facilities for STI symptoms.

Overall, 88% of FSWs had information about the HIV testing facilities, and the majority (83%) of them were tested for HIV at least once in their lifetime. The majority (84%) of FSWs had

an HIV test within a year before data collection, which was highest among brothel-based FSWs (100%) and lowest among residence-based FSWs (60%).

Men who have sex with men/male sex worker (MSM/MSW)

Data were collected from 865 MSM/MSW (381 MSM and 484 MSW). The mean age (overall) of the respondents was 26 years, and more than half (55%) were aged above 25 years. Overall, 9% did not have any education. About 1 in 5 (19%) of the respondents were married, and half of them were living with their partners.

Risk behaviors of MSM: About 33% of MSMs had their first sex before the age of 15. Two-thirds (66%) reported having sex during the last six months, and 32% of them had anal sex with a male partner in exchange for money. About 70% reported that they used condoms during their last anal sex with a male commercial partner. More than a quarter (28.0%) had anal sex within the last month with a male sex partner in exchange for money, and about half (54%) reported using a condom during their last anal sex. A few (8%) of them also had sex with Hijras last month in exchange for money, and majority (76%) used condoms in the last sex. More than half (58%) of MSMs had sex with casual male/Hijra partners in the last 6 months, and 63% used condoms in their last sex. Only a few (4%) reported that they had anal sex with casual female sex partners and 73% used condom in the last sex.

Risk behaviors of MSW: About three-fourths (71%) of MSWs sold sex to males last week, and 60% had anal sex more than five times in the last week. About two-thirds (65%) used condoms in the last anal sex. About 3 in 4 (77.0%) and a few (5%) reported having sex with casual male partners and casual female partners last month, respectively. Sixty-three percent used condoms in their last sex with a casual male partner, while 41% used condoms in their last sex with a casual female partner.

About 17% of MSMs and 25% of MSWs had STI symptoms during the last 12 months and received treatment (64% MSM and 75% MSW) from hospitals (13%), DIC (48%), private clinics (13%), and pharmacies (5%). Overall, 81% (789% MSM and 84% MSW) were aware of HIV testing facilities, and 65% (62% MSM and 67% MSW) were tested for HIV in the last 12 months, and almost everyone (99%) received the HIV test results. The most typical place for HIV testing was the DICs (92%).

People with Injecting Drug Use (PWID)

Data were collected from 271 PWIDs, who injected drugs for non-medical purposes within the last six months before data collection. The mean age of the PWIDs was 39 years, and more than 97% were older than 24 years. About a quarter did not have any education, and 72% were currently married. Among those who were married, about two-thirds were living with their spouse. The majority (91%) started using drugs after the age of 20. About half (50.9%) of the PWIDs had been using drugs for more than 10 years. The frequency of drug use was once a day (52.0%) and 2-3 times a day (45%). Only 40% did not share needles last week.

About three-fourths of the respondents had sex in the last month, 65% with their regular partners and 45% with commercial sex workers. The use of condoms during last sex in the last

month was 39% with the regular partner and 72% with the commercial sex workers. A small proportion (9%) of the regular partners also injected drugs.

About one in five (22%) respondents reported having STI symptoms during the last 12 months and 71% received treatment either from hospitals (19%), DIC/Outlets (31%), pharmacies (21%), or private doctors (12%). About three-fourths (69%) had information about the HIV testing facilities. The overwhelming majority (93%) were tested for HIV, while 78% took the test during the last 12 months.

Conclusion and recommendations

Risk behaviors like unprotected sex with commercial and casual sex partners, and sharing of needles are highly prevalent among KP groups. The 12-month prevalence of STI symptoms among the sex workers was also noteworthy, and a significant proportion did not seek services from the recommended service facilities or providers. The uptake of HIV tests was not at the expected level. Reaching some KP groups (especially the MSM/MSWs) may be challenging since a significant proportion uses the internet to get clients. Continued education and counseling on the consistent use of condoms and sterile syringes, including making the commodities available to them, is important to contain the HIV/STI prevalence below the epidemic level.

Section 1: Introduction

1.1 The project

Bangladesh has a long history of strong political commitment in combating HIV and a response guided by data on the epidemic. Efforts began even before the first case of HIV was detected. From the start, emphasis was given to surveillance, which provides evidence based on which programmatic decisions are made. The National AIDS Committee (NAC) was formed in 1985, four years before the first case of HIV was detected in Bangladesh. The Chief Patron of the NAC is the President of Bangladesh, and the Minister of Health and Family Welfare (MoHFW) is the Chair. The NAC is the highest decision-making body on issues related to HIV/AIDS and other sexually transmitted infections (STIs) and acts as an advisory body responsible for formulating major policies and strategies on HIV and AIDS in Bangladesh. NAC also supervises program implementation and is responsible for mobilizing resources when required. The National AIDS/STD Control (NASC), within the Directorate General of Health Services of the MoHFW, is the main government body responsible for overseeing and coordinating prevention and control of HIV/AIDS, and ensuring that the National HIV/AIDS Strategy and national policies are implemented. In the recent years, there has been significant global and national contextual change, and emergence of new evidences and strategies, which have significant bearing on the HIV responses. The National strategic Plan (NSP) for HIV and AIDS Response 2018-2022 is in the offing, in alignment with the 4th Health, Nutrition and Population Sector Program (HNPSP), 2017-2022 as well as other national, regional and global commitments, especially the 2016 Political Declaration to “End AIDS” by 2030.

In collaboration with NGOs, development partners, and self-help groups, the government has been instrumental in supporting various prevention, treatment, care, and support activities.. Most of the intervention programs are implemented through NGOs under the leadership of NASC. These programs are designed to focus on prevention initiatives among Peoples Who Inject Drugs (PWID), Female Sex Workers (FSW), Men who have Sex with Men (MSM)/ Male Sex Workers (MSW), Transgender women (TGW) or popularly known as hijras, and their intimate partners, increase case detection and provide treatment, care and support services to PLHIV, and also addressing other cross cutting thematic innervations across all KPs. The National Strategic Plan (NSP) for HIV/AIDS revolves around 4 pillars: 1) prevention; 2) treatment, care and support; 3) management, coordination and capacity development and 4) monitoring, evaluation and strategic information. In the National AIDS M&E Plan 2021 – 2023, it is also stated that a national size estimation of Key Population will be conducted by the AIDS/STD Control Program (ASP). Bangladesh has done several exercises to estimate the population sizes of various KP groups in the past, and the last Mapping and Size Estimation activity was conducted in 2016. Regular update of the Key Population’s estimated size and mapping exercise is important for proper intervention design and resource allocation. Considering the context, NASC, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh has commissioned the Department of Public Health, Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University (BSMMU) to conduct a “Mapping Study and Size Estimation of Key Populations in Bangladesh for HIV Programs 2022-23”

1.2 Introduction

Many parts of the world, particularly Eastern Europe and central Asia, the Middle East and North Africa, and Latin America, have seen an increase in annual Human Immunodeficiency Virus (HIV) infections over the past decade. Since the beginning of the HIV epidemic, 84.2 million [64.0–113.0 million] people have been infected with HIV, and about 40.1 million [33.6–48.6 million] people have died of HIV. However, the burden of the epidemic continues to vary considerably between countries and regions [1].

Numerous global instabilities have disrupted health services [2]. Since 60% of the world's poorest nations are in debt crisis or are in high danger of it, low- and middle-income countries have faced the problem of figuring out how to respond to poverty and disease burden [3,4]. Amid such challenging situations, Bangladesh, a middle-income country with a population of around 169 million people, is still considered to be a low-prevalence (less than 0.1% in 2022) country for HIV. The first HIV case in Bangladesh was detected in 1989, and the cumulative number of reported HIV cases up to 2022 was 9,708, of whom 1,820 have died. The estimated number of people living with HIV (PLHIV) is 14,513 [5]. In the last Integrated Biological and Behavioral Survey (IBBS) conducted in 2020, the overall prevalence of HIV among female sex workers (FSW) and people who inject drugs (PWID) was 0.2% and 4.1%, respectively. The prevalence of HIV among PWIDs in two districts (Dhaka and Narayanganj) has approached a concentrated epidemic level (>5%). Though HIV prevalence has decreased among PWIDs and FSWs compared to the previous BSS 2016, the prevalence has increased among men who have sex with men (MSM) (1.5%) and transgender women (TGW) (1%) as indicated in the recently conducted IBBS [6].

In order to reduce HIV transmission and eliminate HIV/AIDS as a public health problem by 2030, the Global AIDS Strategy 2021–2026 advocates for equitable and equal access to HIV prevention and treatment programs through the removal of structural impediments [8]. According to UNAIDS' 90/90/90 strategy introduced in 2014, by the year 2020, 90% of persons with HIV were supposed to be aware of their HIV status, 90% of those with HIV would have received antiretroviral therapy (ART), and 90% of those receiving ART should have achieved HIV viral suppression. Unfortunately, these aims were achieved unequally across nations and population categories. In December 2020, UNAIDS published a new set of goals aimed at targeting "95/95 /95" to be achieved by 2023. To achieve these goals, delivery of appropriate HIV prevention and treatment for the KPs and monitoring of the attainment of an equitable response require robust information on KP size, new HIV infections, and accessibility to services. In addition, in a concentrated HIV epidemic setting, it is suggested to conduct IBBS every 2 years in high-priority areas and every 3–5 years in lower-priority areas, and population size estimation (PSE) of KPs every 2–3 years [9].

Population size estimation is crucial for the development of indicators needed for program monitoring and evaluation (M&E), project disease burden, and HIV transmission, as well as for building epidemic models to see the trends of HIV epidemics. In addition, a reliable estimation of the KP size is required to generate resources to support uninterrupted delivery of interventions and document progress in HIV prevention.

Measuring the size of the KPs is difficult because the KPs are frequently stigmatized and hidden, thus, making it challenging to reach these communities. The WHO and UNAIDS recommend several methods to estimate the population size. Some of them are independent sample techniques (such as the capture-recapture method and multiplier technique), population counting techniques (such as the Delphi method and mapping technique), official report-based techniques (such as the workbook technique), social network-based techniques (such as respondent-driven sampling techniques and network scale-up techniques), and data-driven techniques (Bayesian estimation method, Stochastic simulation method, and Laska, Meisner, and Siegel estimation methods). However, none of the techniques are precise enough to be considered the gold standard. Each method has its advantages and limitations [10-12].

Four surveys have been conducted previously in Bangladesh to estimate the size of PWID, FSW, MSM, and TG groups, with the first one in 2003-2004 and the last one in 2015-2016. Historically, the size estimation of the KPs in Bangladesh has been done using the population counting technique. In this technique, mapping is done using a simple community-led approach, ensuring the active leadership and involvement of the KPs themselves [13, 14]. The first size estimation of the KP groups in Bangladesh was conducted in 2003/2004 [15] where data from different sources were triangulated to estimate the size of the KP groups. In 2009, the National AIDS and STI Program (NASP) initiated a process of updating the National Population Size Estimates of KPs that included people who inject drugs (PWID), FSWs and their clients, and returning migrants [13]. In 2012, the size of MSM, MSW, and Hijra populations was estimated in all 64 districts [16]. In 2015-16, mapping and size estimation were conducted in 21 districts among all four key populations [17].

In order to guide the national response to HIV and AIDS, a robust estimate of the size of different KPs is required. Reliable size estimations are important for several reasons. The most common purposes are advocacy, national-level resource mobilization, HIV estimation and projection, geographic prioritization of the response, national-level target setting, local-level program planning and target setting, and monitoring [18]. With this backdrop, NASC, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Bangladesh, commissioned the Department of Public Health and Informatics, Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University (BSMMU) to conduct the "Mapping Study and Size Estimation of Key Populations in Bangladesh for HIV Programs 2022-23".

Objective

General objective:

The overall objective of the study was to provide information about the locations and the estimated numbers of key populations (KPs) and young key populations (YKPs) at the national and district levels through mapping and size estimation exercises in selected districts.

Specific objectives:

The specific objectives were to:

- Perform field studies for estimating the KP number and for the development of geographical maps of the sites where KPs and YKPs gather in the selected districts based on similar characteristics of Bangladesh.
- Estimate the size of KPs in the remaining districts based on extrapolating data from the selected districts.
- Estimate the national KP size by accumulating data from all the districts.
- Conduct a quantitative study among the KPs to assess the level of HIV-related risk behaviors, access to HIV services, sexual history, and sexually transmitted infections; and
- Implement a qualitative study to examine violence against the KPs, the situation during the COVID-19 pandemic, HIV and STI-related knowledge, level of health education, and health-seeking behavior.

Section-2: Methods and materials

Phases of Mapping and Size Estimation

The mapping and size estimation of KPs (FSW, MSM, MSW, and PWID) were conducted in 22 selected districts of Bangladesh and subsequently extrapolated to the entire country using sound extrapolation tools and methodologies. The process was broadly divided into three phases.

- In the initial phase, the mapping and size estimation of Key Populations (KPs) in the selected districts were undertaken. This involved selecting districts for direct data collection, identifying potential locations, mapping these spots, and estimating the size of KPs in each identified spot.
- Moving on to the second phase, the mapping and size estimation process underwent validation in selected districts by a dedicated data validation team. The validation process encompassed both spot validation and verification of the estimated sizes, following predefined validation methodologies.
- Transitioning to the concluding phase, the size of each Key Population group was projected for the mapped districts while incorporating recommended correction factors. Subsequently, these estimations made for the mapped districts were extrapolated to encompass the unmapped districts, resulting in comprehensive national estimates.

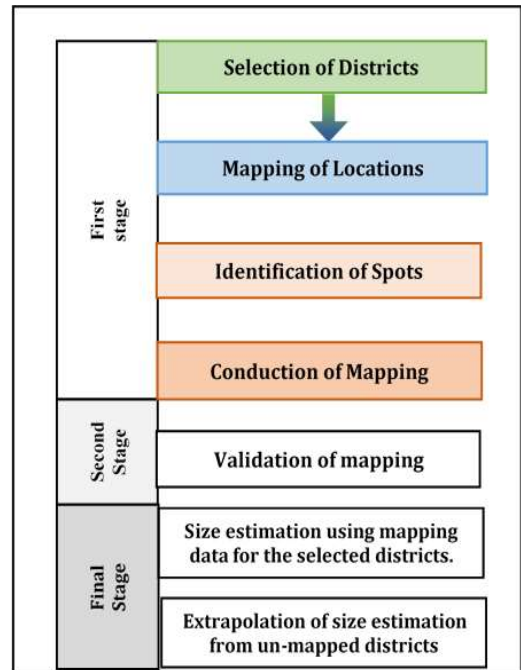


FIGURE 2.1: Flowchart

2.1 Mapping and Size Estimation of Key Population at the Selected Districts

The mapping exercise for the size estimation of KPs was conducted in 22 districts (out of 64) of Bangladesh. Data obtained from the 22 districts were extrapolated to other districts (from which mapping data were not collected) to get the national estimate of the KP size. Details are described below.

2.1.1 Selection of Districts

The study team selected 22 districts for mapping and data collection. The districts were selected after clustering all 64 districts based on estimated concentration of each key populations and its typologies (as per previous size estimation in 2015-16), number of new HIV reported cases from 2016-2021 and existence of borders.

The term "cluster" is used to describe the groups of districts with similar characteristics in terms. Using k-means cluster analysis, the 64 districts were grouped into six clusters. Dhaka, Chattogram, and Sylhet district made up three distinct clusters that had larger concentration of key populations than the other districts and were included in the study. The remaining 61 districts were organized into three clusters. Twenty-three of the districts were in the sixth cluster, thirty in the fifth, and eight in the fourth cluster.

A total of 22 districts were selected by following systematic methodologies. Dhaka, Chattogram, and Sylhet districts were selected because they had distinct characteristics which separated them from other three clusters. Rest of the 19 districts were selected according to the proportional allocation formula that allowed selection of 3 districts from the fourth cluster, 9 districts from the fifth cluster, and 7 districts from the sixth cluster. Table 2.1 shows the districts that were randomly selected to collect data for mapping and size estimation.

Table 2.1: Randomly selected districts from three clusters (Cluster 4, 5 and 6)

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6
Selected Districts					
Dhaka	Chattogram	Sylhet	Barishal Gazipur Dinajpur	Bhola Chandpur Jhalokati Chuadanga Magura Nilphamari Rangamati for Shunamganj Kurigram	Naogaon Comilla Cox's Bazar Sirajganj Gopalganj Bogra Kushtia
Remaining districts					
			Mymensingh Narayanganj Jessore Khulna Rajshahi	Bandarban, Feni, khagrachhari, lakshmipur, Noakhali, Faridpur, jamalpur Narsingdi, sherpur Tangail, jhenaidah Meherpur, narail Satkhira, joypurhat Nature, gaibandha Lalmonirhat, Panchagarh, Thakurgaon, Habiganj	Barguna, Patuakhali, Pirojpur, Brahmanbaria, Kishoregonj, Madaripur, Manikganj, Munshiganj Netrakona, Rajbari, Shariatpur, Bagerhat, Naogaon, Chapai Nababganj, Pabna Rangpur, Maulvibazar

2.1.2 Operational Strategies for Mapping and Size estimations

2.1.2.1 Population size estimation of the mapped districts

A mixed method (qualitative and quantitative) approach was followed at three different levels: district, location, and spot to identify hotspots and estimate the number of key populations.

A. District Level:

In this phase, the methodology employed was Group Discussion (GD), a participatory approach that fostered collaborative insights. The participants encompassed stakeholders including representatives from Non-Governmental Organizations (NGOs), Community-Based Organizations (CBOs), and Self-Help Groups (SHGs).

During the group discussion, the study team carefully put together a list of places in the district. These places might have KPs who are essential for the study, and also explore the locations where some people are available to help the study team and collect the location and contact information. These steps helped the study team to go to local-level exploration for KP spots. The study team also met with the district-level health officials, law enforcement officials, the Department of Narcotics Control (DNC), and public representatives.

B. Location Level:

In this stage, Key Informant Interview (KII) was employed at the local level. The participants in this method consisted of 3-5 individuals who had diverse backgrounds and experiences. These key informants were selected based on their names that were brought up during group discussions held at the district level and they were found near the locality. During the operation of this method, the gathered information from these key informants played a crucial role. It helped establish the boundaries of specific locations and create an extensive list of spots, including important landmarks and types of places. Additionally, the timing of when key populations visited these spots was also noted. To identify these spots, a technique called the free listing technique was applied. This technique involved segmenting the locations and then noting down the names of spots mentioned by the key informants, effectively creating a comprehensive inventory of these locations.

C. Spot Level:

During this phase, the Rapid Field Assessment (RFA) method was implemented. While visiting various spots, the research team engaged in interviews with the high-risk group, commonly known as the Key Populations (KPs), as well as community gatekeepers and key informants, such as pimps, shopkeepers, ferrywalas, and rickshaw/van pullers. The primary objective of the mapping method was to pinpoint the locations where key populations typically gather.

Estimating the number of individuals in these populations at each spot involved identifying the sites they frequented most. The report identified and included only sites visited frequently by key populations. For this mapping approach, the estimates regarding the population at each site were based on numerical assessments provided by key informants rather than a direct count of individuals present. As a result, variations might occur in the estimates given by respondents interviewed at different sites.

In districts where targeted intervention was implemented, efforts were expended to not only

identify already established spots but also to locate new hotspots. Conversely, districts lacking interventions for high-risk groups (HRGs) didn't possess prior insights into the size, location, and characteristics of those HRGs. Thus, a meticulous planning procedure was crucial before embarking on the field for Mapping and Size Estimation.

For districts devoid of interventions, an extensive planning exercise was undertaken to accumulate precise data about locations and spots for each population group. Rapid Field Assessment (RFA) was executed at these identified hotspots with the aid of community liaisons (CLs). In cases where CLs couldn't be identified, outreach staff such as outreach workers from neighboring intervention districts or local NGOs, as feasible and appropriate, extended assistance for RFA. The field team then commenced visits to each hotspot as per the meticulously charted field implementation plan.

2.1.3 Size Estimation using Mapping Data

Adjustment of Correction Factors

Algorithm was developed and correction factors were applied to estimate the KP size in different districts of Bangladesh. The adjustment factors that were used to adjust the KP size include:

- **Mobility:** For the adjustment of duplication of KPs going to multiple hotspots.
- **Frequency:** To adjust for the frequency at which a KP comes to a spot.
- **Hidden:** To adjust for the “hidden” population to a spot.

2.1.3.1 Mobility correction factor:

The initial correction factor introduced to the mapped figures accounted for mobility adjustments. Counting the same individual at multiple locations can lead to an overestimation of the population size. Data to rectify this issue could be gathered during the mapping phase. The primary aim was to collect information about the count of key population members who might have frequented multiple venues while the mapping was underway.

During mapping, the following information was collected:

- The estimated number of key population members generally present at the site during the standard peak time.
- A proportion of key population members expected to visit other sites during the same standard peak time and the number of additional sites they would visit.

This information was obtained from key informants at the site who were members of the key population. The team made an effort to identify key informants who could provide reliable information. The calculation for the mobility correction between two spots are given below-

$$S_2 = S_1 \times (1 - P_1/2)$$

Here,

S_2 = Estimated number of KP individual after adjustment

S_1 = Estimated number of KP individuals

p_1 = % of KP individuals who visit more than one hotspot in a day

2.1.3.2 Correction for frequency of visiting sites

The next correction factor that was applied was to account for the frequency of visiting sites and correct for the under-representation of key population members who were absent when the mapping team visited the sites. During a mapping exercise, it was reasonable to count key population members who were currently active (e.g., active in the month). However, even when mapping teams visited sites during peak times, there would still be a certain percentage, whether large or small, who would not be present at those times. The frequency correction aimed to address this portion of the group that was otherwise visible (as they frequented the mapped sites) but were missed during mapping team visits.

To adjust for the frequency factor, the following information was collected during the mapping process.

- The estimated number of key population members generally present at the site during the standard peak time.
- The proportion of key population who had visited the spot during the agreed-upon standard peak time in the previous week.

This information was obtained from the key informants who were members of the key population. The team made an effort to identify key informants who could provide reliable information. This information served as a proxy for the proportion of people who would have been missed during mapping visits.

Following formula was used to adjust for the frequency of visiting sites:

$$S_3 = S_2 / (1 - P_2)$$

Here,

S_3 = Estimated number of KP individuals after adjustment of frequency factor

S_2 = Estimated number of KP individuals after adjustment of mobility factor

P_2 = Estimated proportion of KPs who do not appear at venues during the standard peak time

2.1.3.3 Adjusting for portion of the population who do not frequent spots (hidden factor)

The subsequent adjustment addressed the proportion of key population members who are actively involved in risky behaviors but do not visit the identified spots. This hidden or less visible segment of the key population operates through personal networks or exclusively via cell phones or online platforms. To account for this hidden proportion of the population, it was crucial to estimate the fraction of key population members who never visited these spots.

Insights into this hidden population were derived from key informants who were themselves key population members at the site. Care was taken to identify key informants capable of

providing reliable information. The calculation involved a straightforward inflation factor, analogous to the one used for frequency adjustment. This factor inflated the mapped figure to accommodate the concealed segment. To estimate the hidden factor, following information was collected during the mapping process:

- The estimated number of key population members generally present at the site during the standard peak time, and
- The proportion of key population members who never visit the sites

Based on the collected data from the spot level, the adjustment of the size of the key populations was done using the following formula:

$$S_4 = S_3 / (1 - P_3)$$

Here,

S_4 = Estimated number of KP individual after adjustment of hidden factor

S_2 = Estimated number of KP individuals after adjustment of frequency factor

P_2 = Estimated proportion of key population members who never go to sites is needed

See Annex-A: Example of Adjusting Correction Factors for Mapped Districts and Extrapolating of the Unmapped Districts

2.2 Validation of Mapping and Size Estimation

2.2.1 Approaches

To ensure the accuracy of the field mapping, a validation exercise was conducted. It was essential in the size estimation of the key populations to assess any differences between the estimates provided by the investigation team and the validation team. The validation was done using two recognized methods – a) the capture-recapture method and b) the multiplier method. Additionally, the completeness of spot identification was assessed during this stage.

2.2.2 Operational Strategies

A. Validation of the Spots

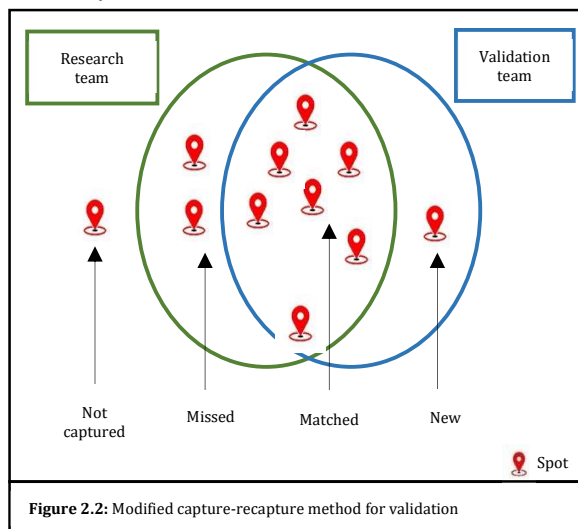
In the initial stage of the validation process four districts (20%) were randomly selected. Among the four districts, two were from intervention districts (Gazipur and Cumilla) and two of them were non-intervention districts (Gopalgonj and Kurigram). In the second step, the validation team selected KP-specific 10% of the spots using the probability proportional to size (PPS) method for physical verification. Name of districts and number of spots decided for validation and validation findings are described in the result section.

B. Validation of the KP numbers

There were two types of methods applied for validation of the KPs size in the spots.

B1. Capture-recapture method (CRC) for validation of population size

The capture-recapture method was used by the Study Team to validate the size estimation of the key populations. It was based on the principle that if a sample of individuals from the population was captured, marked, and then released, and a second sample was captured later, the proportion of marked individuals in the second sample would provide an estimate of the total size of the population. This method was applicable for estimating the size of key populations, where individuals could be captured, marked, and released. The method assumed that the probability of capturing an individual was proportional to its abundance in the population, and that the marking process did not affect the recapture probability.



Once the spots had been identified and documented, a number of hotspots were selected for data collection in the validation districts (n=4; 2 with interventions and 2 without interventions). The selection was based on 10% of the spots from the 5% locations that the validation team had investigated to estimate the KPs. The total number of spots selected for validation in 4 districts were 177.

The chosen hotspots were visited by individuals distributing objects. They engaged in conversations with individuals present at the spot to confirm they were within the intended community of key populations (KPs). Upon verification, the object distributor distributed objects, specifically key rings, to the identified KPs. The distribution of objects, known as the first capture, was carried out promptly, ideally within a single day for each location. For the recapture process, the field team returned to the selected hotspots about a week later. They approached the KPs and inquired if they had received any objects from anyone. If confirmed, the KPs were asked to exhibit or describe the object received. Matching the object with the one distributed during the first capture categorized them as recaptures. If no object was received previously, they were deemed new captures. The resulting numbers were carefully recorded by the field team.



Figure 2.3: Object- Key Ring

For validation, certain team members acted as object distributors during the data collection phase. Each distributor provided only one object to each KP, with rotations occurring between Capture 1 and Capture 2 in the same hotspots. The quantity of objects distributed was

determined based on the established sample size. During the object distribution, the field team needed to inquire if the KPs were receiving the object for the first time.

Upon obtaining the capture-recapture data from the hotspots, the population size was calculated using the following formula-

Population size, $N = M \times C/R$

Where,

N = estimate of total KP size

M = originally marked in first capture

C = number captured on the second time

R = recaptured (second day capture – first day capture)

Using the above formula, the population size of each KP was calculated. The 95% confidence intervals were also calculated for the estimates using the following formula:

95% Confidence Interval (CI) = $N \pm 1.96 \text{ Var}(N)$

Where variance, $\text{Var}(N) = M \times C (M-R) \times (C-R)/R^3$

Validation of the KP size, estimated by the mapping method, was done against the 95% CI that was calculated for the CRC method. The data of the CRC method is already adjusted for the mobility and frequency factors that are used to adjust the mapping data for size estimation. Therefore, the estimated size of the KP groups, calculated by the mapping method with the adjustment for mobility and frequency factors, was compared with the 95% CI of the estimates in the CRC method. If the estimated numbers derived by the mapping method fall within the 95% CI of the CRC method, it is considered that the data are consistent (valid).

B2. Multiplier Method

The Multiplier method was used by the study team, relying on information from at least two data sources that overlapped in a known way. The following process was followed to estimate the size by the multiplier method:

- In the multiplier method, the first data source was the program data obtained from the DICs operated by the implementing partners in two districts, Comilla and Gazipur. This data included the number of KPs who received STI or HTS services from the Drop-in Centers/Service centers during last 6 months.

- The second data source consisted of a representative survey conducted among members of the key population for which the size was being estimated during the validation data collection.

The population size was derived by multiplying the "number of members of a given population who attended a specific program service" over a defined period of 6 months by the "inverse of the proportion of the same population group who responded (in the survey) that they attended the same service" during the same period.

The following formula was used to estimate the population size:

$$\text{Estimated size} = n * (1/p)$$

Where:

n represents the number of FSW/MSM/MSW/PWID members who accessed a specific service during a defined period of time.

p represents the proportion of FSW/MSM/MSW/PWID members who reported having accessed the same service during the same time period in a representative survey among that population.

In the multiplier method, mathematically, it is not possible to calculate the 95% CI of the estimated size. Therefore, for validation, we compared the KP size estimated by the multiplier method with the minimum value and the point estimate that have been derived by the mapping method. If the estimate calculated by the multiplier method falls within the range of the minimum and point estimate values, it is considered valid.

2.3 Extrapolating local data to develop national size estimates.

This study collected data from 22 (out of 64) districts for the size estimation. To estimate the size of KPs in the non-sampled districts (n=42), extrapolation was needed. After finalization of the local estimates, extrapolation of local data to the non-sampled districts was done to develop the national estimates of the KP size. The process involved the following steps:

- Calculation of the size of the female and male population aged 15-49 years in all 64 districts from the census data.
- Calculation of the proportion of the female population (15-19 years of age) involved in sex work in the cluster districts where mapping data were collected. Finally, the average of the proportions (of the cluster districts) was calculated. This average proportion was the factor used for extrapolation to estimate the size of FSWs in other districts.
- The process and calculation of the extrapolation factor were the same for PWID (male), MSM, and MSW, except that the male population aged 15-49 years in the 22 districts was considered.
- The female PWID were found in few districts. The female PWID numbers under intervention districts were also collected from the implementing partners. Then the

relevant adjustment factors were adjusted and female PWID numbers were estimated for the specific districts.

These calculations allowed for applying the numbers from districts with mapping data to the districts within the same cluster that did not have any data.

2.4 Stakeholder engagement in the Mapping and Size Estimation:

Stakeholder engagement was a crucial aspect of the study to ensure the accuracy and relevance of the size estimation for key populations. The study team organized several consultation meetings involving key stakeholders such as representatives from the government, UN agencies, NGOs, CBOs, and network members.

During these meetings, the study team presented detailed procedures and methodologies used in the study, providing stakeholders with an overview of the study's objectives and approach. The stakeholders actively participated in group work, where they critically analyzed the draft estimation of the key population size for the 64 districts.

Using their expertise and knowledge, stakeholders reviewed the draft estimates considering various factors, including current program data, previous program data, and programmatic mapping data. They provided valuable inputs and suggestions to enhance the accuracy and reliability of the size estimation.

The stakeholders' feedback and recommendations were then presented before the wider audience, allowing for further discussions and exchange of ideas. The study team carefully reviewed the recommendations from the group work, considering the inputs from all stakeholders.

Consensus-building played a vital role in finalizing the key population size estimates. The study team collaborated with the key stakeholders, taking into account their perspectives and reaching a consensus on the adjusted size estimation figures.

This inclusive and participatory approach ensured that the size estimation process reflected the collective wisdom and expertise of the stakeholders. By incorporating their insights and feedback, the study team enhanced the credibility and relevance of the size estimation for key populations in Bangladesh.

2.5 Behavioral Survey among the KPs

The objectives of the behavioral survey were to: **a)** determine risk factors for HIV/AIDS; and **b)** access availability and utilization of HIV prevention services in the districts. To fulfil the objectives, a cross-sectional survey with mixed methods (quantitative and qualitative methods) was conducted among all the four key populations (KPs). Behavioral data from the study subjects were collected during the Rapid Field Assessment (RFA) of KP size estimation.

2.5.1 Quantitative Data Collection:

Quantitative data were collected from all the KP groups using different tools tailored to each specific key population. Quantitative data were collected through face-to-face interview by a group of trained data collectors.

2.5.1.1 Sample Size and Sampling Technique:

The sample size for the survey was calculated based on the estimated number of women at reproductive age (15-49 years) in Bangladesh, which was reported as 46,215,541 by the World Health Organization (WHO) in 2020. A 95% confidence level and a 5% margin of error were considered [6]. Based on the assessment estimates of 2015-16, the overall prevalence of female sex workers (FSWs) was approximately 0.2% of the population mentioned [7]. When using a cluster (n) sampling, the intra-cluster correlation (ICC) effect, also known as the design effect (Deff), needed to be taken into account for the sample size calculation. The formula for sample size estimation with a cluster sampling is described by Bennett, Woods, and Smith (1991) [8],

$$\text{Here, Deff} = 1 + \text{ICC} (n - 1)$$

The proportions of each broad key population were as follows: FSW 36.94%, MSM 47.83%, TG/Hijra 3.40%, and PWID 11.82%. Using these proportions, the target sample size for each type within each cluster (district) was allocated proportionally using the following formula:

$$N_n = (\text{No. of particular type of KP} / \text{Total No. of KP in each district}) \times \text{Desired sample size in each district}$$

We calculated the sample size based on the estimated number of FSW to obtain the maximum sample size, assuming that FSW had the highest representation among the key populations. After adjusting for the design effect, a minimum sample size of 1,744 was determined. The following number of data were collected. Accounting for an additional 20% non-response rate, the sample size became 2,093. This study collected data from 1969 subjects (827 from FSWs, 381 from MSM, 484 from MSW and 277 from PWID groups) from 22 districts.

The number of samples allocated to each district was proportional to the size of the KPs considering the estimates of the previous survey.

2.5.1.2 Survey Tool

Separate tools were used for different key populations (KPs). The survey tools included questions related to identification (type of respondent, typology, etc.), personal information (age, education, marital status, sexual partner, etc.), and relevant sexual history. Additional questions were included in the questionnaire, such as the duration of involvement, reasons behind starting this work, and the existence of targeted interventions, among others.

2.5.1.3 Recruitment of Survey Participants

At the KPs' gathering points, the field research team conducted visits. A field research assistant (FRA) along with a local guide (representative of the KP community), engaged in rapport-building within the local community and KP members. They observed from a suitable distance, identifying willing KPs for the survey. The FRA explained the study's purpose, obtained informed consent, and conducted the interview. This sequential process ensured a respectful and ethical approach to involving participants in the survey.

2.5.1.4 Using online data collection method

Quantitative data were collected using a secured online data collection and management software, specifically tab-based REDCap software. This software allowed for the building and management of secured online surveys and databases, capable of collecting various types of data in any environment. The customized software was developed after finalizing the quantitative data collection tools. The relevant field research team members collected data using this software and 'Data Management and GIS Expert' regularly backed up the data on the central server.

2.5.1.5 Field Management

Under the leadership of the Project Director (PD) and Principal Investigator (PI), BSMMU followed a result-based participatory monitoring and supervision process for this survey. From the beginning of the survey, the PD and PI, key team members of each component and associates (including Field Operations and Data Management teams) conducted regular and random sample-based monitoring and supervision visits to observe the field activities and progress. The Field Operation Managers and Team Leaders were responsible for ensuring that the survey was implemented in the field according to the protocol. Regular and periodic team meetings were held to provide updates to key study team members and monitor progress, as well as to plan and address the field-level problems, if there were any.

2.5.1.6 Quantitative Data Quality Control

The quality of the mapping and size estimation was ensured through a four-pronged strategy. First, a skilled research team was selected to carry out the exercises, including research staff, fieldworkers, field executives, supervisors, and investigators. Each team member was assigned specific terms of reference (TOR) and deliverables for which they were held accountable. Preference was given to individuals with relevant experience in mapping and association with the HIV program or related disciplines, and those with direct experience were given priority. Additionally, community representatives recruited to support the field research were selected based on their experience.

All field research teams underwent a skill-building training conducted in Dhaka. The objectives of the training were: to orient participants on issues of sexuality, HIV, and high-risk behaviors;

to enhance their understanding of key population behaviors and the structural and socio-cultural factors that increase their vulnerability to HIV; to familiarize them with the research methodology, tools, and techniques required for effective data collection; to train them in questionnaire administration techniques, including approach and probing; and to provide guidance on ethics, documentation techniques, handling agitated respondents, confidentiality, and informed consent. The training also covered other fieldwork protocols standardized for implementation.

The research team monitored the fieldwork on a daily basis to ensure activity implementation, provide supportive supervision, and offer feedback. Supervisors conducted periodic field visits to provide additional support and supervision.

2.5.1.7 Quantitative Data Analysis

Data Cleaning: Once the data collection phase was completed, the collected data were carefully reviewed and cleaned to ensure accuracy and consistency. Data cleaning involved checking for missing values, outliers, and inconsistencies. Any necessary corrections or clarifications were made to the dataset before proceeding to the analysis phase.

Data Analysis Techniques: The collected data were analyzed using appropriate statistical techniques. Descriptive statistics, such as frequencies, percentages, means, and standard deviations, were used to summarize and present the characteristics of the health facilities. Inferential statistics were utilized to explore associations or differences among variables of interest. Statistical software, such as SPSS, was employed to facilitate the data analysis process.

Following data cleaning, the collected data were analyzed using appropriate statistical software, such as SPSS. Descriptive statistics were employed to summarize the characteristics of the KPs, including frequencies, percentages, means, and standard deviations. Inferential statistics, such as chi-square tests or t-tests, were used to explore associations and differences among variables of interest. The results of the data analysis were presented in tables, charts, and graphs to facilitate understanding and interpretation.

The findings of the survey were synthesized and presented in this. The report included a detailed description of the survey methodology, a summary of the survey findings, and relevant recommendations based on the analysis. This report was designed to be accessible and informative to policymakers and stakeholders, aiming to inform evidence-based decision-making and interventions in the improvement of KPs coverage and services.

The methodology employed in this survey aimed to ensure rigor, validity, and reliability in data collection and analysis. The use of standardized tools, rigorous training, pilot testing, and quality assurance measures strengthened the scientific rigor of the survey. By employing a systematic and ethical approach, this survey provides valuable insights into the infrastructure, resources, services, for contributing to evidence-based recommendations.

2.5.2 Method of Qualitative Component

2.5.2.1 Study Design and population

The qualitative component of the study applied the Social Cognitive Theory. Psychosocial variables, including attitudes, self-efficacy, and barriers to condom use, were measured. Attitudes were assessed at the individual level, reflecting key populations' reactions to environmental stimuli that could influence their behavior. Self-efficacy, a cognitive factor in this theory, evaluated the confidence of individual key populations to implement specific behaviors. The Health Belief Model explained how individuals' health-related behaviors are influenced by their perceptions of the behaviors and the consequences associated with them. Health behavior change was influenced by perceived susceptibility to health problems, perceived seriousness of health problems, perceived barriers to behavior change, and perceived benefits of behavior change. Therefore, perceived barriers to condom use were related to intentions and practical use of condoms. Self-efficacy and condom use were also associated.

The study team employed the qualitative method of in-depth interviews (IDIs) to explore the attitudes and beliefs of key populations regarding HIV and their support or hindrance of safe sex practices, such as condom use and negotiation skills. IDIs were expected to generate descriptive and information-rich data on beliefs and practices related to sensitive topics like sexuality and HIV/AIDS. These interviews provided insights into the underlying reasons behind certain beliefs and practices within different sociocultural contexts.

The study team conducted IDIs with four key populations identified in the field of HIV/AIDS: People who inject drugs (PWID), Female Sex Workers (FSWs), Men having Sex with Men (MSM), and Male Sex Workers (MSW). The number of interviews conducted was flexible and based on information saturation. The study team purposively recruited an equal number of participants from each of the four key population categories, both from high and low prevalence areas.

2.5.2.2 Qualitative Data Collection

In-depth interviews were conducted with four categories of key populations, focusing on their knowledge about HIV/AIDS prevention, skills that facilitate safe sex practices, and factors that hinder the adoption of safe sex practices. Sexual behavior of the key populations was explored, including their partners and engagement in safe or unsafe sex. For condom users and non-users, further investigation was carried out to assess their satisfaction level during sexual intercourse. The availability of condoms and barriers to purchasing them were also examined. Regarding safe sex practices through condom use, interviews explored condom use with different types of partners, consistent condom use, and perceptions of consistent/regular condom use with different partners. Female key populations were specifically asked about experiences of coercive sex and condom use in such situations.

In the in-depth interviews, both male and female persons who inject drugs (PWID) were included. Detailed information was collected regarding their needle sterilization practices, including sharing needles/syringes with others for drug injections, and the reasons and

perceptions behind such sharing. Female sex workers (FSWs), another important key population, were also part of the qualitative component. In addition to the general topics mentioned above, social stigma and discrimination faced by FSWs from their families and society were examined. The interviews with males who have sex with males (MSM) aimed to understand their sexual relationships with both men and women. Marriage, an important social aspect in Bangladesh, was explored among MSM, including societal pressures to marry and have children. Violence, which is a major concern for key populations like FSWs and transgender individuals, was also a significant topic explored in the interviews.

2.5.2.3 Qualitative Data Analysis

Transcripts were prepared from the tape-recorded in-depth interviews, ensuring necessary consent was obtained from the respondents. Field Research Officers (FROs) transcribed the interviews and incorporated other observational field notes. After becoming familiar with the transcripts, initial coding was conducted based on pre-defined themes and emergent sub-themes. The coding process continued until saturation was reached, with consensus achieved between the FROs and the investigator's team. The next step of analysis involved developing a matrix to assess patterns and associations of information among intra and inter groups of the four key population types. The matrix helped identify significant differences and patterns in attitudes, knowledge, and behavior related to specific themes and sub-themes.

2.5.2.4 Quality Assurance Measures for Qualitative Data

Separate guidelines were developed for the in-depth interviews with the four key population categories. Male and female Field Research Officers (FROs) with prior experience in qualitative research methods and HIV/sexually transmitted infections (STIs) were recruited for data collection. The investigator's team provided intensive training, including classroom lectures on STIs/HIV/AIDS and techniques used in qualitative research methods. Spot-training on qualitative methods was also conducted during the pre-testing phase of the guidelines. Throughout the study's implementation, the investigators monitored the data collection process in the field periodically. Regular meetings were held between the FROs and investigators to review the interviews and discuss any issues encountered during data collection

Section-3: Results

The results section of this study presents the key findings and data analysis derived from the size estimation of key populations (KPs) and a mixed method (qualitative and quantitative) behavioral survey. This section provides an overview of the study's outcomes, shedding light on the size, characteristics, and risk factors associated with key populations.

The results section contributes to evidence-based decision-making and informs future interventions and policies. It is important to carefully interpret the results in the context of the study's limitations, providing a balanced perspective on the implications for public health and HIV response.

This study serves as a significant resource for researchers, policymakers, and program implementers. It offers a detailed account of the findings, providing valuable insights into the needs of key populations and the efficacy of HIV prevention programs. Through this analysis, the study aims to contribute to the larger goal of addressing the HIV epidemic among key populations and moving towards meeting the goal of AIDS/STD Programme (ASP).

The results of the study are presented in three distinct parts, namely Mapping and Size Estimation, Quantitative Findings, and Qualitative Findings, each offering unique insights into the complexities of key populations and their interaction with HIV prevention and care programs.

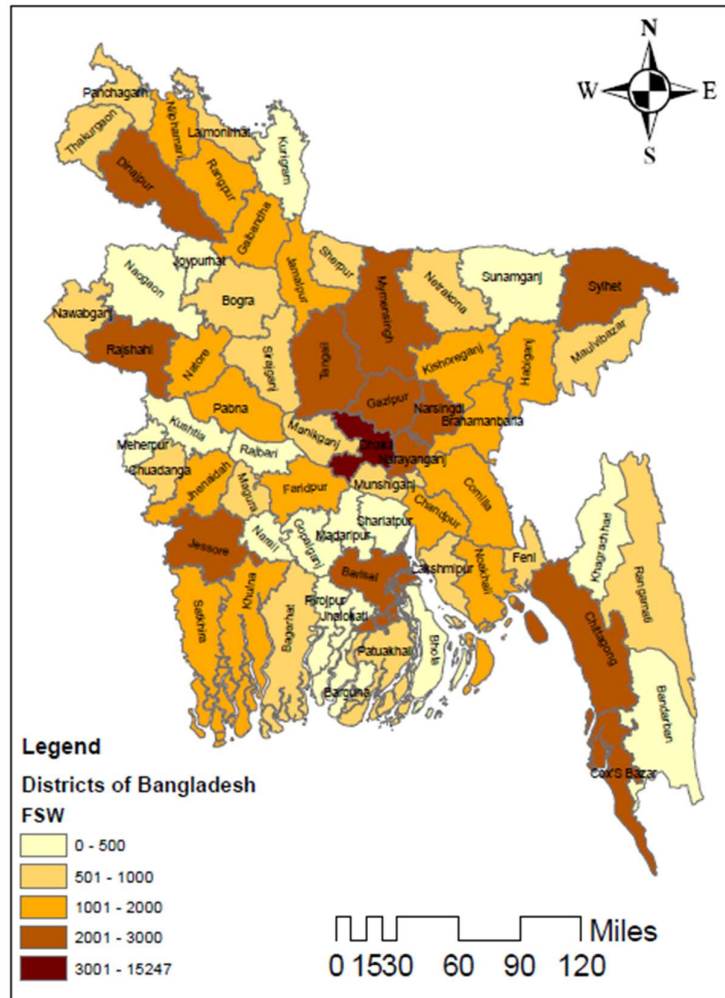
The first part, Mapping and Size Estimation, offers a comprehensive overview of the spatial distribution and population size of key populations within the selected districts. This section leverages mapping exercises, hotspot identification, and extrapolation methodologies to estimate the prevalence and concentration of key populations in various geographic regions. The findings from this part contribute crucial information for policymakers and program implementers to prioritize areas for targeted interventions and resource allocation, ensuring that HIV prevention efforts are tailored to the needs of specific communities.

The second part, Quantitative Findings, delves into the numerical data collected through structured surveys and assessments. This segment provides valuable insights into the demographic characteristics, risk behaviors, and service utilization patterns of key populations. By quantifying prevalence rates and risk factors, this section enables a thorough understanding of the HIV landscape among key populations. These data-driven findings serve as a foundation for evidence-based program planning, helping to design and implement interventions that are effective and responsive to the evolving needs of key populations.

The third part, Qualitative Findings, enriches the results by exploring the lived experiences, attitudes, and perceptions of key populations through in-depth interviews and Key Informant Interview (KII). This qualitative analysis sheds light on the social determinants influencing HIV vulnerability and care-seeking behaviors. Understanding the nuances of key populations' perspectives and challenges is vital for developing culturally appropriate and community-centered interventions. The qualitative insights complement the quantitative data, providing a holistic understanding of the context in which HIV prevention and care programs are implemented.

3.1 Mapping and Size Estimation of KPs

3.1.1 Mapping and Size Estimation of Female Sex Workers



Map 3.1: FSW concentration by district (Except brothel based FSWs)

Table 3.1 displays the Estimated Number of FSWs Across Different Typologies and Their Age Groups. Within the three FSW categories, the age group of 10-19 years indicates a minimum estimate of 5622 and a point estimate of 12490. The age group of 20-24 years shows a minimum estimate of 7694 and a point estimate of 17540. For ages 25 years and above, the minimum estimate is 34770, and the point estimate is 79595.

Table 3.1: Estimated number of FSWs of Different Typology and their broad age groups

Typology	Age Distribution						Total	
	10-19 years		20-24 years		25 years and above		Minimum	Point estimate
	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate		
SBFSW	3086	4759	3904	6021	17410	26849	24400	37629
HBFSW	882	2845	1198	3867	5408	17455	7488	24167
RBFSW	1654	4885	2592	7652	11952	35291	16198	47828
Total	5622	12490	7694	17540	34770	79595	48086	109624

3.1.1.2 Size estimation: Street based FSWs

Table 3.2 portrays the division and district wise variation in estimated number of SBFSWs. It is evident from the table that among the SBFSWs, which ranges from a minimum of 55 to the maximum of 7186 to any district, their concentration is maximum in Dhaka division followed by Chattogram division. In the Dhaka division, the minimum size estimate is 4,950 with a point estimate of 7,186, where 1613 are among the 10 to 19 age group (point estimates), and 5,573 above 20 years age group. Of course, the concentration of SBFSWs is considerably higher even in the Khulna (Magura) and Rangpur (Dinajpur) divisions.

Table 3.2: Estimated size of FSW by districts

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Dhaka	Dhaka	4,950	7,186	1613	5,573
Chattogram	Chattogram	969	1,391	42	1,349
Sylhet	Sylhet	244	403	88	315
Barishal	BARISAL	282	405	24	381
Dhaka	GAZIPUR	1,855	2,661	495	2,166
Dhaka	NARAYANGANJ	769	1,099	135	964
Khulna	JESSORE	605	865	107	758
Khulna	KHULNA	512	731	90	641
Mymensingh	MYMENSINGH	1,020	1,458	180	1,278
Rajshahi	RAJSHAHI	586	837	103	734
Rangpur	DINAJPUR	341	489	60	429
Barishal	BHOLA	197	304	19	285
Barishal	JHALOKATI	258	398	23	375

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Chattogram	BANDARBAN	69	115	8	107
Chattogram	CHANDPUR	215	332	26	306
Chattogram	FENI	270	450	32	419
Chattogram	KHAGRACHHARI	106	177	12	165
Chattogram	LAKSHMIPUR	293	489	34	455
Chattogram	NOAKHALI	564	940	66	874
Chattogram	RANGAMATI	58	90	6	84
Dhaka	FARIDPUR	339	566	40	526
Dhaka	NARSINGDI	889	1,481	104	1,377
Dhaka	TANGAIL	671	1,119	78	1,041
Khulna	CHUADANGA	252	388	15	373
Khulna	JHENAIDAH	332	554	39	515
Khulna	MAGURA	438	677	26	651
Khulna	MEHERPUR	123	204	14	190
Khulna	NARAIL	124	207	14	193
Khulna	SATKHIRA	374	623	44	579
Mymensingh	JAMALPUR	331	552	39	513
Mymensingh	SHERPUR	227	378	26	352
Rajshahi	JOYPURHAT	164	274	19	255
Rajshahi	NATORE	315	525	37	488
Rangpur	GAIBANDHA	409	681	48	633
Rangpur	KURIGRAM	182	281	37	244
Rangpur	LALMONIRHAT	221	369	26	343
Rangpur	NILPHAMARI	199	307	24	283
Rangpur	PANCHAGARH	188	313	22	291
Rangpur	THAKURGAON	244	406	28	378
Sylhet	HABIGANJ	349	582	41	541
Sylhet	SUNAMGANJ	62	96	8	88
Barishal	BARGUNA	81	135	19	116
Barishal	PATUAKHALI	134	223	31	192
Barishal	PIROJPUR	94	157	22	135
Chattogram	BRAHMANBARIA	244	407	57	350
Chattogram	CUMILLA	202	319	98	221
Chattogram	COX'S BAZAR	241	382	16	366
Dhaka	GOPALGANJ	246	389	57	332
Dhaka	KISHOREGONJ	237	396	55	341
Dhaka	MADARIPUR	98	164	23	141
Dhaka	MANIKGANJ	141	235	33	202
Dhaka	MUNSHIGANJ	133	221	31	190
Dhaka	RAJBARI	95	159	22	137
Dhaka	SHARIATPUR	105	175	25	151
Khulna	BAGERHAT	128	213	30	183
Khulna	KUSHTIA	176	278	3	275

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Mymensingh	NETRAKONA	151	251	35	216
Rajshahi	BOGRA	267	423	49	374
Rajshahi	NAOGAON	55	86	6	80
Rajshahi	CHAPAI NABABGANJ	151	252	35	217
Rajshahi	PABNA	235	391	55	336
Rajshahi	SIRAJGANJ	150	237	63	174
Rangpur	RANGPUR	273	454	64	390
Sylhet	MAULVIBAZAR	167	279	39	240
Bangladesh		24400	37629	4759	32,870

3.1.1.2 Size estimation: Hotel based FSWs

Table 3.3 depicts the division and district wise variation in estimated number of HBFSWs. It is evident from the table that among the HBFSWs, which ranges from a minimum of 13 to the point estimate of 1333, their concentration is the maximum in Dhaka division followed by Chattogram division with Cox's Bazar being the third highest. In the Dhaka division, the minimum size estimate is 398 with the point estimate of 1,166, where 287 are between 10 to 19 years of age (point estimates), and 879 are in the 20 years and above age group. Apart from this, the concentration of HBFSWs is considerably higher in Narsindhi, Tangail and Cox's Bazar.

Table 3.3: Estimated size of hotel based FSW by district

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Dhaka	Dhaka	398	1,166	287	879
Chattogram	Chattogram	416	1,221	85	1,136
Sylhet	Sylhet	263	772	203	569
Barishal	BARISAL	132	343	31	312
Dhaka	GAZIPUR	44	115	16	99
Dhaka	NARAYANGANJ	110	330	46	284
Khulna	JESSORE	86	259	36	223
Khulna	KHULNA	73	219	31	188
Mymensingh	MYMENSINGH	146	437	61	376
Rajshahi	RAJSHAHI	84	251	35	216
Rangpur	DINAJPUR	108	316	59	257
Barishal	BHOLA	49	158	3	155
Barishal	JHALOKATI	39	125	13	113
Chattogram	BANDARBAN	34	103	10	93
Chattogram	CHANDPUR	115	369	26	343
Chattogram	FENI	135	405	41	365
Chattogram	KHAGRACHHARI	53	159	16	143

Division	Disrict	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Chattogram	LAKSHMIPUR	147	440	44	396
Chattogram	NOAKHALI	282	846	85	761
Chattogram	RANGAMATI	203	529	8	521
Dhaka	FARIDPUR	170	509	51	458
Dhaka	NARSINGDI	444	1,333	133	1,200
Dhaka	TANGAIL	336	1,007	101	906
Khulna	CHUADANGA	93	299	3	296
Khulna	JHENAIDAH	166	498	50	448
Khulna	MAGURA	112	360	6	354
Khulna	MEHERPUR	61	184	18	166
Khulna	NARAIL	62	186	19	167
Khulna	SATKHIRA	187	561	56	505
Mymensingh	JAMALPUR	165	496	50	446
Mymensingh	SHERPUR	113	340	34	306
Rajshahi	JOYPURHAT	82	246	25	221
Rajshahi	NATORE	157	472	47	425
Rangpur	GAIBANDHA	204	613	61	552
Rangpur	KURIGRAM	34	109	26	83
Rangpur	LALMONIRHAT	111	332	33	299
Rangpur	NILPHAMARI	74	238	51	187
Rangpur	PANCHAGARH	94	281	28	253
Rangpur	THAKURGAON	122	365	37	329
Sylhet	HABIGANJ	175	524	52	472
Sylhet	SUNAMGANJ	39	125	26	99
Barishal	BARGUNA	27	135	20	115
Barishal	PATUAKHALI	45	223	33	190
Barishal	PIROJPUR	31	157	24	133
Chattogram	BRAHMANBARIA	81	407	61	346
Chattogram	COMILLA	157	506	16	490
Chattogram	COX'S BAZAR	376	1,214	26	1,188
Dhaka	GOPALGANJ	46	148	10	138
Dhaka	KISHOREGONJ	79	396	59	337
Dhaka	MADARIPUR	33	164	25	139
Dhaka	MANIKGANJ	47	235	35	200
Dhaka	MUNSHIGANJ	44	221	33	188
Dhaka	RAJBARI	32	159	24	135
Dhaka	SHARIATPUR	35	175	26	149
Khulna	BAGERHAT	43	213	32	181
Khulna	KUSHTIA	13	42	6	36
Mymensingh	NETRAKONA	50	251	38	213
Rajshahi	BOGRA	83	268	68	200
Rajshahi	NAOGAON	20	64	19	45

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Rajshahi	CHAPAI NABABGANJ	50	252	38	214
Rajshahi	PABNA	78	391	59	332
Rajshahi	SIRAJGANJ	53	172	42	130
Rangpur	RANGPUR	91	454	68	386
Sylhet	MAULVIBAZAR	56	279	42	237
Bangladesh		7488	24167	2845	21,322

3.1.1.3 Size estimation: FSW-Residence

Table 3.4 provides the division and district wise variation in estimated number of RBFSWs. It is clear from the table that among the RBFSWs, which ranges from a minimum of 19 to the point estimate of 6895, their concentration is largest in Dhaka division followed by Rangpur division. In the Dhaka division, the minimum size estimate is 2351 with the point estimate of 6,895, where 980 among the 10 to 19 years age group (point estimates), and 5915 are above 20 years age group. Apart from this, the number of RBFSWs are considerably higher in Dinajpur, Chattogram, Sylhet, and Cox'sbazar. The analysis reveals that the total number of individuals involved in sex work across all districts is estimated to be 47,828, with the majority falling into the 20 years and above age group, indicating a concerning situation requiring attention and intervention.

Table 3.4: Estimate size of residence based FSW by district.

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Dhaka	Dhaka	2,351	6,895	980	5,915
Chattogram	Chattogram	747	2,190	70	2,120
Sylhet	Sylhet	754	2,212	82	2,130
Barishal	BARISAL	662	1,943	264	1,679
Dhaka	GAZIPUR	43	125	16	109
Dhaka	NARAYANGANJ	659	1,978	257	1,721
Khulna	JESSORE	519	1,557	202	1,355
Khulna	KHULNA	439	1,316	171	1,145
Mymensingh	MYMENSINGH	875	2,624	341	2,283
Rajshahi	RAJSHAHI	502	1,506	196	1,310
Rangpur	DINAJPUR	771	2,261	261	2,000
Barishal	BHOLA	19	57	3	54
Barishal	JHALOKATI	25	73	4	69
Chattogram	BANDARBAN	27	80	4	76
Chattogram	CHANDPUR	310	910	91	819
Chattogram	FENI	108	315	16	299
Chattogram	KHAGRACHHARI	42	124	6	118
Chattogram	LAKSHMIPUR	117	342	17	325

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Chattogram	NOAKHALI	226	658	33	625
Chattogram	RANGAMATI	56	165	8	157
Dhaka	FARIDPUR	136	396	20	376
Dhaka	NARSINGDI	355	1,037	52	985
Dhaka	TANGAIL	269	783	39	744
Khulna	CHUADANGA	51	149	3	146
Khulna	JHENAIDAH	133	388	19	369
Khulna	MAGURA	51	150	8	143
Khulna	MEHERPUR	49	143	7	136
Khulna	NARAIL	50	145	7	138
Khulna	SATKHIRA	150	436	22	414
Mymensingh	JAMALPUR	132	386	19	367
Mymensingh	SHERPUR	91	265	13	252
Rajshahi	JOYPURHAT	66	192	10	182
Rajshahi	NATORE	126	367	18	349
Rangpur	GAIBANDHA	164	477	24	453
Rangpur	KURIGRAM	52	154	8	146
Rangpur	LALMONIRHAT	89	258	13	245
Rangpur	NILPHAMARI	348	1,019	76	943
Rangpur	PANCHAGARH	75	219	11	208
Rangpur	THAKURGAON	97	284	14	270
Sylhet	HABIGANJ	140	407	20	387
Sylhet	SUNAMGANJ	63	186	3	183
Barishal	BARGUNA	81	243	29	214
Barishal	PATUAKHALI	134	401	48	353
Barishal	PIROJPUR	94	282	34	248
Chattogram	BRAHMANBARIA	244	733	88	645
Chattogram	CUMILLA	391	1,147	270	877
Chattogram	COX'S BAZAR	910	2,668	132	2,536
Dhaka	GOPALGANJ	25	72	9	63
Dhaka	KISHOREGONJ	237	712	85	627
Dhaka	MADARIPUR	98	295	35	260
Dhaka	MANIKGANJ	141	424	51	373
Dhaka	MUNSHIGANJ	133	398	48	350
Dhaka	RAJBARI	95	285	34	251
Dhaka	SHARIATPUR	105	315	38	277
Khulna	BAGERHAT	128	383	46	337
Khulna	KUSHTIA	63	184	22	162
Mymensingh	NETRAKONA	151	453	54	399
Rajshahi	BOGRA	70	206	18	188
Rajshahi	NAOGAON	70	206	25	181
Rajshahi	CHAPAI NABABGANJ	151	454	54	400

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Rajshahi	PABNA	235	705	85	620
Rajshahi	SIRAJGANJ	263	770	92	678
Rangpur	RANGPUR	273	818	98	720
Sylhet	MAULVIBAZAR	167	502	60	442
Bangladesh		16198	47828	4885	42,943

3.1.1.4 Size estimation: Brothel based FSWs

Table 3.5 shows the district-wise variation in the estimated number of BBFSWs. It is recognizable from the table that among the BBFSWs, which ranges from a minimum of 52 to 1525, their residence is the maximum in Daulatdia, Goalanda, Rajbari followed by Kandapara, Tangail. Among 3482 Brothel members, 2003 FSW were above 25 years of age, whereas 1479 were below 25. Largely, the analysis highlights the significant presence of individuals involved in brothel activities across multiple locations in Bangladesh, with a greater concentration among those aged 25 and above.

Table 3.5: Estimate size of Female Sex Workers by Brothel

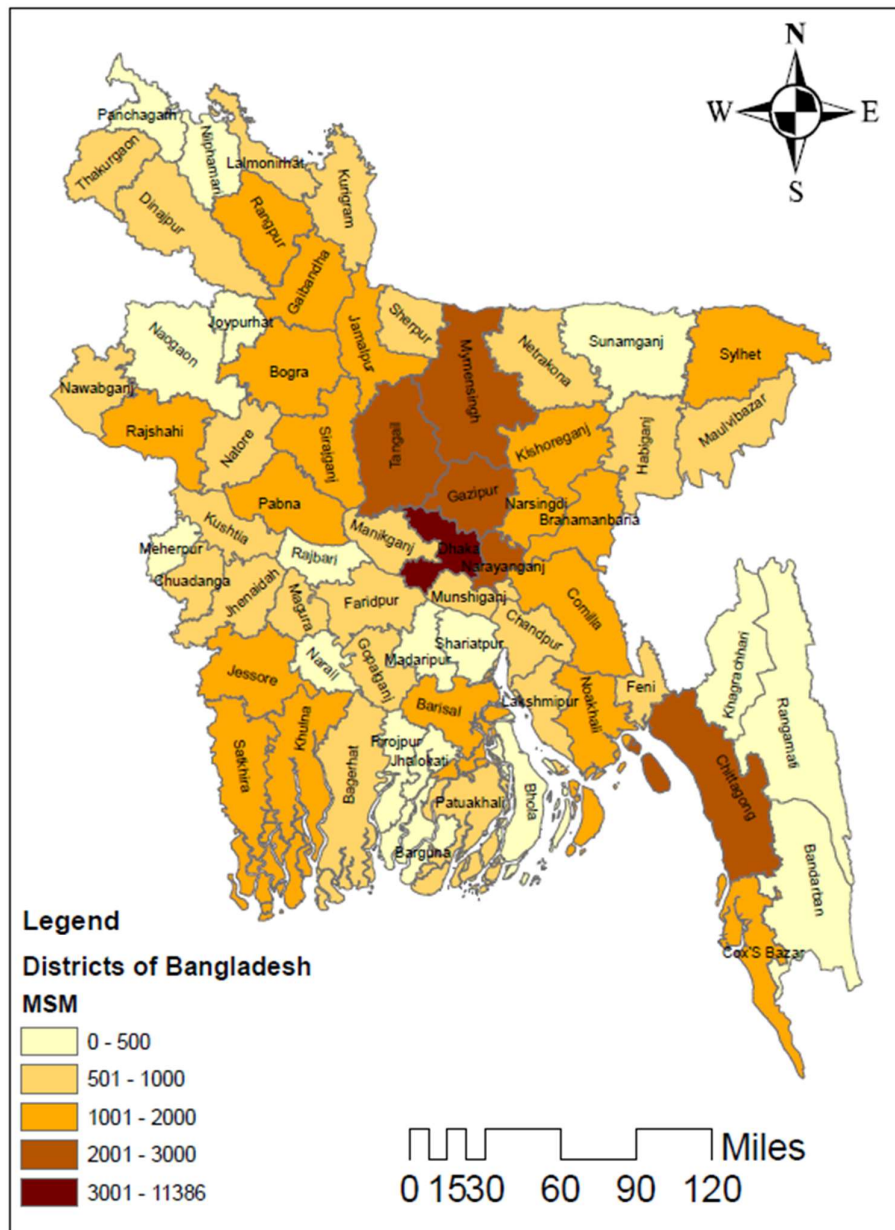
Brothel	Age below 25	Age 25+	Total
Daulatdia, Goalanda, Rajbari	896	629	1525
Maroawary Mandir, Jashore	35	174	209
Kuchuyapotti, Bagerhat	22	30	52
Old Hospital Road, Patuakhali	56	84	140
C & B Ghat, Faridpur	61	109	170
Rathkhola, Faridpur	152	215	367
Ganginerpar, Mymensingh	89	211	300
Raniganj, Jamalpur	37	86	123
Kandapara, Tangail	104	399	503
Banishanta, Dacope, Khulna	27	66	93
Total	1479	2003	3482

Table 3.6 illustrates the Distribution of Upazilas and Spots of FSWs across different districts included in Mapping and Size Estimation. The study covered 22 districts, 129 upazilas (including wards those within Dhaka city), and 2047 FSW spots.

Table 3.6: Distribution of the Upazilas and spots of FSWs across different districts included in Mapping and Size estimation.

SL.No	District	Total No of Upazila	FSW Spots
1	Dhaka	52	831
2	Chittagong	11	103
3	Sylhet	7	155
4	Barisal	6	78
5	Gazipur	11	140
6	Dinajpur	4	77
7	Bhola	7	44
8	Chandpur	1	39
9	Jhalkathi	4	34
10	Chuadanga	1	21
11	Magura	1	21
12	Nilphamari	3	73
13	Rangamati	1	43
14	Sunamganj	1	24
15	Kurigram	3	48
16	Naogaon	1	18
17	Comilla	1	37
18	Cox's Bazar	2	61
19	Sirajganj	3	58
20	Gopalganj	5	50
21	Bogra	3	75
22	Kushtia	1	17
	Total	129	2047

3.1.2 Size estimation: MSM



Map 3.2: MSM concentration by district

Table 3.7 displays the Estimated number of MSM and their broad age groups. The age group of 10-19 years indicates a minimum estimate of 8301 and a point estimate of 24308. The age group of 20-24 years shows a minimum estimate of 12413 and a point estimate of 36347. For ages 25 years and above, the minimum estimate is 19070, and the point estimate is 55842.

Table 3.7 Estimated number of MSM and their broad age groups

Typology	Age Distribution						Total	
	10-19 years		20-24 years		25 years and above			
	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate
MSM	8301	24308	12413	36347	19070	55842	39784	116498

3.1.2.1 Estimated size of MSM by district

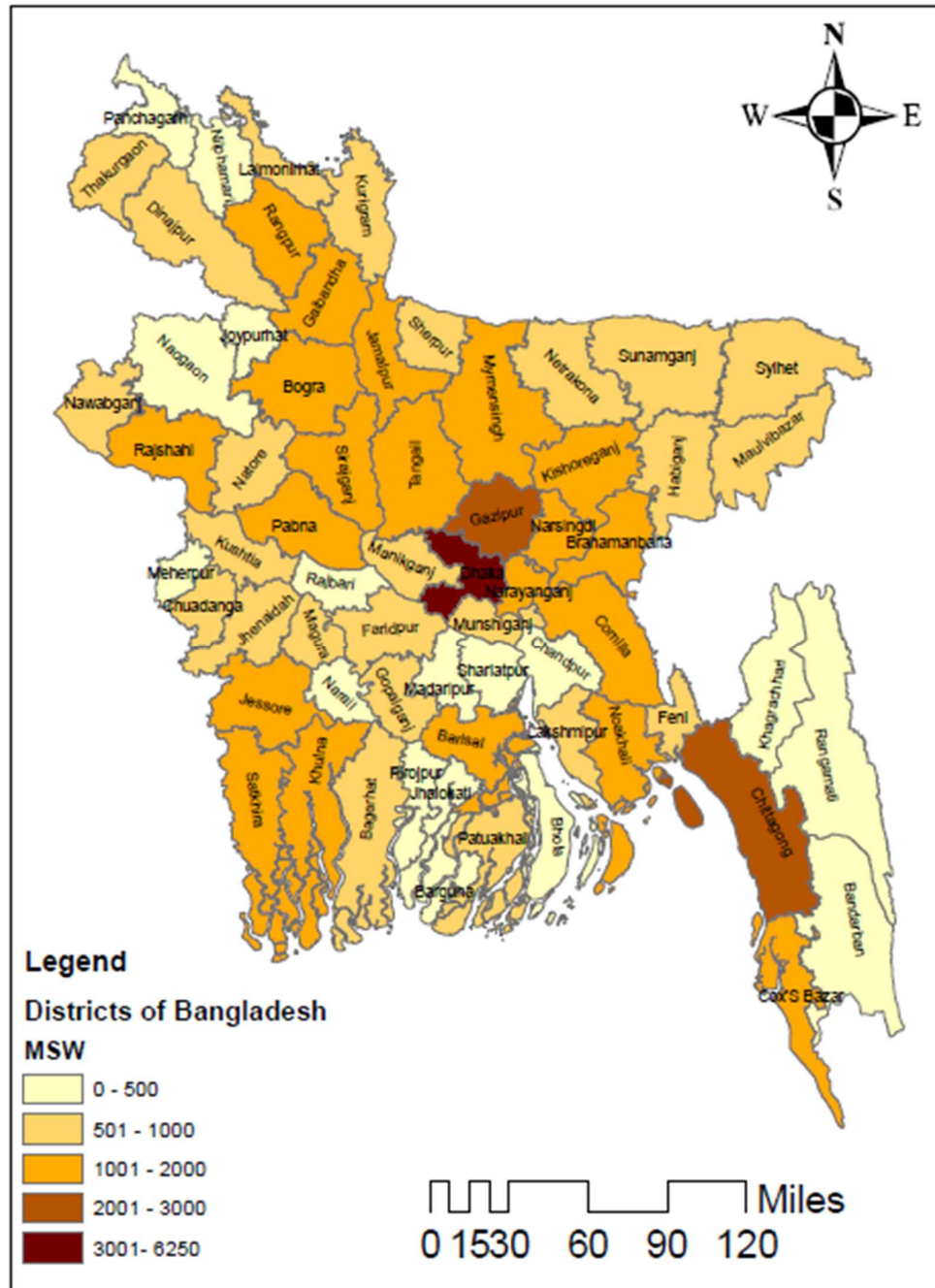
Table 3.8 represents the division and district wise variation in estimated number of MSMs. It is evident from the table that among the MSMs, which ranges from a minimum of 85 to the point estimate of 11386, their concentration is the maximum in Dhaka division followed by Chattogram division. In the Dhaka division, the minimum size estimate is 4,654 with the point estimate of 11,386 where 2412 were in the 10 to 19 years age group and 8,974 as above 20 years age group.

Table 3.8: Estimate size of MSM by district.

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Dhaka	Dhaka	4,654	11,386	2412	8,974
Chattogram	Chattogram	1,645	4,573	512	4,061
Sylhet	Sylhet	591	1,926	254	1,672
Barishal	BARISAL	721	2,006	434	1,572
Dhaka	GAZIPUR	1,891	5,257	1029	4,228
Dhaka	NARAYANGANJ	1,138	3,299	693	2,606
Khulna	JESSORE	812	2,354	494	1,860
Khulna	KHULNA	709	2,056	432	1,624
Mymensingh	MYMENSINGH	1,312	3,805	799	3,006
Rajshahi	RAJSHAHI	820	2,377	499	1,878
Rangpur	DINAJPUR	633	1,760	389	1,371
Barishal	BHOLA	282	832	192	640
Barishal	JHALOKATI	85	251	159	92
Chattogram	BANDARBAN	122	378	91	287
Chattogram	CHANDPUR	542	1,597	277	1,320
Chattogram	FENI	412	1,274	306	968
Chattogram	KHAGRACHHARI	194	601	144	457
Chattogram	LAKSHMIPUR	421	1,237	297	940
Chattogram	NOAKHALI	815	2,065	496	1,569
Chattogram	RANGAMATI	265	781	136	645
Dhaka	FARIDPUR	548	1,693	406	1,287
Dhaka	NARSINGDI	658	2,033	488	1,545
Dhaka	TANGAIL	1,039	3,211	771	2,440

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Khulna	CHUADANGA	492	1,450	268	1,182
Khulna	JHENAI DAH	575	1,705	409	1,296
Khulna	MAGURA	534	1,573	239	1,334
Khulna	MEHERPUR	204	630	151	479
Khulna	NARAIL	197	609	146	463
Khulna	SATKHIRA	618	1,909	458	1,451
Mymensingh	JAMALPUR	619	1,914	459	1,455
Mymensingh	SHERPUR	372	1,151	276	875
Rajshahi	JOYPURHAT	284	877	210	667
Rajshahi	NATORE	542	1,675	402	1,273
Rangpur	GAIBANDHA	653	1,938	465	1,473
Rangpur	KURIGRAM	594	1,752	425	1,327
Rangpur	LALMONIRHAT	375	1,158	278	880
Rangpur	NILPHAMARI	309	910	265	645
Rangpur	PANCHAGARH	329	976	234	742
Rangpur	THAKURGAON	427	1,268	304	964
Sylhet	HABIGANJ	558	1,724	414	1,310
Sylhet	SUNAMGANJ	353	1,041	118	923
Barishal	BARGUNA	230	712	142	570
Barishal	PATUAKHALI	382	1,184	237	947
Barishal	PIROJPUR	273	845	169	676
Chattogram	BRAHMANBARIA	647	2,005	401	1,604
Chattogram	CUMILLA	807	2,656	655	2,001
Chattogram	COX'S BAZAR	608	2,001	369	1,632
Dhaka	GOPALGANJ	639	1,303	269	1,034
Dhaka	KISHOREGONJ	688	2,133	427	1,706
Dhaka	MADARIPUR	282	874	175	699
Dhaka	MANIKGANJ	405	1,255	251	1,004
Dhaka	MUNSHIGANJ	405	1,255	251	1,004
Dhaka	RAJBARI	285	885	177	708
Dhaka	SHARIATPUR	307	952	190	762
Khulna	BAGERHAT	395	1,226	245	981
Khulna	KUSHTIA	492	1,620	326	1,294
Mymensingh	NETRAKONA	497	1,542	308	1,234
Rajshahi	BOGRA	759	2,499	543	1,956
Rajshahi	NAOGAON	245	807	178	629
Rajshahi	CHAPAI NABABGANJ	445	1,380	276	1,104
Rajshahi	PABNA	730	2,262	452	1,810
Rajshahi	SIRAJGANJ	733	2,414	300	2,114
Rangpur	RANGPUR	695	2,153	431	1,722
Sylhet	MAULVIBAZAR	491	1,522	304	1,218
Bangladesh		39784	116498	24308	92,189

3.1.3 Size estimation: MSW



Map 3.3: MSW concentration by district

Table 3.9 displays the Estimated number of MSW and their broad age groups. The age group of 10-19 years indicates a minimum estimate of 4838 and a point estimate of 8426. The age group of 20-24 years shows a minimum estimate of 12245 and a point estimate of 21328. For ages 25 years and above, the minimum estimate is 10874, and the point estimate is 18940.

Table 3.9: Estimated number of MSW and their broad age groups

Typology	Age Distribution						Total	
	10-19 years		20-24 years		25 years and above			
	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate
MSW	4838	8426	12245	21328	10874	18940	27957	48694

3.1.3.1 Estimate size of MSW by district

Table 3.10 describes the division and district wise variation in estimated number of MSWs. It is obvious from the table that among the MSWs, which ranges from a minimum of 89 to the point estimate of 6250, their concentration is the maximum in Dhaka division followed by Chattogram division. In the Dhaka division, the minimum size estimate is 3,850 with the point estimate of 6,250 where 818 were in the 10 to 19 years age group (point estimates) and 5,432 above 20 years age group.

Table 3.10: Estimate size of MSW by district

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Dhaka	Dhaka	3,850	6,250	818	5,432
Chattogram	Chattogram	1,639	2,601	240	2,361
Sylhet	Sylhet	420	675	87	588
Barishal	BARISAL	461	774	134	640
Dhaka	GAZIPUR	1,148	1,929	343	1,586
Dhaka	NARAYANGANJ	796	1,251	250	1,001
Khulna	JESSORE	568	893	179	714
Khulna	KHULNA	496	780	156	624
Mymensingh	MYMENSINGH	918	1,443	289	1,154
Rajshahi	RAJSHAHI	574	901	180	721
Rangpur	DINAJPUR	419	703	169	534
Barishal	BHOLA	180	330	81	249
Barishal	JHALOKATI	150	275	57	218
Chattogram	BANDARBAN	89	156	28	128
Chattogram	CHANDPUR	240	439	79	360
Chattogram	FENI	300	524	94	430
Chattogram	KHAGRACHHARI	141	247	44	203
Chattogram	LAKSHMIPUR	306	482	87	396
Chattogram	NOAKHALI	593	830	149	680
Chattogram	RANGAMATI	186	341	40	301
Dhaka	FARIDPUR	398	697	125	572
Dhaka	NARSINGDI	478	837	151	686
Dhaka	TANGAIL	755	1,322	238	1,084

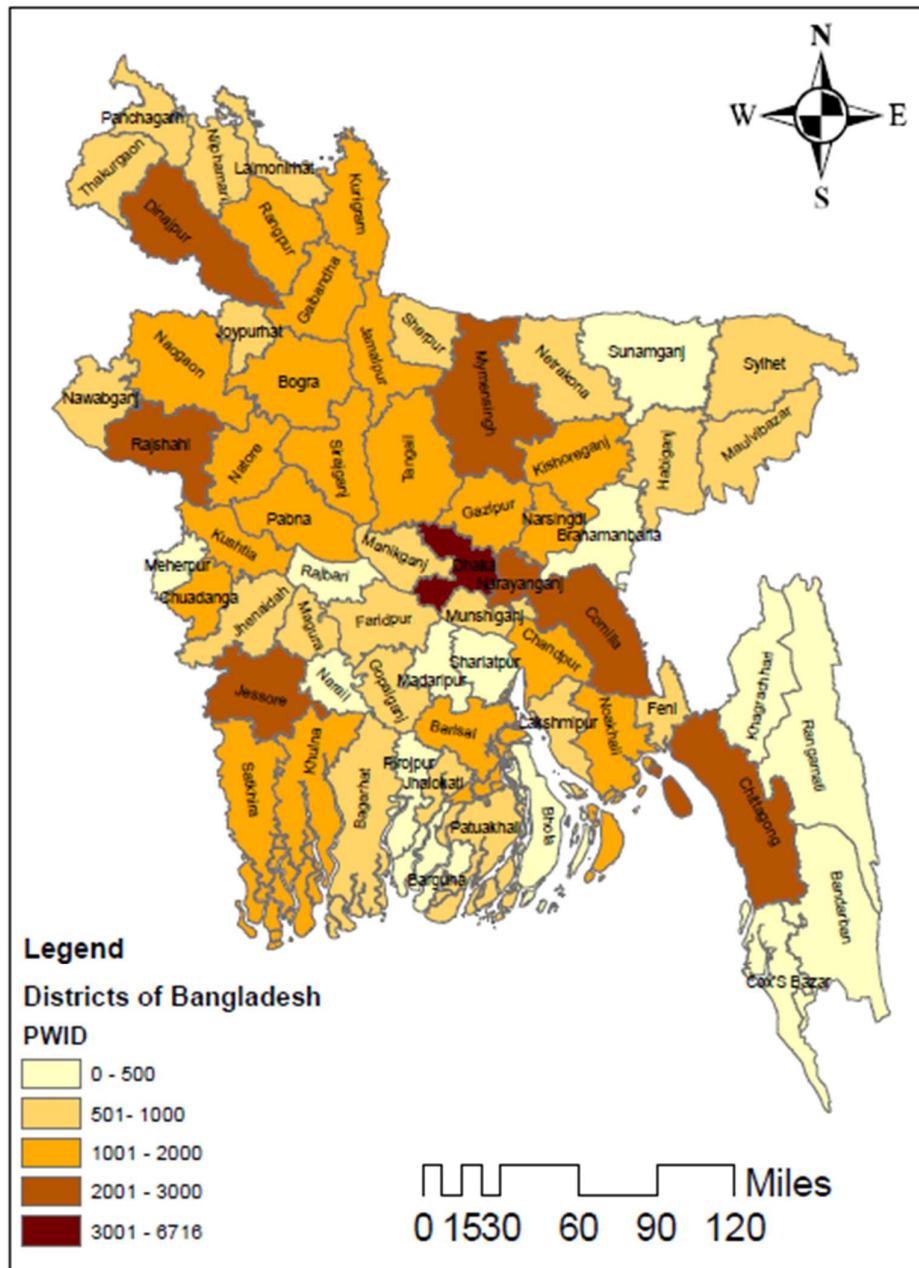
Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate	
				10-19 years	20 years and above
Khulna	CHUADANGA	314	575	71	504
Khulna	JHENAI DAH	418	731	132	599
Khulna	MAGURA	340	623	81	542
Khulna	MEHERPUR	148	259	47	212
Khulna	NARAIL	143	251	45	206
Khulna	SATKHIRA	449	786	141	645
Mymensingh	JAMALPUR	450	788	142	646
Mymensingh	SHERPUR	271	474	85	389
Rajshahi	JOYPU RHAT	206	361	65	296
Rajshahi	NATORE	394	690	124	566
Rangpur	GAIBANDHA	475	831	150	681
Rangpur	KURIGRAM	333	610	165	445
Rangpur	LALMONIRHAT	272	477	86	391
Rangpur	NILPHAMARI	213	390	117	273
Rangpur	PANCHAGARH	239	419	75	344
Rangpur	THAKURGAON	311	544	98	446
Sylhet	HABIGANJ	406	710	128	582
Sylhet	SUNAMGANJ	255	466	38	428
Barishal	BARGUNA	138	276	52	224
Barishal	PATUAKHALI	229	458	87	371
Barishal	PIROJPUR	164	327	62	265
Chattogram	BRAHMANBARIA	388	776	147	629
Chattogram	CUMILLA	581	1,106	251	855
Chattogram	COX'S BAZAR	422	803	99	704
Dhaka	GOPALGANJ	307	467	107	361
Dhaka	KISHOREGONJ	413	826	157	669
Dhaka	MADARIPUR	169	338	64	274
Dhaka	MANIKGANJ	243	486	92	394
Dhaka	MUNSHIGANJ	243	486	92	394
Dhaka	RAJBARI	171	342	65	277
Dhaka	SHARIATPUR	184	368	70	298
Khulna	BAGERHAT	237	474	90	384
Khulna	KUSHTIA	392	746	101	645
Mymensingh	NETRAKONA	298	597	113	484
Rajshahi	BOGRA	588	1,120	263	857
Rajshahi	NAOGAON	101	192	55	137
Rajshahi	CHAPAI NABABGANJ	267	534	101	433
Rajshahi	PABNA	438	876	166	710
Rajshahi	SIRAJGANJ	530	1,009	110	899
Rangpur	RANGPUR	417	833	158	675
Sylhet	MAULVIBAZAR	295	589	112	477
Bangladesh		27957	48694	8426	40,268

Table 3.11 illustrates the Distribution of Upazilas and Spots of MSM and MSW across different Districts included in Mapping and Size Estimation. The study covered 22 districts, 157 upazilas (including wards those within Dhaka city), and 1182 MSM and MSW spots.

Table 3.11 Distribution of the Upazilas and spots of MSM and MSW across different districts included in Mapping and Size estimation.

SL.NO	District	Total No of Upazila	MSM and MSW Spots
1	Dhaka	52	339
2	Chittagong	15	49
3	Sylhet	8	27
4	Barisal	6	88
5	Gazipur	10	101
6	Dinajpur	6	59
7	Bhola	7	42
8	Chandpur	1	24
9	Jhalkathi	4	34
10	Chuadanga	4	28
11	Magura	1	22
12	Nilphamari	3	26
13	Rangamati	1	19
14	Sunamganj	2	21
15	Kurigram	4	28
16	Naogaon	1	20
17	Comilla	7	31
18	Cox's Bazar	3	34
19	Sirajganj	7	52
20	Gopalganj	5	54
21	Bogra	7	54
22	Kushtia	3	30
	Total	157	1182

3.1.4 Size estimation PWID



Map 3.4 : PWID concentration by district

Table 3.12 displays the Estimated number of PWID and their broad age groups. Among those between 10-19 years of age the minimum estimate is 776 and a point estimate of 1036. The age group of 20-24 years shows a minimum estimate of 873 and a point estimate of 1165. For ages 25 years and above, the minimum estimate is 24102, and the point estimate is 32169.

Table 3.12: Estimated number of PWID and their broad age groups

Typology	Age Limit						Total	
	10-19 years		20-24 years		25 years and above			
	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate	Minimum	Point estimate
PWID	776	1036	873	1165	24102	32169	25751	34370

3.1.4.1 Estimated size of PWID by district

The table below illustrates the division and district wise variation in estimated number of PWIDs. It is discernible from the table that among the PWIDs, which ranges from a minimum of 49 to the point estimate of 6716, with 210 female PWID. Their concentration is highest in Dhaka division followed by Rangpur division. In the Dhaka division, the minimum size estimate is 5,083 with the point estimate of 6,716 where 192 among 10 to 19 years age group, and 6,524 in the 20 years and above age group.

Table 3.13: Estimate size of PWID by district

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate		
				10-19 years	20 years and above	Female PWID
Dhaka	Dhaka	5083	6716	192	6524	210
Chattogram	Chattogram	636	850	28	822	
Sylhet	Sylhet	233	326	6	320	
Barishal	BARISAL	471	601	3	598	
Dhaka	GAZIPUR	531	702	11	691	30
Dhaka	NARAYANGANJ	796	1,138	9	1129	48
Khulna	JESSORE	568	812	6	806	
Khulna	KHULNA	496	709	6	703	
Mymensingh	MYMENSINGH	918	1,312	10	1302	
Rajshahi	RAJSHAHI	574	902	7	895	6
Rangpur	DINAJPUR	941	1202	5	1197	23
Barishal	BHOLA	89	117	1	116	
Barishal	JHALOKATI	217	287	12	275	
Chattogram	BANDARBAN	78	111	1	110	
Chattogram	CHANDPUR	518	685	3	682	
Chattogram	FENI	262	375	4	371	
Chattogram	KHAGRACHHARI	124	177	2	175	
Chattogram	LAKSHMIPUR	268	383	4	379	
Chattogram	NOAKHALI	518	741	7	734	
Chattogram	RANGAMATI	87	115	1	114	

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate		
				10-19 years	20 years and above	Female PWID
Dhaka	FARIDPUR	261	374	4	370	
Dhaka	NARSINGDI	377	478	5	474	
Dhaka	TANGAIL	331	472	5	467	
Khulna	CHUADANGA	339	448	1	447	
Khulna	JHENAIDAH	256	365	4	362	
Khulna	MAGURA	255	337	1	336	
Khulna	MEHERPUR	130	185	2	183	
Khulna	NARAIL	125	179	2	177	
Khulna	SATKHIRA	393	562	6	556	
Mymensingh	JAMALPUR	395	563	6	557	
Mymensingh	SHERPUR	237	339	3	336	
Rajshahi	JOYPURHAT	181	258	3	255	
Rajshahi	NATORE	345	493	5	488	
Rangpur	GAIBANDHA	416	594	6	588	
Rangpur	KURIGRAM	342	452	7	445	
Rangpur	LALMONIRHAT	238	340	3	337	
Rangpur	NILPHAMARI	294	389	1	387	
Rangpur	PANCHAGARH	209	299	3	296	
Rangpur	THAKURGAON	272	311	3	308	
Sylhet	HABIGANJ	249	355	4	351	
Sylhet	SUNAMGANJ	49	64	1	63	
Barishal	BARGUNA	138	161	13	148	
Barishal	PATUAKHALI	229	267	21	246	
Barishal	PIROJPUR	164	191	15	176	
Chattogram	BRAHMANBARIA	155	181	14	167	
Chattogram	CUMILLA	690	933	50	883	
Chattogram	COX'S BAZAR	85	115	12	103	
Dhaka	GOPALGANJ	214	289	23	266	
Dhaka	KISHOREGONJ	413	482	39	443	
Dhaka	MADARIPUR	169	197	16	181	
Dhaka	MANIKGANJ	243	283	23	260	
Dhaka	MUNSHIGANJ	243	283	23	260	
Dhaka	RAJBARI	171	200	16	184	
Dhaka	SHARIATPUR	184	215	17	198	
Khulna	BAGERHAT	213	249	20	229	
Khulna	KUSHTIA	454	613	4	609	
Mymensingh	NETRAKONA	298	348	28	320	
Rajshahi	BOGRA	417	563	97	466	
Rajshahi	NAOGAON	380	514	74	440	
Rajshahi	CHAPAI NABABGANJ	267	312	25	287	
Rajshahi	PABNA	438	511	41	470	
Rajshahi	SIRAJGANJ	431	583	14	569	

Division	District	Min Size estimate	Point estimate	Point Estimate		
				10-19 years	20 years and above	Female PWID
Rangpur	RANGPUR	417	486	39	447	
Sylhet	MAULVIBAZAR	236	275	22	253	
Bangladesh		25751	34370	1,036	33334	317

Table 3.14 illustrates the Distribution of Upazilas and Spots of PWID across different districts included in Mapping and Size Estimation. The study covered 22 districts, 127 upazilas (including wards those within Dhaka city), and 844 PWID spots.

Table 3.14 Distribution of the Upazilas and spots of PWID across different districts included in Mapping and Size estimation.

SL.NO	District	Total No of Upazila	PWID Spots
1	Dhaka	31	206
2	Chittagong	11	43
3	Sylhet	2	20
4	Barisal	14	71
5	Gazipur	12	28
6	Dinajpur	3	35
7	Bhola	7	16
8	Chandpur	1	16
9	Jhalkathi	4	27
10	Chuadanga	3	24
11	Magura	4	26
12	Nilphamari	3	31
13	Rangamati	3	20
14	Kurigram	6	46
15	Naogaon	1	33
16	Comilla	1	14
17	Cox's Bazar	4	43
18	Sirajganj	3	24
19	Gopalganj	5	38
20	Bogra	4	53
21	Kushtia	5	30
	Total	127	844

3.1.5 Size estimation: TG Population

In 2022, the government (ASP of DGHS) estimated the size of the TG population for the whole country. The current study collected data from 13 districts to estimate the TG population size. Since the size estimation was done by the government recently, the data from this study were compared with the data collected by the government from the same 13 districts using the Bland-Altman method for validation/agreement (Figure 1). The middle line of the plot (Figure 1) indicates the mean difference between the estimates of the government and the present study.

The figure shows that the mean difference of the TG population between two estimates was only 4.9 and was not statistically significant ($p=0.647$; obtained from a paired t-test). The figure also shows that all the dots (except one) are very close to the mean difference line and within the ± 1.96 SD lines, indicating good agreement between the two measurements. Since the data in this study agreed well with the government's estimates, it was considered that the size of the TG population estimated by the government for the country is still valid.

Figure 1. Bland-Altman plot of the estimates of the TG population by the government and the present study

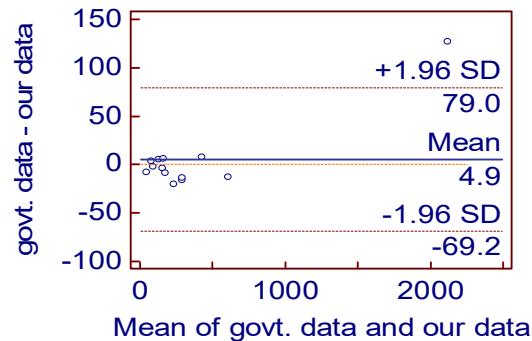


Table 3.15: Estimated Size of TG Population by district

District	TG Population
Dhaka	2,185
Chattogram	645
Sylhet	284
BARISAL	151
GAZIPUR	599
MYMENSINGH	471
NARAYANGANJ	364
JESSORE	195
KHULNA	228
RAJSHAHI	223
DINAJPUR	162
BHOLA	129
JHALOKATI	40
BANDARBAN	17
CHANDPUR	132
FENI	84
KHAGRACHHARI	51
LAKSHMIPUR	118
NOAKHALI	198
RANGAMATI	33
FARIDPUR	151
JAMALPUR	170
NARSINGDI	178

District	TG Population
SHERPUR	112
TANGAIL	349
CHUADANGA	93
JHENAIDAH	148
MAGURA	48
MEHERPUR	39
NARAIL	43
SATKHIRA	140
JOYPURHAT	94
NATORE	116
GAIBANDHA	195
KURIGRAM	91
LALMONIRHAT	66
NILPHAMARI	80
PANCHAGARH	43
THAKURGAON	67
HABIGANJ	189
SUNAMGANJ	223
BARGUNA	96
PATUAKHALI	93
PIROJPUR	54
BRAHMANBARIA	202
COMILLA	373
COX'S BAZAR	173
GOPALGANJ	65
KISHOREGONJ	225
MADARIPUR	79
MANIKGANJ	107
MUNSHIGANJ	93
NETRAKONA	219
RAJBARI	95
SHARIATPUR	87
BAGERHAT	90
KUSHTIA	124
BOGRA	433
NAOGAON	173
CHAPAI NABABGANJ	88
PABNA	165
SIRAJGANJ	282
RANGPUR	225
MAULVIBAZAR	144
TOTAL	12,629

3.1.6 Findings of the validation exercise:

3.1.6.1 Findings from Spots validation-

Based on the mapping and size estimation, a total of 177 spots were visited by the validation team. Among the spots 50 spots were FSWs, 45 spots for MSM and MSW and 37 spots for PWID in four districts.

Table 3.16: Name of districts and number of spots decided for validation.

District Name	FSW	MSM	MSW	PWID	Total
Cumilla	10	7	7	6	30
Gazipur	10	13	13	9	45
Gopalganj	11	10	10	8	39
Kurigram	19	15	15	14	63
Total	50	45	45	37	177

After completion of the data collection by the field research team, the validation team visited the spots and classified all spots into the following three categories-

- Spots recorded by mapping teams and could be traced by the validation team (+/+) were classified as matched spots;
- Spots recorded by mapping teams but could not be traced by the validation team (+/-) were classified as missed spots; and
- Spots not recorded by mapping teams but could be traced by the validation team were classified as new spots (-/+).

A comprehensive listing of all spots, including major landmarks, was conducted as per the research team's protocol. Classification of spots was done based on matching with the identification by the research team, and was categorized as matched, or new. Data on the number of key populations of all typologies from the spots in each location were collected. 168 out of 177 spots were matched, 9 spots were missed, and 8 new spots were identified.

Table 3.17: Status of KPs specific spots during mapping and validation

KP Typology	Spot Visited	Matched Spots	Missed Spots	New Spots
FSW	50	46	3	3
MSM	45	43	2	2
MSW	45	43	2	2
PWID	37	36	2	1
Total	177	168	9	8

3.1.6.2 findings from capture-recapture method

Table 3.18: CRC Data collection from four district

KPs	Cumilla District			Gazipur District			Gopalganj District			Kurigram District		
	1 st Capture	2 nd Capture		1 st Capture	2 nd Capture		1 st Capture	2 nd Capture		1 st Capture	2 nd Capture	
		New	Recapture		New	Recapture		New	Recapture		New	Recapture
PWID	140	108	32	128	60	68	64	35	29	92	66	26
MSM	77	64	13	59	48	11	60	43	17	66	55	11
MSW	61	50	11	62	44	18	44	26	18	84	60	24
FSW	180	122	58	153	116	37	126	77	49	120	58	62

Table 3.19: Comparison of CRC results (Lower limit and Upper Limit) and MSE data for four districts

KPs	Cumilla District				Gazipur District			
	N (Population Size)	Lower Limit	Upper Limit	MSE Data	N (Population Size)	Lower Limit	Upper Limit	MSE Data
PWID	613	449	777	630	241	214	268	278
MSM	456	250	662	618	316	164	468	412
MSW	338	174	502	432	214	144	284	260
FSW	559	462	656	492	633	478	788	690

KPs	Gopalganj District				Kurigram District			
	N (Population Size)	Lower Limit	Upper Limit	MSE Data	N (Population Size)	Lower Limit	Upper Limit	MSE Data
PWID	141	113	169	118	326	236	416	328
MSM	212	140	284	260	396	201	591	492
MSW	108	79	137	119	294	210	378	245
FSW	324	269	379	305	232	204	260	209

3.1.6.2 findings from Multiplier Method from Cumilla and Gazipur district

A. Cumilla district

KPs	No. of surveyed (Sample)	No. received services (calculated from survey)	% of KP received services calculated from survey (sample) [A]	Total No. of KP received services as recorded in the DIC register [B]	Estimated Total size (using Multiplier Method) [B/A]	KP size using mapping method	
						Min. value	Point estimate (without hidden factor)
PWID	140	118	0.84	518	615	548	630
MSM	77	52	0.68	267	395	383	618
MSW	61	32	0.52	172	328	307	432
FSW	180	146	0.81	391	482	333	492

B. Gazipur district

KPs	No. of surveyed (Sample)	No. received services (calculated from survey)	% of KP received services calculated from survey (sample) [A]	Total No. of KP received services as recorded in the DIC register [B]	Estimated Total size (using Multiplier Method) [B/A]	KP size using mapping method	
						Min. value	Point estimate (without hidden factor)
PWID	128	106	0.83	331	400	239	278
MSM	59	37	0.63	174	277	256	412
MSW	62	48	0.77	166	214	203	260
FSW	153	137	0.90	761	850	474	690

3.2 Behavioral Survey (Quantitative)

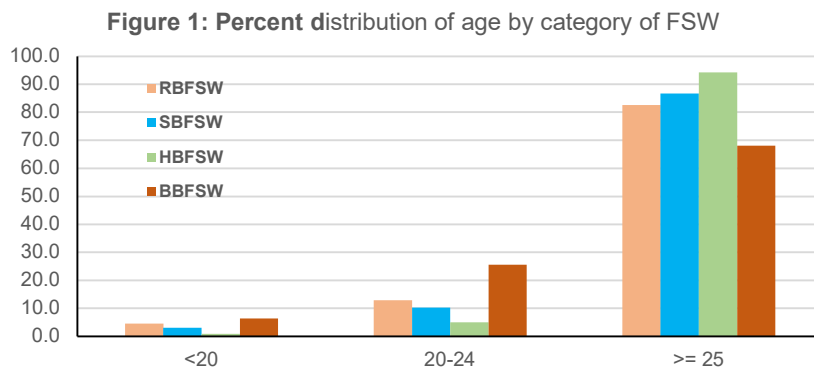
3.2.1 Female sex workers

3.2.1.1 Background characteristics

In total, data were collected from 827 female sex workers (FSWs), of whom 109 were residence-based (RB), 264 were street-based (SB), 122 were hotel-based (HB), and 322 were brothel-based (BB) FSWs. Table 1 shows the background characteristics by category of FSWs. Overall, the mean age of FSWs was 30.7 years. About 80% of FSWs were more than 24 years old, while a negligible proportion were less than 20 (Table 1 and Figure 1). Brothel-based FSWs were relatively younger (with mean age of 28.4 years) than the other categories of FSWs.

Overall, about a quarter (27.4%) did not have any education, while about half (48.1%) completed up to five years of education. About a quarter of the FSWs (22.1%) were currently married, and more than half (53.9%) of them were either divorced, separated, or widowed. Half of the FSWs were living with their husbands.

Characteristics	RBFSW		SBFSW		HBFSW		BBFSW		All FSW	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Age: Years										
<20	5	4.6	8	3.0	1	0.8	21	6.3	35	4.2
20-24	14	12.8	27	10.2	6	4.9	85	25.6	132	16.0
>= 25	90	82.6	229	86.7	115	94.3	226	68.1	660	79.8
Mean (SD)	31.5 (7.7)		32.4 (7.6)		32.5 (5.7)		28.4 (6.5)		30.7 (7.2)	
Education:										
No education	21	19.3	81	30.7	34	27.9	91	27.4	227	27.4
Primary	54	49.5	129	48.9	57	46.7	158	47.6	398	48.1
Secondary and above	34	31.2	54	20.5	31	25.4	83	25.0	202	24.4
Marital status:										
Unmarried	12	11.0	45	17.0	8	6.6	123	37.0	188	22.7
Currently married	33	30.3	76	28.8	29	23.8	45	13.6	183	22.1
Divorced/separated/ widowed	64	58.7	143	54.2	85	69.7	154	46.4	446	53.9
Did not answer	0	0.0	0	0.0	0	0.0	10	3.0	10	1.2
Living with husband:										
Yes	76	69.7	121	45.8	49	40.2	181	54.5	427	51.6
No	33	30.3	143	54.2	73	59.8	135	40.7	384	46.4
Did not answer	0	0.0	0	0.0	0	0.0	16	4.8	16	1.9
Total	109		264		122		332		827	



3.2.1.2. Sexual and risk behaviors

Overall, about two-thirds (62.8%) of FSWs had their first sex before the age of 15, and the proportion was lowest (45.2%) among brothel-based FSWs (BBFSWs) and highest (77.9%) among hotel-based FSWs (HBFSWs) (Table 2). The majority (70.5%) of those who did not have any education had their first sex before the age of 15 years. Data show that the higher the level of education, the lower the exposure to sex at an early age.

Table 2. Distribution of age at first sex by type of FSW and background characteristics

Characteristics	Age at first sex: years							
	<= 15		16-17		18 & above		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Type of FSW:								
RBFSW	73	67.0	26	23.9	10	9.2	109	100.0
SBFSW	201	76.1	45	17.0	18	6.8	264	100.0
HBFSW	95	77.9	15	12.3	12	9.8	122	100.0
BBFSW	150	45.2	115	34.6	67	20.2	332	100.0
Age: Years								
<20	23	65.7	10	28.6	2	5.7	35	100.0
20-24	80	60.6	37	28.0	15	11.4	132	100.0
>= 25	416	63.0	154	23.3	90	13.6	660	100.0
Education:								
No education	160	70.5	49	21.6	18	7.9	227	100.0
Primary	246	61.8	103	25.9	49	12.3	398	100.0
Secondary and above	113	55.9	49	24.3	40	19.8	202	100.0
Total:	519	62.8	201	24.3	107	12.9	827	100.0

Table 3 shows the distribution of age at entry into sex work by type of FSW. The average age at first entry into sex work was 20.7 years. The BBFSWs engaged in sex work earlier (at the age of 17.8 years on average) than the other categories of FSWs. Overall, half (50.5%) of FSWs started sex work before the age of 20, and the proportion was highest (78.3%) for BBFSWs. The average duration of FSWs engaged in the sex trade was about 10 years, and about half (46.6%) of FSWs were engaged in sex work for more than 10 years.

Table 3. Entry into sex work by background characteristics and type of FSW

Characteristics	RBFSW		SBFSW		HBFSW		BBFSW		All FSW	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Age at entry to sex work:										
<20 years	39	35.8	94	35.6	25	20.5	260	78.3	418	50.5
20-24 years	43	39.4	78	29.5	47	38.5	65	19.6	233	28.2
>= 25 years	27	24.8	92	34.8	50	41.0	7	2.1	176	21.3
Mean (SD)	21.4 (5.4)		22.8 (6.3)		23.6 (5.5)		17.8 (2.7)		20.7 (5.5)	
Duration of sex work:										
<5 years	20	18.3	44	16.7	27	22.1	65	19.6	156	18.9
5-10 years	38	34.9	102	38.6	50	41.0	96	28.9	286	34.6
>10 years	51	46.8	118	44.7	45	36.9	171	51.5	385	46.6
Mean (SD)	10.0 (6.0)		9.6 (5.7)		8.8 (5.5)		10.5 (6.6)		9.9 (6.1)	
Total	109		264		122		332		827	

Table 4 shows the extent and frequency of sex work and the number of clients by category of FSW. The FSWs, on an average, were engaged in sex work for more than five days a week, and the distribution was similar for all categories of FSW. The overwhelming majority (94.2%) of FSWs had more than 6 regular partners a week to have sex with money, and 98.1% had up to 3 partners a week to have sex without money. The average number of clients FSWs had on the day before data collection was 5.1, and about 40% had 6 or more partners on the day before data collection.

Table 4. Frequency and extent of sex work last week and yesterday by category of FSW

Indicators	RBFSW		SBFSW		HBFSW		BBFSW		All FSW	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No. of days sold sex last week:										
Up to 3 days	26	23.9	31	11.7	13	10.7	0	0.0	70	8.5
4-5 days	63	57.8	116	43.9	36	29.5	11	3.3	226	27.3
6 or more days	20	18.3	117	44.3	73	59.8	321	96.7	531	64.2
Mean (SD)	4.4 (1.2)		4.4 (1.2)		5.6 (1.3)		6.8 (0.4)		5.7 (1.3)	
Had sex with number of partners with money or gift last week:										
Up to 3	6	5.5	10	3.8	3	2.5	1	0.3	20	2.4
4 to 5	16	14.7	5	1.9	2	1.6	5	1.5	28	3.4
6 or more	87	79.8	249	94.3	117	95.9	326	98.2	779	94.2
Mean (SD)	11.5 (7.9)		21.0 (13.2)		26.4 (13.2)		26.8 (13.3)		22.9 (13.8)	
Had sex with number of partners without money or gift last week:										
Up to 3	105	96.3	259	98.1	121	99.2	326	98.2	811	98.1
4 to 5	4	3.7	4	1.5	1	0.8	3	0.9	12	1.5
6 or more	0	0.0	1	0.4	0	0.0	3	0.9	4	0.5
Mean (SD)	1.04 (0.18)		1.02 (0.17)		1.01 (0.09)		1.03 (0.21)		1.02 (0.18)	
Total number of sex partners last week:										

Indicators	RBFSW		SBFSW		HBFSW		BBFSW		All FSW	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Up to 10	61	56.0	53	20.1	17	13.9	39	11.7	170	20.6
11 to 20	33	30.3	75	28.4	12	9.8	51	15.4	171	20.7
>20	15	13.8	136	51.5	93	76.2	242	72.9	486	58.8
Mean (SD)	11.8 (8.0)		21.4 (13.3)		26.7 (13.3)		26.8 (13.1)		23.1 (13.6)	
Number of sex partners yesterday:										
Up to 3	90	82.6	88	33.3	29	23.8	87	26.2	294	35.6
4 to 5	9	8.3	64	24.2	24	19.7	113	34.0	210	25.4
6 or more	10	9.2	112	42.4	69	56.6	132	39.8	323	39.1
Mean (SD)	2.6 (3.3)		5.5(3.9)		6.4 (4.3)		5.1 (2.3)		5.1 (3.5)	
Total	109		264		122		332		827	

3.2.1.3 Contraceptive use

Table 5 shows the distribution of contraceptive use by category of FSW and background characteristics. Overall, the overwhelming majority (86.7%) reported that they were using contraceptives. The use of contraceptives was lowest (70.5%) among BBFSWs, and the distribution of contraceptive use by education was more or less similar. The most commonly used contraceptive method was condom (66.2%) (Table 6).

Table 5. Distribution of use of contraceptives by type of FSW and background characteristics

Characteristics	Use contraceptives		Don't use		No Answer		No. of FSW	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Type of FSW:								
RBFSW	109	100.0	0	0.0	0	0.0	109	100.0
SBFSW	254	96.2	10	3.8	0	0.0	264	100.0
HBFSW	120	98.4	2	1.6	0	0.0	122	100.0
BBFSW	234	70.5	85	25.6	13	3.9	332	100.0
Age: Years								
<20	31	88.6	4	11.4	0	0.0	35	100.0
20-24	116	87.9	16	12.1	0	0.0	132	100.0
>= 25	570	86.4	77	11.7	13	2.0	660	100.0
Education:								
No education	205	90.3	22	9.7	0	0.0	227	100.0
Primary	335	84.2	55	13.8	8	2.0	398	100.0
Secondary and above	177	87.6	20	9.9	5	2.5	202	100.0
Total:	717	86.7	97	11.7	13	1.6	827	100.0

Table 6. Types of contraceptives used by category of FSW

Characteristics	Oral pill		Condom		Injection		Others		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Type of FSW:										
RBFSW	10	9.2	72	66.1	19	17.4	8	7.3	109	100.0
SBFSW	15	5.9	197	77.6	32	12.6	10	3.9	254	100.0
HBFSW	9	7.5	104	86.7	6	5.0	1	0.8	120	100.0
BBFSW	57	24.4	102	43.6	63	26.9	12	5.1	234	100.0
Total:	91	12.7	475	66.2	120	16.7	31	4.3	717	100.0

3.2.1.4 STI symptoms and health seeking behavior

Table 7 shows the distribution of STI symptoms during the last 12 months before data collection by category of FSW and their background characteristics. More than a quarter (26.8%) reported having any STI symptoms during the last 12 months before data collection. The prevalence of STI symptoms was highest among RBFSWs (44.0%) and those who were less than 20 years of age (34.3%). The most common type of STI symptom, as reported by FSWs, was urethral discharge (81.5%). However, about a third also reported having anal discharge (32.4%) and genital ulcers (37.8%) (Table 8).

Table 7. STI symptoms during last 12 months by category of FSW and background characteristics

Characteristics	Had STI symptoms		Did not have STI symptoms		No. of FSW	
	n	%	n	%	n	%
Type of FSW:						
RBFSW	48	44.0	61	56.0	109	100.0
SBFSW	65	24.6	199	75.4	264	100.0
HBFSW	16	13.1	106	86.9	122	100.0
BBFSW	92	27.7	240	72.3	332	100.0
Age: Years						
<20	12	34.3	23	65.7	35	100.0
20-24	39	29.5	93	70.5	132	100.0
>= 25	170	25.8	490	74.2	660	100.0
Education:						
No education	67	29.5	160	70.5	227	100.0
Primary	110	27.6	288	72.4	398	100.0
Secondary and above	44	21.8	158	78.2	202	100.0
Marital status:						
Unmarried	47	25.0	141	75.0	188	100.0
Currently married	50	27.3	133	72.7	183	100.0
Divorced/separated/ widowed	124	27.8	322	72.2	446	100.0
Did not answer	0	0.0	10	100.0	10	100.0

Table 8. STI symptoms reported by category of FSW

STI symptoms	RBFSW		SBFSW		HBFSW		BBFSW		All FSW	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Urethral discharge	44	91.7	61	92.4	10	62.5	66	71.7	181	81.5
Anal discharge	38	79.2	27	40.9	7	43.8	0	0.0	72	32.4
Genital ulcer or sore	28	58.3	21	31.8	9	56.3	26	28.3	84	37.8

Table 9 shows the treatment seeking behaviors of FSWs for STI symptoms by category of FSW and background characteristics. The overwhelming majority (93.7%) of FSWs reported that they visited health facilities for the treatment of STI symptoms, and the distribution by background characteristics was similar.

Table 9. Treatment seeking behavior of FSWs for STI symptoms

Characteristics	Visited health facility for STI symptoms		Did not seek treatment		No. of FSW	
	n	%	n	%	n	%
Type of FSW:						
RBFSW	47	95.9	2	4.1	49	100.0
SBFSW	57	87.7	8	12.3	65	100.0
HBFSW	14	87.5	2	12.5	16	100.0
BBFSW	90	97.8	2	2.2	92	100.0
Age: Years						
<20	12	100.0	0	0.0	12	100.0
20-24	35	89.7	4	10.3	39	100.0
>= 25	161	94.7	9	5.3	170	100.0
Education:						
No education	63	94.0	4	6.0	67	100.0
Primary	103	93.6	7	6.4	110	100.0
Secondary and above	42	95.5	2	4.5	44	100.0
Marital status:						
Unmarried	44	93.6	3	6.4	47	100.0
Currently married	48	96.0	2	4.0	50	100.0
Divorced/separated/ widowed	116	93.5	8	6.5	124	100.0

3.2.1.5 Client loads and use of condoms

Table 10 shows the distribution of condom use in the last sex. Overall, about two-thirds (64.7%) used condoms in the last sex. The condom use rate was highest among the HBFSWs (86.1%) and lowest among the BBFSWs (42.2%). The distribution of condom use by background characteristics was more or less similar. Among those who used condoms in the last sex, the use of condoms was decided mainly (84.7%) by the FSWs themselves.

Table 10. Use of condoms in last sex by category of FSW and background characteristics

Characteristics	Used condom in last sex		Did not use		don't know		Did not answer		No. of FSW	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Type of FSW:										
RBFSW	82	75.2	27	24.8	0	0.0	0	0.0	109	100.0
SBFSW	208	78.8	56	21.2	0	0.0	0	0.0	264	100.0
HBFSW	105	86.1	17	13.9	0	0.0	0	0.0	122	100.0
BBFSW	140	42.2	119	35.8	59	17.8	14	4.2	332	100.0
Age: Years										
<20	21	60.0	11	31.4	3	8.6	0	0.0	35	100.0
20-24	82	62.1	43	32.6	5	3.8	2	1.5	132	100.0
>= 25	432	65.5	165	25.0	51	7.7	12	1.8	660	100.0
Education:										
No education	154	67.8	64	28.2	9	4.0	0	0.0	227	100.0
Primary	244	61.3	109	27.4	34	8.5	11	2.8	398	100.0
Secondary and above	137	67.8	46	22.8	16	7.9	3	1.5	202	100.0
Marital status:										
Unmarried	122	64.9	40	21.3	21	11.2	5	2.7	188	100.0
Currently married	115	62.8	57	31.1	9	4.9	2	1.1	183	100.0
Divorced/separated/ widowed	298	66.8	121	27.1	24	5.4	3	0.7	446	100.0
did not answer	0	0.0	1	10.0	5	50.0	4	40.0	10	100.0
Total:	535	64.7	219	26.5	59	7.1	14	1.7	827	100.0
Who suggested to use condom: (n=535)										
Myself	453	84.7	0	0.0	0	0	0	0	453	84.7
Partner	82	15.3	0	0.0	0	0	0	0	82	15.3
Total:	535	100.0	0	0.0	0	0	0	0	535	100.0

Table 11 shows the client loads and use of condoms by FSWs last week. On an average, FSWs had 24 clients a week, and the number of clients was highest for HBFSWs (27.7) and BBFSWs (27.9). Overall, more than half of FSWs (56.5%) had more than 20 clients in the last week, and 44.0% said that they used condoms more than 20 times in the last week.

Table 11. Number of sex partners and use of condoms last week by category of FSW

Characteristics	RBFSW		SBFSW		HBFSW		BBFSW		All FSW	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
No. of sex partners last week:										
Up to 10	49	45.0	39	14.8	17	13.9	42	12.7	147	17.8
11 to 20	47	43.1	93	35.2	14	11.5	59	17.8	213	25.8
>20	13	11.9	132	50.0	91	74.6	231	69.6	467	56.5
Mean (SD)	12.2 (9.4)		22.5 (12.4)		27.7 (12.9)		27.9 (13.2)		24.0 (13.5)	
No. of times used condoms:										
Up to 10	62	56.9	65	24.6	16	13.1	90	27.1	233	28.2
11 to 20	34	31.2	73	27.7	28	23.0	95	28.6	230	27.8
>20	13	11.9	126	47.7	78	63.9	147	44.3	364	44.0
Mean (SD)	12.5 (16.0)		21.6 (13.7)		30.5 (24.4)		22.3 (16.7)		22.5 (17.7)	
Total	109		264		122		332		827	

3.2.1.6 Awareness of HIV testing centers and HIV testing status

Table 12 shows awareness of FSWs about HIV testing centers by category of FSW and background characteristics. The overwhelming majority (88.0%) of FSWs were aware of HIV testing centers. The BBFSWs were more aware (93.4%) of HIV testing centers than the other category of FSWs. The distribution of awareness was more or less homogeneous in terms of age and education of the FSWs.

Table 12. Awareness of HIV testing center by category of FSW and background characteristics

Characteristics	Aware of HIV testing center		Not aware		No. of FSW	
	n	%	n	%	n	%
Type of FSW:						
RBFSW	95	87.2	14	12.8	109	100.0
SBFSW	221	83.7	43	16.3	264	100.0
HBFSW	102	83.6	20	16.4	122	100.0
BBFSW	310	93.4	22	6.6	332	100.0
Age: Years						
<20	31	88.6	4	11.4	35	100.0
20-24	114	86.4	18	13.6	132	100.0
>= 25	583	88.3	77	11.7	660	100.0
Education:						
No education	196	86.3	31	13.7	227	100.0
Primary	351	88.2	47	11.8	398	100.0
Secondary and above	181	89.6	21	10.4	202	100.0
Total:	728	88.0	99	12.0	827	100.0

Table 13 displays the HIV testing status by category of FSW. Overall, 83.2% reported that they had ever been tested for HIV. The proportion was highest among BBFSWs (90.1%) and lowest among SBFSWs (76.1%). Overall, 84.3% were tested for HIV during the last 12 months before data collection, which was again highest among BBFSWs (100%) and lowest among RBFSWs (60.4%). The most common place for HIV testing was the DICs (94.5%), and the majority (82.7%) reported that they had received the HIV test results.

Table 13. HIV testing status by category of FSW

HIV testing	RBFSW		SBFSW		HBFSW		BBFSW		All FSW	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ever tested for HIV	91	83.5	201	76.1	97	79.5	299	90.1	688	83.2
Total:	109		264		122		332		827	
Tested for HIV:										
Within 12 months	55	60.4	147	73.1	79	81.4	299	100.0	580	84.3
Between 1-2 years	35	38.5	51	25.4	17	17.5	0	0.0	103	15.0
More than 2 years	1	1.1	3	1.5	1	1.0	0	0.0	5	0.7
Place of testing:										
DIC/Outlet	90	98.9	174	86.6	87	89.7	299	100.0	650	94.5
Government Hospital	0	0.0	27	13.5	10	10.4	0	0.0	37	5.4
Private Laboratory	1	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.1
Received test result:	76	83.5	153	75.8	76	78.7	267	89.5	569	82.7
Total:	91		201		97		299		688	

3.3 MSM and MSW

3.3.1 Background characteristics of MSM and MSWs

In total, data were collected from 865 MSM/MSWs, of whom 381 were MSM (men who have sex with men) and 484 were MSW (male sex worker). Table 14 shows the background characteristics by MSM and MSW.

Overall, the mean age of MSM/MSWs was 26.0 years. The majority (54.5%) were more than 24 years old, while a negligible proportion (7.3%) were less than 20 (Table 14). MSMs were relatively younger (31.2%) than MSWs (43.8%). About two-thirds of MSM/MSWs had education up to or more than secondary levels; about one-in-five were currently married; and half (52.1%) of them were living with their partners. Two-thirds of MSM/MSWs had regular female sex partners.

Table 14. Distribution of background characteristics by MSM and MSW

Characteristics	MSM		MSW		Over all	
	n	%	n	%	n	%
Age: Years						
<20	31	8.1	32	6.6	63	7.28
20-24	119	31.2	212	43.8	331	38.27
>= 25	231	60.6	240	49.6	471	54.45
Mean±SD:	26.8±(6.2)		25.3±(5.5)		26.0±(5.9)	
Education:						
No education	28	7.3	46	9.5	74	8.55
Primary	51	13.4	92	19.0	143	16.53
Secondary and above	302	79.3	346	71.5	648	74.91
Marital status:						
Unmarried	265	69.6	420	86.8	685	79.19
Currently married	112	29.4	56	11.6	168	19.42
Divorced/separated/widowed	4	1.0	8	1.7	12	1.39
Living with wife/partner:						
Yes	228	59.8	223	46.1	451	52.1
No	153	40.2	261	53.9	414	47.9
Did not answer	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Type of regular sex partner (Multiple response)						
Male	145	38.1	197	40.7	342	39.5
Female	268	70.3	306	63.2	574	66.4
Hijra	10	2.6	0	0.0	10	1.2
No answer	2	0.5	2	0.4	4	0.5
Total	381		484		865	

3.3.2 Sexual and risk behaviors of MSMs

Overall, one-third (33.3%) of MSMs had their first anal sex with a commercial sex partner before the age of 15, and the proportion was highest (42.9%) among the uneducated group (Table 15). Data also show that the higher the level of education, the lower the exposure to sex at an early age.

Table 15: Distribution of age at first anal sex of MSM with commercial sex partners

Characteristics	Age at first sex							
	<= 15		16-17		18 & above		Overall	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Age: Years								
<20	19	59.4	11	34.4	2	6.3	32	100.0
20-24	50	42.0	34	28.6	35	29.4	119	100.0
>= 25	58	25.2	54	23.5	118	51.3	230	100.0
Education:								
No education	12	42.9	7	25.0	9	32.1	28	100.0
Primary	21	41.2	15	29.4	15	29.4	51	100.0
Secondary	94	31.1	77	25.5	131	43.4	302	100.0
Total	127	33.3	99	26.0	155	40.7	381	100.0

Table 16 shows the practice of anal sex of MSMs with a male partner during the last six months before data collection. The table shows that two-thirds of MSMs had anal sex during the last six months, and 32% did it in exchange for money. About 70% reported that they used condoms in their last sex with a male commercial sex partner.

Table 16: Distribution of anal sex during last 6 months with male partners

Indicators	Number	Percentage
Had anal sex during last six months		
Yes	253	66.4
No	128	33.6
Had anal sex with money with male		
Yes	122	32.0
No	259	68.0
Used condom during last anal sex with male commercial partner (n=122)		
Yes	85	69.7
No	37	30.3
Total	381	100.0

Table 17 shows the MSM's practice of anal sex with male partners in exchange for money in the last month before data collection. More than a quarter (28.1%) reported that they had anal sex in the last month with male commercial partners in exchange for money. The average number of male commercial partners of MSMs in the last month was 4.6, while the average number of anal sex acts they had in the last month with commercial partners was 7.9. More than half (54.2%) reported that they used condoms in their last commercial sex.

Table 17. Anal sex during last one month with male partners with money.

Indicators	n	%
Had anal sex during last month (n=381)		
Yes	107	28.1
No	274	71.9
No. of male commercial male partners last one month (n=107)		
Up to 3	45	42.1
4 to 5	35	32.7
>5	27	25.2
Mean (SD)	4.6 (3.0)	
No. of times had anal sex last month with male commercial partners (n=107)		
Up to 3	27	25.2
4 to 5	27	25.2
>5	53	49.5
Mean (SD)	7.9 (7.3)	
Used condom during last anal sex (n=107)		
Yes	58	54.2
No	49	45.8

Table 19 describes MSM's sexual practices with hijra partners with money in the last month before data collection. Only a few (7.6%) MSM had anal sex with hijra last month. The average number of anal sex acts that MSMs had with hijra was 2.9, and 75.9% reported that they used condoms in the last sex.

Table 19: Anal sex with Hijra in exchange for money last month

Indicators	Number	% of MSM
	n=381	
Had sex with Hijra last month (n=381)		
Yes	29	7.6
No	352	92.4
No. of Hijra sex partners (n=29)		
Up to 3	25	86.2
4 to 5	2	6.9
>5	2	6.9
Mean \pm (SD)	2.2 \pm (1.9)	
No. of anal sex Hijra last month (n=29)		
Up to 3	24	82.8
4 to 5	2	6.9
>5	3	10.3
Mean \pm (SD)	2.9 \pm (3.5)	
Used condom during last sex (n=29)		
Yes	22	75.9
No	7	24.1

More than half (57.7%) of MSMs reported that they had anal sex with a casual hijra partner in

the last six months before data collection, and about two-thirds (63.2%) used condoms in the last sex (Table 20).

On the other hand, about half (52.0%) of MSMs had anal sex with a casual hijra partner in the last month before data collection. The average number of sex they had in the last month was 12.9, and 61.6% said that they used condoms in their last sex with casual hijra partners (Table 21).

Table 20. Anal sex with casual male/hijra sex partners in last 6 months

Indicators	Number	% of MSM
Had sex with casual male/hijra sex partner last 6 months (n=381)		
Yes	220	57.7
No	161	42.3
Used condom during last sex (n=220)		
Yes	139	63.2
No	81	36.8

Table 21: Anal Sex with casual male/Hijra partners in last month

Indicators	Number	% of MSM
Had had sex with male/ Hijra last month (n=381)		
Yes	198	52.0
No	183	48.0
No. of male/Hijra sex partners (n=198)		
Up to 3	75	37.9
4 to 5	44	22.2
>5	79	39.9
Mean±(SD)	6.5 ±(5.6)	
No. of anal sex with male/Hijra last month (n=198)		
Up to 3	47	23.7
4 to 5	41	20.7
>5	110	55.6
Mean±(SD)	12.9 ±(14.0)	
Used condom during last sex:(n=198)		
Yes	122	61.6
No	76	38.4

Table 22 shows the MSM's practice of sex with casual female sex partners in the last month before data collection. Only a few (3.9%) said that they had sex with casual female sex partners, and 73.3% of those used condoms in their last sex with the casual female sex partners.

Table 22: Sex with casual female sex partners last month

Indicators	Number	% of MSM
Had anal sex with casual female sex worker last month (n=381)		
Yes	15	3.9
No	366	96.1
No. of female casual sex partners:		
Up to 3	14	93.3
4 to 5	1	6.7
>5	0	0
Mean±(SD)	1.33±(1.17)	
No. of anal sex with female casual sex partners last month (n=15)		
Up to 3	11	73.3
4 to 5	2	13.3
>5	2	13.3
Mean±(SD)	2.71±(3.31)	
Used condom during last sex:(n=15)		
Yes	11	73.3
No	4	26.7

3.3.3 Sexual and risk behaviors of MSWs

Table 23 shows the distribution of MSWs who sold sex to males in the last week before data collection. About three-fourths (70.9%) of MSWs sold sex in the last week. The average number of sex acts sold last week was 7.6, while the average number of anal sex acts they had last week was 10.3. About two-thirds reported that they used condoms in their last sex last week.

Table 23. Distribution of MSWs who sold sex to males last week

Indicators	Number	% of MSW
Sold sex to male last week (n=484)		
Yes	343	70.9
No	141	29.1
No. of time sold sex (n=343)		
Up to 3	101	29.5
4 to 5	75	21.9
>5	167	48.6
Mean±(SD)	7.6 ±(6.6)	
No. of anal sex last week (n=343)		
Up to 3	91	26.4
4 to 5	48	14.2
>5	204	59.4
Mean±(SD)	10.3 ±(9.2)	
Used condom in last anal sex last week (n=343)		
Yes	223	65.1
No	120	35.0
Used condom during last sex last year (n=484)		
Yes	357	73.7
No	127	26.3

Tables 24 and 25 show the sexual behavior of MSWs with casual male and female partners in the last month before data collection. The majority (77.0%) of MSWs had sex with a casual male partner last

month. The average number of anal sex MSWs had with casual male partners was 11.2, and 636.4% reported that they used condoms in the last sex. On the other hand, only a few (4.5%) MSWs reported that they had sex with casual female sex partners last month. The average number of anal or vaginal sex they had with casual female sex partners was 6.3, and less than half (40.9%) used condoms in the last sex (Table 25).

Table 24: Sex with casual male partners last month

Indicators	Number	% of MSW
Had sex with a casual male partner: (n=484)		
Yes	373	77.0
No	111	23.0
Number of casual male partners last month (n=373)		
Up to 3	135	36.2
4 to 5	133	35.7
>5	105	28.1
Mean±(SD)= 7.0 ±(8.8)		
Number of anal sex with casual partner last month (n=373)		
Up to 3	88	23.5
4 to 5	115	31
>5	170	45.6
Mean±(SD)= 11.2 ±(14.4)		
Used condom in last anal sex: (n=373)		
Yes	236	63.4
No	137	36.6

Table 25: Sex with casual/non-commercial female sex partner last month

Indicators	Number	% of MSW
Had sex with casual female sex partner last month: (n=484)		
Yes	22	4.5
No	462	95.5
Number of female sex partners last month: (n=22)		
Up to 3	22	100
4 to 5	0	0
>5	0	0
Mean±(SD)= .86 ±(.46)		
Number of anal or vaginal sex last month: (n=22)		
Up to 3	11	50
4 to 5	3	13.6
>5	8	36.4
Mean±(SD)= 6.5 ±(10.3)		
Used condom in last sex: (n=22)		
Yes	9	40.9
No	13	59.1

3.3.4 STI symptoms and health seeking behaviors

Table 26 depicts the distribution of self-reported STI symptoms and health-seeking behavior of MSM/MSWs. Overall, 21.5% of MSM/MSWs (MSM: 17.3% and MSW: 24.8%) reported that they had STI symptoms during one year before data collection. The commonest STI symptom they reported was anal discharge (32.3%). About three-fourths (71.0%) reported that they received treatment for STI symptoms, and the most frequent place to receive treatment was DIC/Outlet (47.7%).

Table 26: Distribution of STI symptoms among MSM/MSWs

Indicators	MSM		MSW		Total	
	n	%	n	%	N	%
Presence of self-reported STI symptom in last one year: (N=865)	n=381		n=484		N=865	
Yes	66	17.3	120	24.8	186	21.5
No	315	82.7	364	75.2	679	78.5
Type of STI symptom	n=66		n=120		n=186	
Urethral discharge	14	21.2	7	5.8	21	11.3
Anal discharge	6	9.1	54	45.0	60	32.3
Genital ulcer	46	69.7	59	49.2	105	56.5
Received treatment	n=66		n=120		n=186	
Yes	42	63.6	90	75.0	132	71.0
No	24	36.4	30	25.0	54	29.0
Place of treatment	n=42		n=90		n=132	
Hospital	7	16.67	10	11.11	17	12.88
DIC/Outlet	20	47.62	43	47.78	63	47.73
Drug Dealer/ Pharmacy	2	4.76	4	4.44	6	4.55
private doctor	1	2.38	2	2.22	3	2.27
Private Clinic	3	7.14	14	15.56	17	12.88
NGO Clinic	1	2.38	0	0.00	1	0.76
Village Doctor/ Healer	4	9.52	7	7.78	11	8.33
Advice/treatment from a friend	3	7.14	9	10.00	12	9.09
not anywhere	0	0.00	1	1.11	1	0.76
other	1	2.38	0	0.00	1	0.76

3.3.5 Awareness about HIV testing centers and HIV testing status

Table 27 shows the awareness of MSMs and MSWs about HIV testing centers and their testing status for HIV. The overwhelming majority (81.4%) of MSM/MSWs were aware of HIV testing centers. Overall, 67.5% reported that they had ever been tested for HIV. The proportion was higher among MSWs (74.4%) than MSMs (58.8%). Overall, 65.1% were tested for HIV during the last 12 months before data collection, and the distribution was similar among MSMs and MSWs. The most common place for HIV testing was the DICs (91.6%), and almost everyone (99.7%) received the HIV test results.

Table 27: Awareness about HIV testing centers and HIV testing status (Table is incomplete)

Indicators	MSM		MSW		Total	
	n	%	n	%	N	%
Aware of places for HIV testing						
Yes	297	78.0	407	84.1	704	81.4
No	84	22.0	77	15.9	161	18.6
Ever tested for HIV						
Yes	224	58.8	360	74.4	584	67.5
No	157	41.2	124	25.6	281	32.5
Total	381		484		867	
Last time tested for HIV						
Within 12 months	139	62.05	241	66.94	380	65.07
Between 13-24 months	79	35.27	117	32.5	196	33.56
More than 2 years back	6	2.68	2	0.56	8	1.37
Place of last HIV testing						
DIC	196	87.50	339	94.17	535	91.61
HTC centre	1	0.45	0	0.00	1	0.17
Govt. hospital	24	10.71	21	5.83	45	7.71
Private laboratory	3	1.34	0	0.00	3	0.51
Others	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Received HIV test result						
Yes	222		358		580	
No	2		2		4	
Total	224		360		584	
Received condoms from HIV prevention program:						
Yes	304	79.8	439	90.7	743	85.9
No	77	20.2	45	9.3	122	14.1
Total	381		484		865	

3.4 People Who Inject Drugs (PWID)

3.4.1 Background characteristics

In total, data were collected from 271 PWID. Table 1 shows the background characteristics of PWID. The mean age of PWID was 38.8 years, and the overwhelming majority (96.7%) were more than 24 years old. About a quarter (22.5%) did not have any education, while 39.1% had secondary or higher education. About three-fourths were currently married, and 63.5% were living with their spouses or regular sex partners.

Table 1. Background characteristics of PWIDs

Characteristics	n	%
Age: Years		
20-24	9	3.3
>= 25	262	96.7
Mean (SD)	38.8 (8.5)	
Education:		
No education	61	22.5
Primary	104	38.4
Secondary and above	106	39.1
Marital status:		
Unmarried	50	18.5
Currently married	196	72.3
Divorced/separated/widowed	25	9.2
Living with spouse or regular sex partner		
Yes	172	63.5
No	99	36.5
Total:	N=271	

3.4.2 Risk behaviors of PWID

Table 2 shows the distribution of injecting drug use among PWID by background characteristics. The mean age at first use of an injectable drug was 33.3 years. About half (45.4%) of PWID started injecting drugs when they were more than 24 years old. The average duration of using injecting drugs was 12.3 years, and about half (50.9%) were using injecting drugs for more than 10 years. The majority used the drugs either once (52.0%) or 2-3 times a day (45.4%). About half (48.0) of PWID used injecting drugs once yesterday.

Table 2. Injecting drug use by background characteristics of PWID

Characteristics	Number	%
	N=271	
Age at first use of injecting drug:		
<20 years	25	9.2
20-24	94	34.7
>24 years	123	45.4
Don't remember	29	10.7
Mean (SD)	33.3 (22.8)	
Duration of using injecting drugs:		
<5 years	57	21.0
5-10 years	76	28.0
>10 years	138	50.9
Mean (SD)	12.3 (10.4)	
No. of times used injecting drugs last month		
1 time a day	141	52.0
2-3 times a day	123	45.4
4 times a day or more	3	1.1

1 time a week	3	1.1
don't know	1	0.4
No. of times used injecting drugs yesterday:		
None	8	3.0
Once	130	48.0
2-3 times	119	43.9
4 or more times	14	5.2
Mean± (SD)	1.6± (0.9)	

Table 3 shows the behavior of PWIDs about sharing needles and syringes with others. Almost all (95.6%) received injecting drugs more than 3 times in the last week before data collection. Only 39.5% reported that they did not share needles with others last week, though 86.0% said that they sterilized needles in the last 2 months before data collection. It was uncertain about the number of people they shared needles with since the majority (52.8%) could not recollect the information.

Table 3. PWIDs' behavior about sharing of needles/syringes

Characteristics	Number	%
	N=271	
Number of times used injecting drugs last week:		
None	4	1.5
Once	3	1.1
2-3 times	5	1.8
4 or more times	259	95.6
Mean±(SD)=	36.5±(40.3)	
Number of times shared needles last week:		
Did not share	107	39.5
<=3 times	16	5.9
4 to 5 times	11	4.1
More than 5 times	137	50.6
Sterilized syringe/needle in last 2 months		
Yes	233	86.0
No	32	11.8
Don't know	6	2.2
Number of people shared syringe with you in last 2 months		
Did not shared	107	39.5
1-6 persons	21	7.7
Don't remember	143	52.8
Total	271	100.0

Table 4 describes the sexual behavior of PW in the previous month before data collection. The majority (77.1%) of PWID said that they had sex with any partner in the last month, and only 39.5% used condoms in their last sex.

Table 4. Sexual behavior of PWID with any partner last month

Indicators	N	%
Had sex in last 1 month: (N=271)		
Yes	209	77.1
No	62	22.9
No. of sex partners: last week: (n=209)		
≤3	183	87.6
4 to 5	2	1.0
More than 5	0	0.0
Don't know	24	11.5
Used condoms during last sex in last one month:		
Yes	107	39.5
No	164	60.5

About two-thirds of PWID said that they had sex with regular partners in the previous month before data collection (Table 5), and only 39.0% used condoms in the last sex. PWID reported that only a small proportion (8.5%) of their regular partners were also injecting drugs.

Table 5. Sex with regular partner in last one month

Indicators	Number	%
Had sex with regular partner in last 1 month: (N=271)		
Yes	177	65.3
No	94	34.7
No. of times had sex last week: (n=177)		
Up to 3 times	126	71.2
4-5 times	17	9.6
More than 5 times	12	6.8
Don't remember	22	12.4
Used condoms during last sex with regular partner in last 1 month:(n=177)		
Yes	69	39.0
No	108	61.0
Regular partner injects drug:(n=177)		
Yes	15	8.5
No	153	86.4
Don't know	9	5.1

Table 6 shows the sexual behavior of PWIDs with commercial sex partners. About half of PWIDs had sex with commercial sex partners in the previous month before data collection. The

frequency of sex with commercial sex partners was ≤ 3 times in the last month, and about three-fourths (72.4%) reported using condoms in the last sex.

Table 6. Sex with commercial sex partner in last one month

Indicators	Number	%
Had sex with commercial sex worker in last 1 month: (N=271)		
Yes	123	45.4
No	148	54.6
No. of commercial sex partners: (n=125)		
3 times & less	90	72
4-5 times	8	6.4
5 times & more	1	0.8
Don't remembered	26	20.8
Used condoms during last sex with commercial sex partner in last one month: (n=123)		
Yes	89	72.4
No	34	27.6

Table 7 shows the sexual behavior of PWIDs with male or hijra partners. Only a few PWIDs had male or hijra partners in the previous six months before data collection. A small proportion (7.4%) of PWIDs reported having sex with male or hijra partners, and about half (46.7%) of them used condoms in the last sex.

Table 7. Sex with male or Hijra partner

Indicators	Number	%
Ever had male/Hijra partner (N=271)		
Yes	30	11.1
No	241	88.9
Had sex with male/Hijra partner in last 6 months (among them)		66.7
Yes	20	7.4
No	251	92.6
Used condom during last sex with male/Hijra:	14	46.7

3.4.3 STI symptoms and treatment seeking behavior

About a quarter (21.8%) of PWID reported that they had STI symptoms anytime during the last 12 months before data collection (Table 8). The most common STI symptom they had was urethral discharge (67.8%), and the majority (71.2%) received treatment from health facilities. Frequently used health facilities for the treatment of STI were DIC/Outlet (31.0%), pharmacies (21.4%), hospitals (19.0%), and private doctors (11.9%).

Table 8: STI symptoms in last 12 months and treatment seeking behavior

Indicators	Number	%
Presence of self-reported STI symptoms (N=271)		
Yes	59	21.8
No	212	78.2
Type of STI symptom (multiple response): n=59		
Urethral discharge	40	67.8
Anal or vaginal discharge	9	15.3
Genital ulcer/sore	24	40.7
Sought treatment for STI (n=59)		
Yes	42	71.2
No	17	28.8
Place of STI treatment last time: n=42		
Hospital	8	19.0
DIC/Outlet	13	31.0
Drug Dealer/ Pharmacy	9	21.4
private doctor	5	11.9
Private Clinic	2	4.8
Village Doctor/ Healer	4	9.5
Advice/treatment from a friend	1	2.4

3.4.4 Awareness about HIV testing centers and HIV testing status

Tables 9 and 10 show the awareness of PWIDs about HIV testing centers and their testing status for HIV. The majority (69.0%) of PWIDs were aware of HIV testing centers. The awareness level was higher (71.3%) among the older age group (more than 24 years) compared with the younger PWIDs. The distribution of awareness was more or less homogeneous across the education groups (Table 9).

The overwhelming majority (92.7%) of PWIDs reported that they had ever been tested for HIV, and 78.2% were tested for HIV during the last 12 months before data collection. The main places for receiving the HIV test were DIC/Outlet (67.0%) and government hospitals (26.3%), and almost everyone (93.3%) received the HIV test results. More than 90% reported that they received sterile syringes/needles from the HIV prevention program within the last 12 months before data collection (Table 10).

Table 9. Awareness about HIV testing center by characteristics of PWID

Characteristics	Aware		Didn't aware		Total	
	n	%	n	%	n	%
Type of PWID:						
Male PWID	187	69.0	84	31.0	271	100.0
Female PWID	6	100.0	0	0.0	6	100.0
Age: Years						
<20	0	0	0	0	0	
20-24	2	22.2	7	77.8	9	100.0
>= 25	191	71.3	77	28.7	268	100.0
Education:						
No education	41	64.1	23	35.9	64	100.0
Primary	83	77.6	24	22.4	107	100.0
Secondary	69	65.1	37	34.9	106	100.0
Total:	n=193		n=84		N=277	

Table 10. HIV testing status of PWIDs

Indicators	n	%
Ever tested for HIV: (n=193)	179	92.7
Yes	14	7.3
No		
Last time tested for HIV: (n=179)		
Within 12 months	140	78.2
Between 13-24 months	35	19.6
More than 2 years back	4	2.2
Place of testing: (n=179)		
DC/Outlet	120	67
Government Hospital Private Laboratory	47	26.3
other	12	6.7
Received HIV test results: (n=179)		
Yes	174	97.2
No	5	2.8
Received syringe/needle from HIV prevention program within last 1 year: (n=193)		
Yes	180	93.3
No	13	6.7

Findings of the Qualitative Component

Study participants

A total of 55 interviews were conducted, consisting of 38 in-depth interviews (IDIs) with respondents from five key populations and 17 key informant interviews (KIIs) with peer leaders and DIC (Drop-in Center) managers. The respondents' profiles have been presented in Table 3.3.1, categorized by the types of interviews they were part of. The following segment will discuss the findings from the different population groups according to the themes developed during the analysis.

Table 3.3.1: Distribution of the number of interviews according to the groups of population

SI	Group of populations		Number of respondents
In-depth interviews (IDIs)			
KP: 1	FSW (Female Sex Worker)		07
KP: 2	PWID (Persons Who Inject Drugs)	Male	06
		Female	06
KP: 3	MSM (Men who have Sex with Men)		06
KP: 4	MSW (Male Sex Worker)		06
KP: 5	TG (Transgender)		07
Total			38
Key Informant Interviews (KIIs)			
1	Peer leader	FSW peer leader	03
		PWID peer leader (Male)	01
		MSM peer leader	02
		TG peer leader	03
2	DIC Manager	Male	05
		Female	03
Total			17

In-depth Interview (IDI) Findings

Female Sex Workers (FSW)

Entrance to the sex trade

When it came to the first sexual encounters among the most of the female respondents, it was evident that the age at which they first had sex was generally lower, and it typically took place during their adolescence. Four respondents, all under 18, reported having their first sexual experience after getting married, which suggests that early marriage is a common social norm. It's important to note that women were more susceptible to violence, including sexual abuse, due to unequal gender norms, power dynamics, and social values.

The FSWs frequently reported deception; three out of seven FSWs claimed they were unaware that men from their village offered employment in Dhaka, including sex work. One incident happened to a garment worker when she was walking on the street; she was captured by the police, who pushed her to jail and forced her to stay with the sex workers. During her stay in jail, she discovered that sex work is an easy way to earn money, which motivated her entry into this trade.

Some reported being raped by strangers; boyfriends beat some, and some were beaten regularly by their husbands. Ultimately, these abusive behaviors pressured them to flee their home, where there was no other option than sex work to meet their basic needs. Many women reported violence first, which pressed them to engage in the sex trade,

One of the respondents mentioned how she was abused then how that led to sex work.

"At a very young age, I was raped by a man, and that pushed me into the sex trade."

Another FSW shared her experience, stating that,

"On the 7th floor, 15–16 men raped me; my vaginal passage was severely torn. Since then, I have gotten myself involved as an FSW."

Knowledge on HIV & AIDS

Except for an FSW, all the FSWs stated that they participated in the health education programs made available to them by DICs and that they learned a lot about HIV/AIDS and other issues, including the ways of transmission of HIV/AIDS and other STIs, the methods of safe sexual practices, the importance of condom usage and the consistent and correct method of using it, the consequences of drug misuse, and needle sharing. Most participants mentioned unsafe sexual practices without condoms as the predominant cause of the transmission of HIV/AIDS.

One FSW stated:

"If I don't use a condom and have sex with someone, the HIV will pass to him and then from him to his wife."

One FSW had misconceptions about HIVs/AIDS. She believed that sharing a meal with an HIV-infected person or even just being in the infected person's presence and touching him or her could lead to transmission of the virus.

Condom use

Changes in condom-use practice

None of the FSWs used condoms before the health education training session because they were not aware of the advantages of doing so when engaging in sexual activity.

In the words of one of the FSWs,

“I did not use condoms in the past because I knew nothing about these.”

Following exposure to the DICs' health education program, four of seven FSWs claimed they regularly used condoms with their clients and partners.

Barriers to consistent use of condoms

The street-based FSWs had varying reports on their condom use. All of them attempted to use a condom for every sexual act, but they encountered various challenges that hindered them from using condoms consistently. These obstacles included their disadvantaged socioeconomic status, gender, power imbalances, and societal stigma. Additionally, factors such as client satisfaction, influence from pimps, and the varying levels of condom usage with steady partners all indirectly hindered their ability to use condoms consistently. It's worth noting that this issue extends beyond just FSWs and affects all key populations. Condom usage with steady partners also varied significantly among all the key populations, including FSWs.

Many FSWs demonstrated their self-esteem and confidence in dealing with partners who refused condom use. They wanted to protect themselves first and asserted that they refused partners who tempted them by offering extra money for not using condoms. Few FSWs reported that they pressured their partners, even if they wanted to have anal sex, to use a condom every time. A few FSWs also reported that they tried to pressure their partners to use condoms even if they wanted to do oral sex. However, in real-life settings, the succeeding proportion was not high.

The street based FSWs were included for the qualitative component of this study. Though the economic status varied substantially among the FSWs of different groups, depending on their client flow and the place of work, generally the street based FSWs belong to the low socio economic status. Eventually, the low socio economic status prevents the street based FSWs to negotiate with their clients for consistent condom use. Even age and being less attractive are observed to be factors for women who worked on the streets; the FSWs in the street are often seen as low-class sex workers who mostly engaged in sex work for survival. Their average daily income is about three to five hundred takas, which is extremely inadequate to serve their basic needs, such as food, clothes, and housing. It is worth mentioning that this is not an everyday scenario; they have to pass clientless nights in many instances. Economic hardships are more noticeable if they have children. The results of the IDIs revealed that many street-based FSWs are doing an additional job, such as street vending or bricklaying, during the daytime simultaneously with their sex trade during the night. With this economic status, most FSWs did not have the power or ability to convince anyone, be it clients, pimps, or even steady partners, to use condoms consistently during every sexual encounter. Many of the FSWs expressed their feelings:

“We are poor; if the client goes to another woman I would be in starvation, and so, in that case, I have to comply with the client's request.”

FSWs were also prohibited from using condoms if they were under a “Sardarni” (Elderly female owner):

“When I was under a ‘Sardarni’ and refused to use a condom, the client said I need to change the FSW, the ‘Sardarni’ then said I cannot lose the client, that pressure me to do sex without a condom.”

The condom use practice among FSWs significantly differed between steady partners and the client's wives. Five FSWs reported that when they could use a condom, they used it consistently over their sexual life with partners other than with steady partners.

One FSW stated the following:

"My babu (Steady client) does sex only with me and his wife because I am having sex only with my babu, and another sexual partner is his wife. So, there is no scope for HIV transmission".

The other reasons for not using condoms with a steady partner were:

"Their appearance is healthy"; "My babu refused to use condoms in many instances, then I stopped talking about condoms"; "I am hesitant to ask my babu about condoms"; "did not always have a condom at hand".

A few FSWs mentioned that they could not approach their partners for using a condom. The reason, as stated, was that the client would be worried and might think that the FSW has an STI. That would again put the FSW in economic hardship by losing her clients.

Five out of seven FSWs had consistently used condoms during their episodes of sexual intercourse over their entire sex life. However, when having sex with steady partners, some of the FSWs had discussed condom use with their steady partners, and two succeeded in using condoms many times. Among those who had both steady and unsteady clients, they could discuss condom use with steady partners, and they also agreed to use condoms. This opposite scenario was because their steady partners were also concerned about getting infected as they allowed the FSWs to partners other than them, as some of the steady partners could not afford the FSWs' living costs.

Few FSWs refused to have sex with a client if their sex partner was unwilling to use a condom, and some respondents reported that when their partners refused to use a condom, in some cases, they could persuade the partners to use a condom. However, the respondents who fall into the low-income group tended to report lower levels of consistent condom use. FSWs reported different ways of negotiating condom use with clients:

"Educating the partners about HIV and how condoms can protect them," "Describing that I can be infected with HIV as I am having many other partners and I can infect you,"

Healthcare seeking behavior.

People who belong to key populations seek healthcare for various health concerns. These concerns are broadly grouped into two categories: general health issues and sexual and reproductive health issues, which include STIs and HIV/AIDS. They also categorize healthcare facilities into two groups: DICs and other healthcare institutions, such as government hospitals, private clinics, and others. DICs offer various healthcare services, including condoms and lubricants, HIV/AIDS education and counseling, blood testing, and referral services for key populations.

Most FSWs were satisfied with the services provided by DICs. They appreciated the healthcare provider's approach and were pleased with the counseling, condom supply, and blood test facilities. However, the situation was different with other health facilities. FSWs did not feel safe seeking services from other healthcare settings due to privacy breach violations and providers' judgmental attitudes towards them based on their profession. Some FSWs reported visiting government health facilities for general issues, but they did not disclose their professions or sexual history for fear of being denied the services they needed. FSWs seeking treatment for conditions related to sexual contact or requiring a sexual history often chose to visit DICs.

One FSW mentioned:

“I go to the hospital if I have a fever, a cough, or the flu. I do not, however, identify myself as a sex worker. For problems like itching, vaginal discharge, or syphilis, I come to the DICs.”

Violence

FSWs frequently experience many types of violence, including physical abuse, sexual abuse, verbal abuse, and financial abuse. Societal gender norms and socioeconomic disparities most likely played a major part in this. The street-based FSWs pointed out that they often could not protect themselves because their activities were considered illegal; another reason was that they often faced violence from men. Maltreatment during sexual intercourse, such as demand for multiple sexual acts within one night, and exploitation in terms of pay was a common phenomenon. Sexual dissatisfaction resulted in being beaten by men or denied payment.

“In many instances, the abusive partners are drunk. These men want multiple sexual acts that make physical pain to me, like vaginal swelling.”

One FSW, while describing her experience on drug abuse, stated this:

“When I say I cannot do anymore, then men give me something to eat, then I become eager to do sex as like the men”

The most frequent violence against FSWs was assaulting them, forcing them to have sex with others, and not paying the promised money, as per the statement of another FSW:

“After having sex, he did not pay me, he investigated whether I have any disease or not, he said that he would beat me if he found out that I infected him.”

FSWs were also facing verbal abuse from their partners if they were dissatisfied with the sexual act.

“Some partners were very rude. They called me a bitch, and roughly touched my body. If I resisted, in many instances, they denied paying.”

On the streets, some men acted as pimps responsible for arranging clients for the FSWs and protecting them from physical abuse and violence. But this practice was limited to certain areas. Street-based sex workers could only work easily in certain areas regulated by pimps. In return, FSWs had to pay a certain proportion of their income to these pimps. These pimps also had sexual relationships with them. Though the pimp’s role was to establish their sex trade and prevent violence against street-based FSWs, they also demonstrated an abusive attitude. A street-based FSW stated:

“Pimps often look down on us and beat those who are disobedient. My relationship with pimps is only good if I give them the money as per their demand. Sometimes, they suspect me to withhold money and beat me to get it.”

All these violent incidents toward those FSWs compromised their role in making decisions about consistent condom use with clients and, as a result, made them vulnerable to HIV and AIDS.

COVID

Of those FSWs who were involved in street-based sex work, many reported ceasing activities at first but later returned to work despite their concerns about contracting COVID-19:

“I stopped sex work in the COVID period. People feared of dying and being infected with COVID during sexual activity.”

The FSWs engaged in sex work also described reduced partners even though the social distancing restrictions were eased, which was linked to customer’s health concerns. The pandemic made the customer scared of the FSWs. Due to the unstable economy, doing sex work during COVID limited their ability to stand up for clients who refused to use condoms. Reduced demand for street-based sex work once social distancing restrictions eased

meant that street-based sex workers had to lower prices. This not only placed them at risk of economic exploitation but also compromised their ability to negotiate safe sex practices:

"They would demand more because they knew we need the money. And no one else is there, so they would demand things you didn't want to do or try and force you to do it anyway."

Some of the FSWs described that during the first lockdown, they did not know how to find alternative ways to earn; their ability to generate income through the alternate business was found later in the Pandemic.

Persons who Inject Drugs (PWID)

Injecting drug use

Ten out of twelve PWIDs started to misuse the injectable drugs while they were very young, before the age of 25. One respondent started injecting at the age of 28 years, and another after turning 35 years.

Three PWIDs talked about switching from other drugs to injectable drug use. Two of them began the journey by using heroin, but they could not continue owing to its expensive cost and switched to injectable drugs because of the low cost. Before using heroin, another PWID used marijuana and other narcotics.

"I started with cigarettes, then on to ganja, then to tablets, and finally to various drugs. Due to one of my friends' suggestions, I became an injectable drug user. Its effect lasts for the whole day once taken. The cost lowered to 100 takas per day."

Most PWIDs reported that rising costs forced them to reduce the quantity or frequency of injectable drugs. The frequency of injecting drugs among PWIDs ranged from 3 to 5 times per day usually:

"I once had it three to five times a day. I can't afford it now as the price has gone up. Now I take once every day."

IDIs with PWID highlighted that sharing drugs, needles, and syringes was common. The most common factor associated with needle and syringe sharing was the denial of their vulnerability to acquiring HIV infection. Before being exposed to the health education program, five out of twelve PWIDs shared their needles while using injectable drugs. To understand the dynamics of sharing behaviors, the question was, 'Why do they share drugs?' To reduce the cost, they share the drugs among themselves. Several PWID participants described their drug choices towards the drugs at lower costs. However, many of them had changed and no longer share needles.

When using drugs, four female PWIDs claimed they did not share the needle with others since they only did so with their husbands. One female PWID said,

"My husband and I share a needle. We once had a blood test, and the results showed that we are virus-free."

The locations of taking injections were mostly by the gathering, called an "adda." Many of the PWID described how they organized the 'adda'; they treat the 'adda' as safe injection-taking ways,

"In those 'addas,' we are all known to each other so that we can share our needles and syringes because we all are free from STI/HIV. We have our test in the DIC."

As mentioned, the police often destroyed the 'Adda,' which was their most adverse threat, not only for injecting drugs but sometimes they were arrested; as a result, the PWIDs needed to move around and develop new groups.

Interestingly, an atypical finding was that many PWIDs thought the injections were good for their health rather than understanding this as substance abuse that could harm their health.

Many of the respondents (eight out of twelve) reported their post-injectable drug feelings as being in a "good mood" or "euphoric mood." One PWID experienced reduced numbness and pain throughout his body, while others claimed it gave them more energy. Several PWIDs also mentioned having a sexual drive after taking injectable drugs.

"Before taking it, I felt in turmoil. After taking it, I felt at peace. That feeling can be compared to heaven and hell."

"I can run the rickshaw effectively after taking the injection. My body's burning sensation diminished."

The reasons for having fewer sexual acts, as understood, was their euphoric mood or could be multiple; euphoric mood prevented them either from the urge for sex or developing impotency for using injections for a long time. Even during the sexual act with FSWs, they forgot to use condoms despite their knowledge. Almost all of them stated the following;

"I become so happy after injecting drugs, then I forgot to buy a condom and often have sex without a condom. At that stage, I can't remember about a condom; injecting drugs and having sex is a pleasure."

This study of female PWIDs provided an in-depth understanding of their risky drug use behaviors and unsafe sexual practices and explained why women share injection equipment. Female PWIDs were more at risk of HIV, as mentioned; one female PWID suffered from STIs. She was married to a fraud, who forced her to do commercial sex work. Moreover, she was forced to take injections while having sex with the clients. That first event made her a PWID and simultaneously pushed her to the commercial sex work. Many of the PWIDs confessed that despite the knowledge of sharing needles, syringes, or sex without a condom, putting them at risk of contracting HIV, they were practicing all these harmful aspects.

Knowledge on HIV & AIDS

All of the twelve PWIDs interviewed for the study reported that they took part in the health education initiatives. Through these programs, they learned about the negative impact of drug misuse, the dangers of sharing needles, the risks associated with HIV/AIDS, and the significance of using condoms during sexual activity to promote safety. Almost all of the respondents knew about the transmission of HIV/AIDS through sharing needles among injectable drug users. Most of the respondents knew about the risks of unprotected sexual intercourse, and two of them recognized blood transfusion without screening as the mode of transmission of HIV/AIDS. One of them was also aware that breastfeeding could cause HIV/AIDS in a child born to an HIV-positive mother. But one of them had a misconception also. The one with misconception stated the following:

"Using the same utensil with an HIV-infected person while eating can transfer HIV. Additionally, it can spread through the breathing, sneezing, and coughing of HIV-infected people."

Condom Use

The PWIDs' first sexual experience did not differ significantly from other key populations. Most PWIDs engaged in sexual activity early, with male PWIDs typically choosing brothels or initiating their encounters with pleasant experiences. Conversely, female PWIDs of the interviewed PWIDs often experienced their first sexual encounter after marriage or due to sexual violence.

Before attending the health education training session, most PWIDs (10 out of 12) did not use condoms due to their lack of knowledge about the advantages of using them during sexual activities. Even after completing the health education program, only 3 out of 12 PWIDs claimed to use condoms regularly with their partners and customers. According to the IDI conducted with PWIDs, they had the lowest tendency to use condoms consistently among all the key

populations. Female PWIDs reported not requiring condoms as they only had sexual relations with their husbands and steady partners.

One male PWID shared his thoughts on not using condoms:

"Sometimes, if you go there (brothel) once in fifteen days, you don't feel like using a condom anymore."

Health-care seeking behavior

Drop-in centers (DICs) are crucial in providing various services to key populations. In addition to offering essential services, DICs ensure the privacy of these populations, making them a safe and comfortable facility to visit frequently. The confidentiality provided by DICs is particularly important for populations not seen as "normal" by the general population, including people who inject drugs (PWIDs).

Except for a few PWIDs, almost all PWIDs expressed their satisfaction with the DICs after using their services. They appreciated the healthcare provider's approach to treating them and were pleased with the services.

According to one male PWID:

"They (DIC service providers) keep my privacy safe enough. They do not tell anyone about me or call me in front of others."

Three out of twelve PWIDs expressed dissatisfaction with the DICs for failing to provide the necessary services.

One mentioned:

"They (DIC service providers) refused to give me the medicine I needed when I went to them. They occasionally behaved rudely as well."

Except for these few PWIDs from different districts, as a result, it raises the question of what kind of medications they requested

Violence

We usually think of the key populations getting affected by extreme violence. But the coin has another side as well. During the IDIs it was noted that the key populations engage in a lot of violent and unlawful acts. PWIDs were more likely to associate with those activities than others since they needed more money to purchase the drugs, as evident in this study. Many PWIDs acknowledged that they used to do crimes such as thieving, robbery, and purse snatching as a source of earnings to pay for their injectable drugs.

One stated,

"Many (PWIDs) are involved in criminal activities; otherwise, how will they pay?"

COVID

The pandemic brought changes in drug use patterns and behaviors. The PWIDs agreed that lockdown measures had made it more difficult to source injections. Obstacles to conducting drug transactions in public spaces were described. Initially, although some partners responded to these constraints by ceasing or reducing their drug use, some reported sourcing other substances to lighten the withdrawal symptoms.

One PWID stated,

"I started buying heroin or other forms of drugs online to prevent the suffering from the withdrawal symptoms."

Others, though, reported how changes in drug-use patterns affected them in the earlier periods of the pandemic. Although common during the pandemic, other drugs were more widespread because of their availability. Many respondents reported job losses earlier in the pandemic and subsequent ongoing difficulties re-engaging with formal or casual employment because of the extension of the lockdown period. Income constraints meant the daily economic demands of

drug use became burdensome. That was reported as a problem in obtaining cash for drug purchases due to traveling to a secret place. The heightened security during the lockdown made selling injections harder; some isolated places during these earlier periods helped the PWIDs rely upon the fixed timing in buying the injections.

Another PWID mentioned,

“We have to go to drug sellers secretly to buy the injections.”

They were desperate for their self-care to avoid withdrawal symptoms. One PWID stated,

“So, I couldn’t then eat, as obviously the injection is on top of that in my life, it is ridiculous.”

Most KPs depended on informal income-generating activities for the maintenance needs of their livelihood, including sex work, begging, selling goods, etc. Some described that in the first lockdown, they didn't know how to find alternatives to earning; their ability to generate income through the alternate business was found later in the pandemic. Even some others reported limited opportunities for begging because:

“People always say they don’t carry cash anymore.”

Some female PWIDs, on the other hand, also described entering into relationships with men for financial support.

“We wear masks during our sexual act to protect against COVID.”

As stated, they wanted to make their own money to buy their drugs. Some of them had decreased income, which meant that they had to rely on others for drugs:

“I started relying on other people for drugs; they gave me drugs or money for drugs.”

This led to an exploitative relationship whereby the male counterpart exercised a controlling power over her, such as forcing sex without a condom or other ways of sex to fulfill their pleasure because they needed drugs. They termed this kind of behavior as 'exploitation' because men started demanding things in return that they had never done before. According to one female PWID:

“Then all the activities got out of my hand. I have never been in that situation before; then I started working for him for drugs.”

Men having sex with men (MSM)

Knowledge on HIV & AIDS

All the IDI participants (MSM) were involved in health education training programs. They had learned about HIV/AIDS, other sexually transmitted infections (STIs), the value of condom use in safe sexual practice, and proper methods of using condoms. One of them also mentioned that he had learned about safe practices for injecting drugs. In almost all the participants, the perceived source of HIV infection was a casual sexual encounter at a club, a sex party, or from someone they had met via social media. A few suspected that the source of infection was more from an irregular partner, while a few cases mentioned violence, for example, sexual coercion, as possibly related to HIV infection. Many participants discussed sexual risk-taking behaviors, for example, the frequency of sexual acts without condoms at the beginning of their sex life, which was rationalized in terms of newcomers to this sex life. However, some did not think their sexual activity without a condom would make them prone to HIV infection. Perceived susceptibility and severity varied among the MSM. Perception of severity related to STIs was low, as some men felt these infections could not be the cause for HIV transmission.

One MSM, during an informal conversation with the interviewer, stated the following:

“Generally, if you have sexual intercourse with an FSW and you know that she has many other men with whom she is having sex, she can infect you if she has contracted the disease.”

Nearly all the participants acknowledged that not using condoms during sexual activity increased the risk of getting an illness and spreading it to others.

One mentioned:

“It (HIV/AIDS) will undoubtedly occur if I am not cautious. The possibility of getting an infection exists if I cannot use a condom properly or if the people I go with do not use condoms appropriately.”

One respondent had a misconception that sharing furniture or utensils, including drinking water from the same glass, could spread HIV.

Condom use

All the MSMs reported having their first sexual experience at a young age, between 16 and 20. Among the MSM, the first sexual encounter was typically not an abusive, unintended, or non-consensual incident but rather a pleasant one. Although one of them said the first experience was against his will, eventually he enjoyed it.

One MSM stated:

“I was initially uncomfortable because it was against my will. But then, I liked it.”

Before attending the health education training, five out of six MSMs did not use condoms because they were unaware of the advantages of using them during sexual activity. One of the participants claimed to have learned about condom usage from other sources, such as YouTube, and used a condom during his first sexual encounter, but prior to being exposed to the health education training program, he had not been constantly using condoms:

“I then used a condom. I learned it through YouTube's informative videos. I was not sure if he took injectable medication or not. I might have acquired HIV from him if he had it.”

Following exposure to the health education program, four participants claimed they used condoms consistently with their partners and clients. A few MSMs refused to have sex with a client if their sex partner was unwilling to use a condom, and some participants mentioned that when their partners refused to use a condom, in some cases, they could persuade the partners to use a condom.

One of the MSMs mentioned that he always refused those who insisted him not to wear a condom during sexual activity. Three of them had steady partners, but two of them always used condoms with their partners, while the other did not.

One participant stated the following:

“I have a regular partner. But like me, he is also likely to engage in sexual activity with others secretly. I might not be aware of that.”

According to another participant:

“I have to use a condom if I have sex with someone outside. With him (steady partner), there is no need to use a condom.”

Social media, including geo-locational sexual networking apps, provided convenient access to sexual partners for some of the participants. Four of them used social media to search for sexual partners.

In an informal discussion with the interviewer, one participant mentioned:

“The introduction of MSM apps makes the activities easy. I am used to this. These apps make it so much more convenient. The apps have code words for ‘come round to ours and do this,’ ‘chill-outs,’ etc.”

Some of the participants stated that their MSM appearance was not visible, and they tended to normalize their activities as other people do. The reason against this scenario was the role of social norms and networks and the search for pleasure. This appearance affected their family life; many MSMs stated that they had jumped into a marital relationship due to family pressure.

Health-care seeking behavior

One participant mentioned that he noticed a swelling in his anal region and made the following remark to illustrate his feelings of anxiety and uncertainty about access to healthcare:

"I initially felt afraid. I could not share this anywhere because it is a subject of shame. It was too late to seek treatment since I was uncertain who to tell and worried that I would lose my privacy."

Key factors in the health-seeking behavior among MSM included social stigma that includes 'homosexuality is a crime.' This influenced the perceptions of social barriers among some MSMs seeking health care. Furthermore, how they would be treated by the providers and concerns that the service provider would expose them as MSMs or might inform the police stated as barriers to health-seeking behavior even when MSM understood that they needed health services.

However, MSMs reportedly visited DIC for various reasons, including getting condoms, lubricants, and medications and scheduling routine blood tests. They were all pleased with the services offered to them by DIC.

One participant stated the following:

"I come here to receive counseling, take condoms, get some drugs, and occasionally undergo testing for HIV. They suggest that I visit regularly. I am satisfied with the services."

Violence

None of the IDI participants have experienced violence, but they witnessed others being bullied. One of them mentioned that an MSM experienced emotional abuse because of harassment about his gender attributes. He also spoke about a member of the MSM community who used to abuse others as below:

"There are some boys who are somewhat different from others. They are used to get bullied by others and called "half-ladies." As a result, they get upset."

COVID

Every respondent acknowledged having difficulties during COVID, with financial issues being the most prevalent. Their sexual lives were also affected during that period. One MSM said that he could not get into any sexual relation during lockdown. Later, he somehow managed to get into sexual relation while maintaining some basic hygienic practices.

"I used to bring them home when my house is empty. So, I used a disinfectant spray, hand wash, and bleaching powder spray, and then went for sexual intimacy."

Male sex worker (MSW)

Knowledge on HIV & AIDS

All the MSW IDI participants were involved in health education training programs. They had learned about HIV/AIDS, modes of transmission of HIV/AIDS, other sexually transmitted infections (STIs), and the importance of condom usage in sexual practice. All participants mentioned that if they were not cautious about using condoms during sexual contact, they might contract HIV/AIDS. One of them was also aware that oral sex could transmit HIV/AIDS.

"I have many partners. So, if I do not use condoms during sexual activity, I will be infected by HIV/AIDS."

Condom use

Like the MSMs, the first sexual encounter was often not an unplanned or non-consensual incident but a pleasant experience for most of the MSW participants. However, two of them said the initial sexual encounter was abusive and against their consent.

“I was a ‘Koti’ (term used for MSW) and had feminine attitudes. That is why I was abused. My cousin’s friend abused me sexually.”

Before participating in the health education training session, four out of six respondents did not use condoms because they were unaware of the benefits of doing so during sexual activity. One participant claimed to have used condoms earlier out of fantasy. But that was not consistent. Five out of six IDI participants said they started using condoms regularly after being exposed to the health education program. Still, among them, one did not use condoms consistently with his steady partner. The respondents who did not use condoms even after getting exposed to the health education program said it was due to economic problems or getting more money for not using condoms. Some of the MSWs mentioned having partners who insisted on not wearing condoms during sexual activity, but they always refused. Almost all of them had steady partners, but three of them mentioned that they always used condoms with their partners, while the others did not.

One of the MSW stated the following:

“I use condoms with my ‘parik’ (steady partner) also. I do not believe anyone.”

But another MSW had a different perspective:

“I do not use condoms with my ‘parik’ (steady partner) regularly. He has been with me for about 18 to 19 years. How can I not believe him?”

Health-care seeking behavior

Three MSW participants experienced a physical issue in the past six months for which they needed medical attention. But they all went to DIC for various things like getting condoms, lubricants, medications, and schedule regular blood tests, and got the care they needed. All of the respondents expressed satisfaction with the DICs' services. One of them pointed out that many MSWs had issues with the DIC weekends on Friday and Saturday because they did not have time to attend the DICs on other days.

Typically, MSWs were less likely than DICs to attend other medical facilities. Although one of them had to visit the closest government hospitals for per-anal bleeding, where he initially lied to the doctor that he is having anal sex, he was judged by the doctor. Eventually, he did not feel like visiting any more public hospitals again.

“The doctor told me that what I have done is a sin, a punishable crime.”

Violence

This study revealed several modes or mediums of contact between MSWs, like MSMs, which included different social media platforms and several dating apps. Sexual contact through these platforms was easy, and so was the susceptibility toward various kinds of violence.

Though none of the MSWs included in this study had personally experienced any violence, they had all witnessed it happen to others, including physical, sexual, and, most commonly, financial abuse. According to most of them, due to those violent incidents, they get compromised in using condoms and become susceptible to HIV/AIDS.

COVID

Most participants acknowledged having some difficulties during COVID, with financial issues being the most prevalent and their sexual lives being affected most during that period.

“COVID was a deadly disease, and we were all frightened. So sexual contact during that time was limited.”

Transgender (TG)

Knowledge on HIV & AIDS

All TGs participated in health education training programs where they learned about HIV/AIDS and its various modes of transmission. These included unprotected sexual intercourse without condoms and needle sharing among injectable drug users. Additionally, one of the TGs recognized unscreened blood transfusions and breastfeeding from HIV-positive mothers as other ways of contracting HIV/AIDS.

All participants acknowledged the risk of contracting HIV/AIDS if they engaged in sexual activity without using condoms. They also recognized the potential for transmitting infections and the responsibility to prevent infecting others.

According to one of them:

“I might get HIV if I have intercourse with someone without a condom. I have to use condoms.”

None of the TGs had any misconceptions regarding HIV/AIDS and its transmission.

Condom use

Compared to other key populations, the age range for having one's first sexual encounter was wide among TGs. The range of ages was six years to seventeen years. Their first sexual experiences varied due to the vast age range of individuals. Some of them said it was a wonderful experience, while others said it was an unexpectedly awful one. Pathways to risk at the interface of violence, three out of seven TGs explained how the forced gang rape or simply rape altered their sexual behavior, which widened their exposure to the contexts for higher risk sexual acts. One of them also described the incident as an unknown event at the time, but that first sexual act placed them as a sex worker later.

“He forced me to have sex while he grabbed my mouth. I was unable to understand what was happening. I moaned and had profuse per-anal bleeding.”

“I used to assume that he caressed me or gave me a childlike gaze. As I grew up, I understood that it was actually sexual activity.”

None of the TGs used condoms before their exposure to the health education program, as they did not know the importance of condom use or its methods. Five out of seven participants stated that they had started to use condoms with their clients after getting exposed to the health education program. One of them could not use condoms consistently because of client dissatisfaction. Clients used to scold them, get dissatisfied, behave roughly, and abuse them, but the respondents tried to counsel and persuade them to use condoms during sexual activities. So, there are multiple barriers to overcome for the TGs, like the FSWs, to persuade their clients for consistent condom use. The economic hardship and social stigma related to gender norms can be the major factors to be blamed, and the result is often abuse physically, sexually, and financially.

One TG stated:

“I used to engage in sexual activity on the streets back then. Many young men choose not to use condoms. They desired to pay an additional ten to twenty taka for not using condoms.”

Another factor for not using condoms consistently among TGs was their steady partners (Parik: in their term). Condom use practice differed among TGs based on the status of their sexual partners. Most of the TGs had steady partners or husbands (Parik: in their term) with whom they usually did not intend to use condoms.

One TG mentioned the following:

“I rarely used condoms with him (steady partner: Parik). Because he (steady partner: Parik) was alone and used to come to me, those (other than Parik) who come can go outside and even go to a prostitute. How can I believe the boys?”

Health-care seeking behavior

Like other key populations, all the TGs described their experiences with DIC as positive. They received all the required medications and other supplies, were pleased with the healthcare providers' conduct, and felt confident and at ease entering DIC because their privacy was respected there. One of the TGs suggested the DIC should be more spacious.

One participant mentioned the following:

“Their conduct is admirable. Doctors are skilled communicators who speak with respect.”

However, their experiences with the general health facilities were somewhat different. Due to privacy violations and providers' judgmental attitudes toward them based on their sexual orientation and gender nonconformity, the TGs did not feel secure getting services from those facilities. Findings from the TGs also indicated frequent hostile responses, ranging from humiliating the TG patient, refusing appropriate privacy, or asking the patient to leave the facility. Two TGs claimed that the public hospitals did not accept them, did not respect their privacy, and even subjected them to harassment because of their identities.

“The private clinics and hospitals do not even permit us to visit there, let alone provide us the treatments.”

Regarding the healthcare-seeking behavior of the TGs, the providers often ask unnecessary questions or do physical examinations that seem awkward to TGs. The TGs mentioned that the providers lack knowledge about them. They are often misinformed about the resemblance between gender identities, which results in inappropriate treatment. Conversely, TG individuals frequently reported a lack of medically trained providers about the biological anatomy of TG other than the providers of the DIC facilities. The necessary treatment they received from the providers of the DIC is due to the training of the providers.

Violence

During the IDIs, it became evident that TGs often experience various forms of violence. This could be attributed to societal gender norms and economic disparities, which may explain why TGs experience more violent incidents.

The experiences shared by one TG:

“I was abused by many ways; for example, at one night, one forcibly took me to his home. He was drunk, and after having sex, he denied giving me money. He wanted to push me from the five-storied roof to kill me. I just left the place to save my life.”

Another state the following:

“Sometimes men call the TGs at home, have sexual intercourse, and do not give the payment. Rather, take her belongings like mobile, taka.”

COVID

The TGs were found not to be scared of COVID-19; they had faith in Allah. Many did not suffer from COVID, even staying in polluted conditions. All participants acknowledged having some difficulty during COVID, with financial issues being the most prevalent. Their sexual

lives were also affected during that period. Due to lockdown and clients' fear of getting affected by COVID, they had to avoid sexual contact. The markets and shops where they used to collect taka were also affected during that period. One of the participants shared about the familial and community support she got during that period, and some others talked about the aid from the government of Bangladesh and NGOs. One of the participants also mentioned the alternate business she initiated for income during COVID. During the lockdown period, one of them sold betel leaves in a disguised way, such as covering her head and putting on a mask:

"Nobody could recognize me as 'Hijra' (TG), even not the TGs themselves."

Key Informant Interview (KII) Findings

Knowledge and conception about HIV/AIDS among key populations

The key informants had different opinions about why some groups were considered key populations. Many believed that because of their various sexual orientations, activities, and social connections, they stood out from other members of society and were therefore deemed members of "key populations." As a result, the key populations became more susceptible to HIV/AIDS and other STIs.

One of the DIC managers mentioned:

"We use this term (key population) to refer to populations at risk for HIV."

According to another DIC manager:

"They (Key population) are not like general populations. They are different."

These key populations received health care from DICs. The DICs assigned field workers or outreach workers to identify the key populations, adding them to the "mother list" and giving them access to the health services the DICs offer. Field workers were chosen from among the key populations to track down or more easily reach these populations. One of the peer leaders responded to the question of how they locate important populations:

"We find them quickly as we are also like them. A thief is said to know other thieves well."

The DICs provide the KPs with various services, including health education programs that take the form of group discussions and one-on-one discussions, as well as the distribution of supplies like condoms, lubricants, BCC materials, etc. One of the DIC managers described the five different kinds of health education programs they used to offer at the field level, through which they instructed the key populations on the basic concepts of HIV/AIDS and its preventive measures, safe sexual practices, the proper use of condoms, HIV testing services, and drug abuse. One peer-leader stated:

"We offer them BCC materials and health education sessions. We visit their dera (Residence) for sessions, schedule group discussions with them, and even invite them to our office for education and counseling."

According to the key informants, numerous improvements had been noticed due to the KPs' exposure to the health education programs. The prevalence of condom use, awareness of HIV/AIDS and its transmission methods, and HIV/AIDS prevention strategies have all improved. But the outcomes of such improvement have not been reached to its optimal level.

According to one DIC manager:

“Changes have taken place. Consistent condom usage was once quite low; today, it is around 44%. While the condom distribution flow is around 90%, the usage rate is only 44%. We are not yet content.”

The key informants highlighted why they were only providing the KPs with health education programs while not focusing enough on the intervention or program for the clients to get them educated or provided with effective health education programs. Therefore, the clients were not adequately informed and encouraged practice safe sex. In that case, it is challenging for the KPs to adhere to safe sexual practices because of gender and power relationships and social hierarchy.

One DIC manager mentioned the following:

“During sexual acts, a man always plays the dominant role. His desires are more reflected than a girl's.”

Another issue one of the DIC managers raised was the lack of an appropriate setting where field workers could give the KPs quality health education, particularly at night.

“We have to think about the outreach fields at night. We only set goals for our field workers to provide the desired number of sessions. But are the sessions always effective? Is it genuinely possible to create a setting at night that will aid those who are targeted in understanding those messages?”

Condom use practice among key population

The KII stated that many TGs were engaged with 3-5 partners in one night; they were using condoms for 2-3 cases, and in the fourth or fifth cases, they might not be using it. This type of situation was not for the rejection from the client side; the TG, himself/herself, was also responsible

Moreover, when sex is sold in a narrow place because of time constraints, in many instances, the condom is either unavailable or does not have time to wear. The KII stated that even in such a situation, the condom cannot be worn correctly; for example, due to hurry in terms of the finishing point of the sexual act, the condom can also be torn. Besides, to earn, they must complete the sexual act within a short time, as they have to have sex with another client. The reason is money; at the end of the day, the money among the group of TGs is divided among themselves in many cases. The lives of the TGs are more at risk; they are floating people, so they need to be educated more.

“They lack a static home; one day they are staying in one place, and the next day they are moving to another place because the house owners are less interested in giving rent to the ‘hijra’ (TG). But we are trying our best to make them aware about HIV prevention.”

The KIIs also described the PWIDs as being associated with high-risk substance abuse, making them unable to work effectively. KIIs identified common myths among the PWIDs that injections reduced the use of condoms, including that anal sex is less risky than vaginal sex and that sex with women has a higher risk of HIV transmission since women are exposed to multiple sexual partners. They said that giving information about these myths would be useful during counseling. However, some KIIs stated that counselors often feel hopeless when faced with KPs who said that they prefer sex without a condom. They feel they lack the skills to explore the reasons for this context and could not follow a suitable solution to reduce such risk-taking behavior. Many KIIs said that KPs are having unprotected sex for pleasure; if the rejection of condom use emerges from their side, as understood indirectly through the conversation session, there is little scope to protect them through counseling.

The KIIs' descriptions also matched with that of the KPs' statements. The KPs felt that only 'promiscuity' can cause sexual risk-taking issues. If they are faithful towards a steady partner that is rooted in love, condom use is not a necessity. Attraction and trust related to condom use are mentioned by some KIIs.

“At first, they think that they can get infection only if they have sex with a woman, specifically if they go to the brothel. But when they are involved in an education program, they know that if they have sex with their fellow man, they can infect each other. Because they are not fully aware of each other’s sexual behavior.”

Additionally, the KIIs acknowledged the more risk for HIV and STIs among MSM and suggested improving risk awareness to HIV prevention among MSM. The awareness program should include messages about how dangerous HIV is, how they are more at risk when they practice anal sex, and the importance of condom use. Despite describing all the KPs, the KIIs emphasized the MSM as generally, they are more unlikely to use condoms,

“They do not like them’ or ‘they get more money without a condom.”

“When trust in their respective sexual partners increased, condom use tended to fall. We are using condoms, but now we are lovers, so we can have sex without a condom (MSM).”

The KIIs with DIC managers (total: 8) also described that the most common cause of not using condoms is the key populations’ economic crisis, resulting in not using condoms during sexual intercourse for clients’ satisfaction and getting extra payment. As a result of non-consistent condom usage, KPs are becoming susceptible to STIs and HIV/AIDS. One KII mentioned that the adolescent population among the key populations is more prone to such situations because of a lack of negotiation power. Another cause is the mobility of the sex workers, as staying at a permanent place for a long time reduces their value in sex work. As a result, they keep shifting residences to get involved with more partners and become more susceptible to STIs.

Another reason for HIV/AIDS proneness stated by a KII:

“ ‘Champ-Sex’: having sexual intercourse after taking drugs. The partners take drugs, and the girls get forced to take drugs too. As a result, they lose their usual sense and do whatever they want while having sex.”

To eliminate this situation, some DIC managers suggested getting the partners of the KPs under the HIV/AIDS health education program. Then, they would be motivated to use condoms and not force the KPs to negotiate on inconsistent and improper condom use.

Health-care seeking behavior among key populations

A comprehensive range of healthcare services is offered by DICs, including condoms and lubricants, HIV/AIDS education and counseling, syringes for PWIDs, blood investigation services, and referral services for the key populations. So, DICs continue to be vital in the provision of healthcare to key populations. Due to privacy violations and providers’ judgmental attitudes toward them based on their profession, their sexual orientation, and their gender nonconformity, the key populations do not feel secure getting services from alternative healthcare settings.

Findings of KIIs highlighted that the consequences of adverse health system experiences for KPs in the social health domain. The KPs have a tendency of avoidance and/or fear of the health system. Also, the sub-standard health care facility could not meet the need of the KPs; the worst case, as stated by the KIIs, is the judgmental attitude of the service providers towards the KPs.

“You are doing a sin (MSM), come out from these sinful activities, automatically you will be cured.”

“Do not come here. We do not provide services to people like you who engage in these shameful activities.”

KIIs also often reported stress when KPs faced difficulties in effective risk-reduction counseling. One KII described the difficulties and challenges of counseling faced by non-MSM providers,

“What I am supposed to be counsel which is a sin to me (Non-MSM Provider), so how can I help him?”

Regarding the healthcare-seeking behavior of the TGs, the providers often ask unnecessary questions or do physical examinations that seem awkward to them that matches with the information provided by the TGs. The TGs mentioned that the providers lack knowledge about them. They are often misinformed about the resemblance between gender identities, which results in inappropriate treatment. Conversely, TG individuals frequently reported a lack of medically trained providers about the biological anatomy of TG other than the providers of the DIC facilities. The necessary treatment they received from the providers of the DIC is due to the training of the providers.

One of the TG peer leaders reported her personal experience,

“I was at first asked to stand in the girls' queue, but after hearing my name, they asked me to move to the boys' queue. Then I was sent to a male doctor's room. He again sent me to the female doctor's room.”

The same situation has also been described also by other . Our findings indicated that TG people face challenges in general health facilities; In addition to the stigma, the KIIs reported that the healthcare providers lack competency in biological anatomy and education, resulting in improper treatment. Other results revealed other aspects of TG’s healthcare experiences in the referral facility that included a focus on discrimination and stigma at the facility system level,

“At the outdoor, the TGs have to stand in a line. There are separate lines- one for men and another for women. So, in such a situation, they are confused about which line they belong. In many cases, some people throw them out. However, this situation is improving, and we expect more improvement day by day.”

Another peer leader described her experience with an AIDS patient, highlighting the providers' perspectives on key populations, particularly concerning STIs and HIV/AIDS issues.

“I brought an AIDS patient with me to the public hospital. They refused to admit the patient. A nurse screamed, saying, 'Go away, go away.' I burst out in anger—such ridiculous behavior.”

One of the DIC managers has pointed out that key populations deny seeking care from government facilities because the providers of DICs already know that the patient is a sex worker, which the government doctors do not know. So, when a patient has an STI or such a problem, they ask about their sexual history, which seems uncomfortable to the key populations. As DICs cannot provide all the services to the key populations, they have to go to the public hospitals. DICs play an important role by maintaining liaison between the public hospitals and the key populations. DIC providers themselves take the KPs to those public hospitals regarding any services not available in DICs, and due to that, the hospitals and doctors from those institutions do not have to ask questions, which the KPs find awkward. However, there is still much work to be done to increase the key populations' access to health care at all levels, including policy, institutional, provider, and individual levels.

Experiencing violence among key populations

Key populations frequently experience many types of violence, including physical abuse, sexual, verbal, and financial abuses. FSWs and TGs experience the most violent incidents. Societal gender norms and socioeconomic disparities are most likely to influence this. The most frequent violence against FSWs and TGs is assault, forcing them to have sex with others, and not paying the promised money. These are evident from both IDI and KII.

Therefore, among many other concerns, these violent incidents draw attention to one in particular: the KPs' growing risk to HIV/AIDS by decreasing their likelihood to condom use. The peer leaders' and DIC managers' points of view regarding this are also the same.

One of the DIC managers shared the following:

“Clients take them, saying that there will be one or two, but after reaching there, they find out that five to six men force her to have sex, in most cases without condoms. This makes everyone involved in such activities vulnerable to HIV/AIDS.”

KIIs also discussed the negative activities and attitudes shown by the KPs. Additionally, the KPs engage in a lot of violent and unlawful acts. Their involvement in such activities is likely a result of their poverty and lack of education.

COVID

Most of the participants of all the five key population categories declined in adherence to the social distancing during the COVID-19 pandemic. This was mainly because they wanted to avoid withdrawal from the income-generation activities. Those involved in street-based sex work, many reported ceasing activities at first but later returned to work despite their concerns about contracting COVID. Although worried like her, many participants were found to be continued in sex work. This was their necessity in the absence of sufficient social and economic support.

“Yes, it put not just me but a lot of FSWs in terrible straits because our income is cut overnight.”-

“During COVID period, some of them had no clients. They had to live in starvation.”

The FSWs engaged in sex work also described reduced partners even though the social distancing restrictions were eased which was linked to customer’s health concerns. The pandemic made the customers scared about the FSWs. Due to the unstable economy, doing sex work during COVID limited their ability to stand up for clients who refused to use condoms.

“I have children at home, and I have to feed them. I went to the streets and did sex work even without condoms, as per the clients' choice.”

Chapter 4: Conclusion and Recommendation

This research mapped and assessed the size of key populations at risk of HIV across all the districts of Bangladesh, describing the insights of their presence and distribution. It also collected behavioral data to identify HIV risk factors. Based on the study findings, the following recommendations are proposed to formulate policy and programmatic actions:

1. To ensure robust stakeholder engagement in HIV programs, it is imperative that the findings and data from the study are thoroughly discussed, interpreted, and comprehended at all levels, including the relevant ministries and government officials, especially the National HIV/AIDS programs, program personnel, and implementing agencies like international NGOs and the government. This will facilitate effective planning, target setting, informed service development, and optimal utilization of resources in national HIV programming.
2. The insights obtained from this study should be utilized for judicious allocation of resources, programmatic goal-setting, and the formulation of HIV prevention and treatment strategies to ensure comprehensive coverage of key populations.
3. This population size estimates suggest relatively stable numbers for the PWID and FSW populations, but there has been an increase in the MSM/MSW and TGW populations compared to previous PSE studies. Notably, there has been an upward trend in HIV and syphilis prevalence among these two key populations in the latest IBBS conducted in 2020. Therefore, it is imperative to urgently focus the intervention strategies on these two communities to curb the further rise in HIV infections within the KPs.
4. This study represents a significant milestone by employing a GIS mapping system, offering precise geolocations for all the spots within the 22 districts directly surveyed and presented in this report. It is highly advisable to capitalize on this hotspot mapping data to plan for the mapping of facility-based and community-based programs, including the establishment of DICs (Drop-in Centers).
5. A notable strength of the study was the active engagement of all stakeholders and the community at every stage of the research process. Consequently, the estimates were accepted without much contention, instilling a strong sense of ownership regarding the enumeration results. Nevertheless, since the estimates were extrapolated across 42 districts, it would be prudent for the implementing agencies to undertake local-level mapping before commencing HIV prevention services in the extrapolated districts. This would allow for a more detailed understanding of the precise numbers of key populations and the specific locations frequented by them.
6. This study is the fifth round of size estimation for HIV-risk populations in Bangladesh. Over time, there has been a gradual evolution both in the methods employed for estimation

and in the estimated sizes of key populations (KP). A significant finding from this study is the observed increase in the number of MSM/MSW populations, although it falls below the expected percentage suggested by UNAIDS/WHO. This lower estimate can be attributed to the stigma associated with this population and its cultural discordance within the Bangladeshi context, where religion exerts considerable influence. Looking ahead, there is potential for the introduction of new innovative approaches, to estimate the sizes of MSM/MSW and other KPs through online surveys. In addition to physical mapping, the incorporation of these innovative approaches to capture the hidden population hold promise for achieving more accurate estimations in the future, especially in settings where same-sex sexual activities are criminalized by law.

7. Though it is suggested to use the point estimate data as the denominator for calculating program coverage, it's essential to consider that this data is inflated after applying all correction factors. Consequently, reaching all individuals under the static service delivery center approach may prove challenging. Furthermore, in resource-constrained settings where expanding the number of service delivery centers is not feasible, it is probable that traditional peer-to-peer outreach and static service centers won't suffice to provide services to KP scattered throughout the districts. Therefore, encouragement to utilize government facilities and explore internet-based interventions is suggested. As a good number of KPs uses mobile and internet-based apps for their communication, online services pertaining to HIV prevention messages and information on service centers should be planned to link them to government health facilities as per their requirements.
8. Programs targeting behavior change in KPs should be focused on promoting the consistent use of condoms, lubricants, sterile syringes, and routine HIV testing. Service facilities (DICs) are still not widely available in intervention and non-intervention districts. For example, the health-seeking behavior of KPs for STIs and the number of KPs engaged in routine testing for HIV are low. Therefore, emphasis should be given to driving the KPs towards acquiring health support from government facilities. The government and non-governmental organizations (NGOs) should play an active role in guiding KPs towards government facilities via outreach activities. Expanding upon these ongoing initiatives, it is crucial to prioritize the capacity building of service providers. This can be achieved through continuous training and preparation. Additionally, fostering cultural sensitivity within service locations and among staff members through quality assurance measures and regular training is essential. To further enhance inclusivity, it is imperative to raise public awareness through the development of anti-discrimination policies. On the other hand, there is a need for a change in the mindset of KPs that in the future they need learn how to take the services from the health service delivery centers like other mainstream populations, avoiding the stigma and discrimination they usually face. Frequent approaches towards acquiring health services will sensitize and pressurize the health authorities to acknowledge the rights of KP.

9. Enhancing efforts to promote safe sexual practices, safer injection practices, increase condom use, and facilitate access to comprehensive prevention services tailored to the specific needs of each KP group should be continued and strengthened.
10. There are multiple layers of challenges for all types of key populations, as their lives are characterized by poverty and physical danger. The results provided ample illustration of the powerlessness of KPs over their partners, resulting from the fear of losing partners and hence the money needed for their basic needs for living. These findings suggest that future HIV prevention programs should provide FSWs with training in communication and persuasion skills (?through peer education approach???) to build good relationships with partners and promote mutual support for safe sex. Additionally, the motivation of the health care providers both at DICs and referral facilities is needed to improve the women's mental and physical well-being, which would impact their access to healthcare referral facilities.

In conclusion, leveraging this data holds great potential for significantly enhancing HIV/AIDS control efforts within key populations in Bangladesh. The insights and suggestions derived from this research are poised to serve as valuable directives for policymakers, program strategists, and those responsible for execution. These insights can help in the creation of precise and impactful interventions aimed at combating the HIV epidemic among key populations, fostering health equity, and advancing the broader objective of ending AIDS by the year 2030.

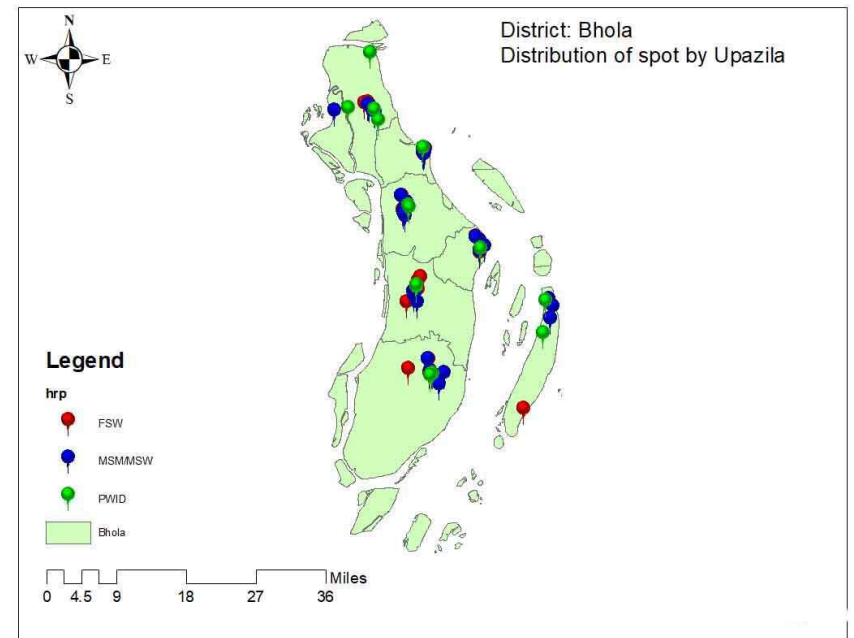
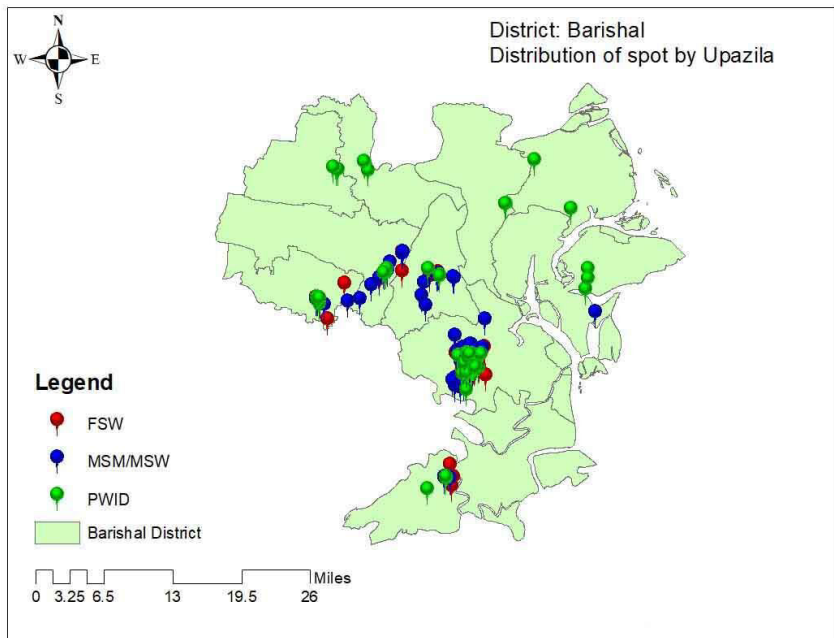
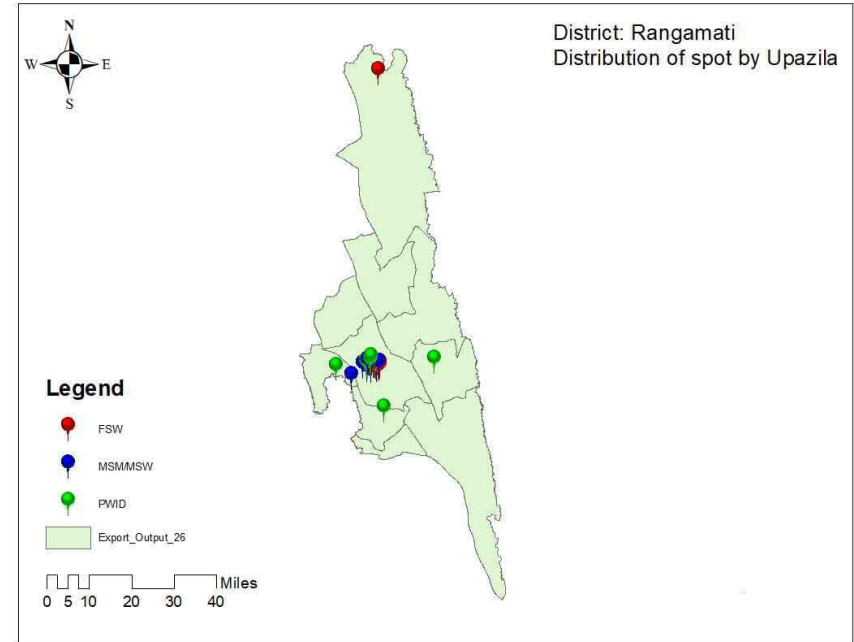
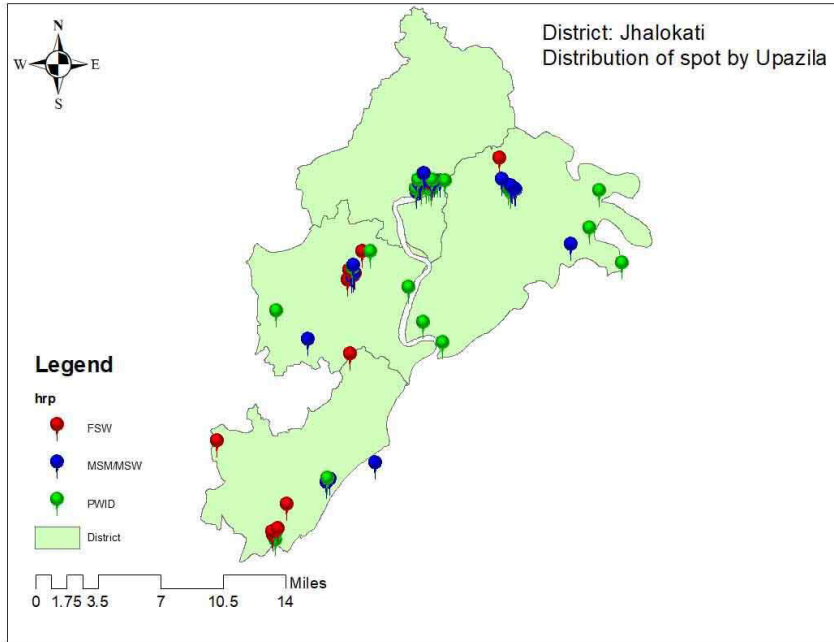
References:

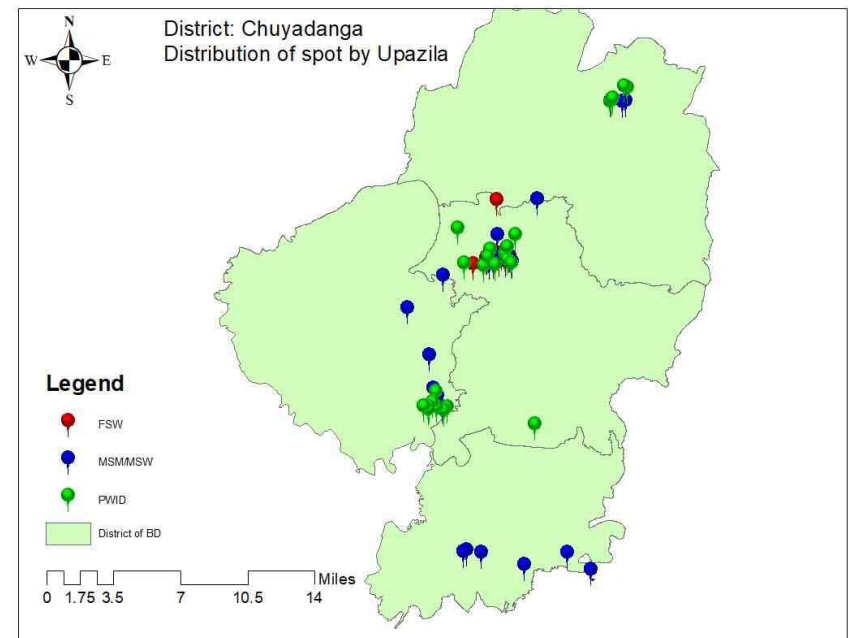
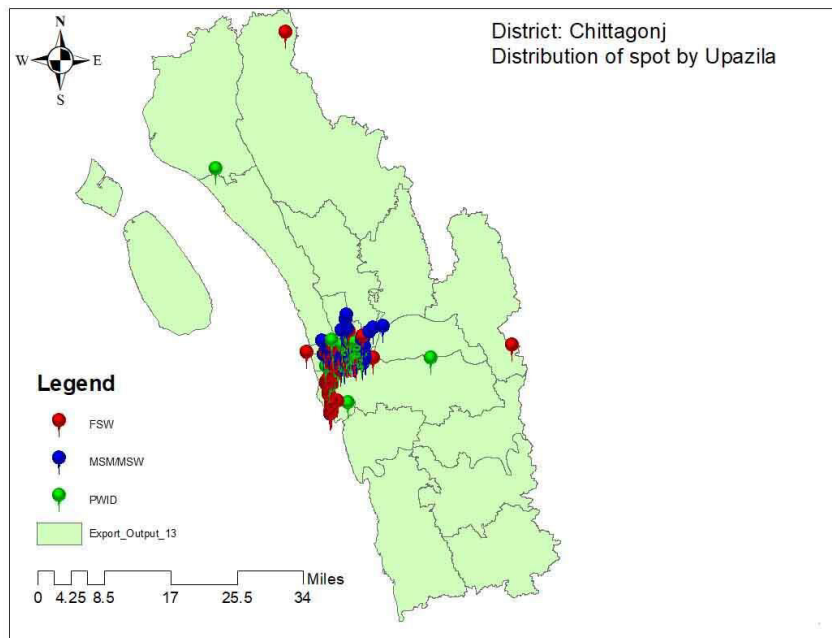
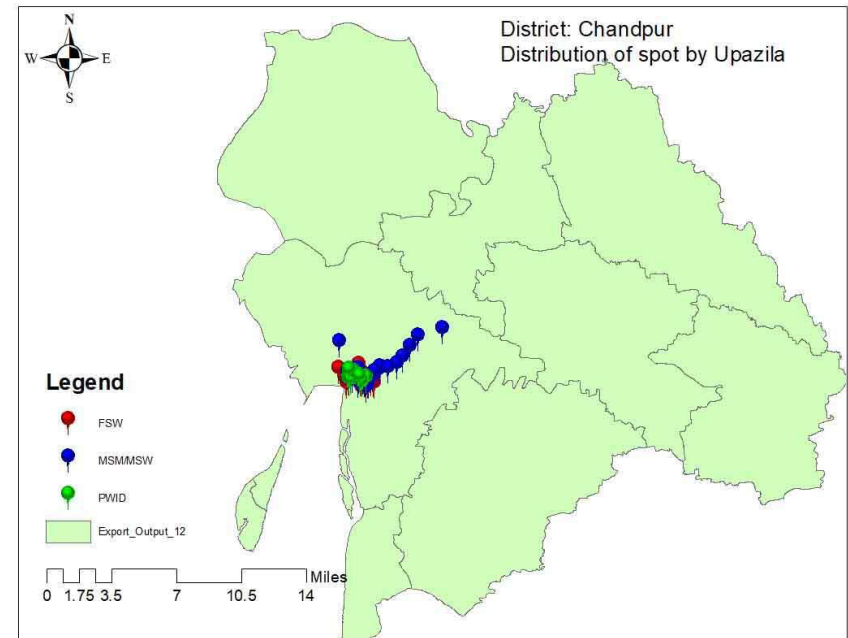
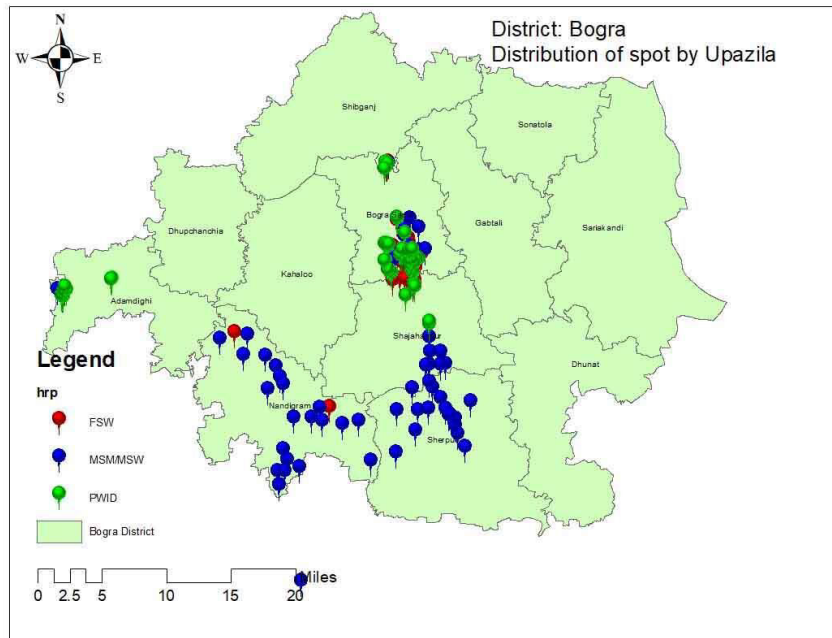
1. UNAIDS 2022. IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. UNICEF 2022. COVID:19 Scale of education loss ‘nearly insurmountable’, warns UNICEF. In: UNICEF.org [Internet]. 23 January 2022. New York: UNICEF; c2022 (<https://www.unicef.org/press-releases/covid19-scale-education-loss-nearly-insurmountable-warns-unicef>)
3. IMF 2022. World economic outlook: war sets back the global recovery. April 2022. Washington (DC): International Monetary Fund; 2022 (<https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2022/04/19/world-economic-outlook-april-2022>)
4. Mahler DG, Yonzan N, Hill R, Lakner C, Wu H, Yoshida N. Pandemic, prices, and poverty. In: World Bank Blogs [Internet]. 13 April 2022. Washington (DC): World Bank; c2022 (<https://blogs.worldbank.org/opendata/pandemic-prices-and-poverty>)
5. NASP2022. World AIDS day presentation 2022. <http://www.asp.gov.bd/site/page/7e4194d2-d4ae-4fa0-a167-5f960c469045/->
6. NASP 2020. Integrated Biological and Behavioural Survey (IBBS) amongst Key Populations at Risk of HIV in Bangladesh, 2016. National AIDS/STD Program, Directorate General of Health Services, Ministry of Health and Family Welfare, Govt. of Bangladesh
7. NASP 2022. World AIDS day presentation 2022. <http://www.asp.gov.bd/site/page/7e4194d2-d4ae-4fa0-a167-5f960c469045/->
8. United Nations. End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026 | UNAIDS. <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>.Google Scholar
9. WHO 2013. World Health Organization. Guidelines for second generation HIV surveillance: an update: know your epidemic https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85511/9789241505826_eng.pdf
10. Xu C, Jing F, Lu Y, Ni Y, Tucker J, Wu D, Zhou Y, Ong J, Zhang Q, Tang W. Summarizing methods for estimating population size for key populations: a global scoping review for human immunodeficiency virus research. *AIDS Res Ther.* 2022 Feb 19;19(1):9. doi: 10.1186/s12981-022-00434-7. PMID: 35183203; PMCID: PMC8858560.
11. Abdul-Quader AS, Baughman AL, Hladik W. Estimating the size of key populations: current status and future possibilities. *Curr Opin HIV AIDS.* 2014;9(2):107.
12. Safarnejad A, Groot W, Pavlova M. Study design and the estimation of the size of key populations at risk of HIV: lessons from Viet Nam. *BMC Int Health Hum Rights.* 2018;18(1):7.
13. NASP 2009. Population Size Estimates for Most at Risk Populations for HIV In Bangladesh 2009
14. NASP 2016. Mapping study and Size Estimates of Key Populations in Bangladesh for HIV programme, Dhaka, Bangladesh: Ministry of Health and Family Welfare, Most at Risk Populations for HIV In Bangladesh.
15. NASP 2003. Population Size Estimates for Most at Risk Populations for HIV In Bangladesh 2009

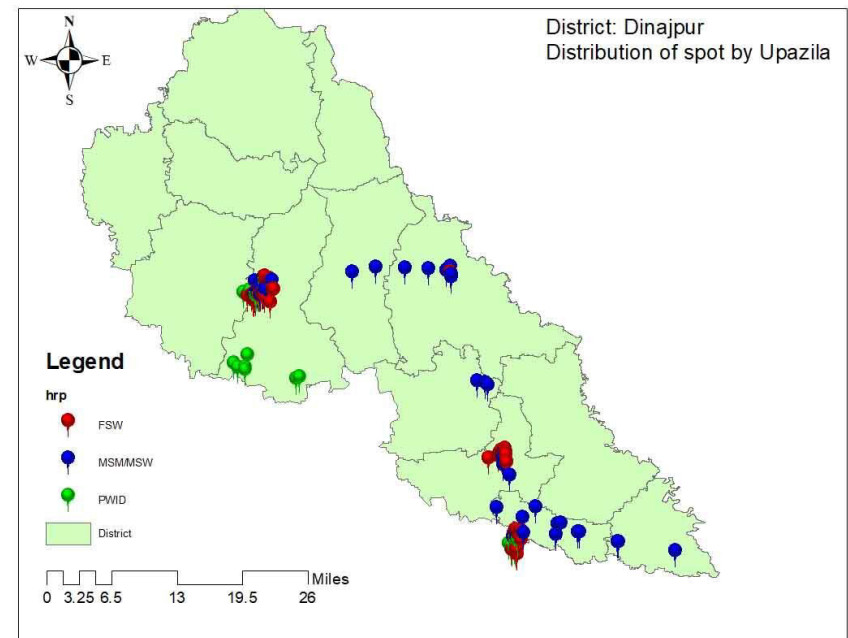
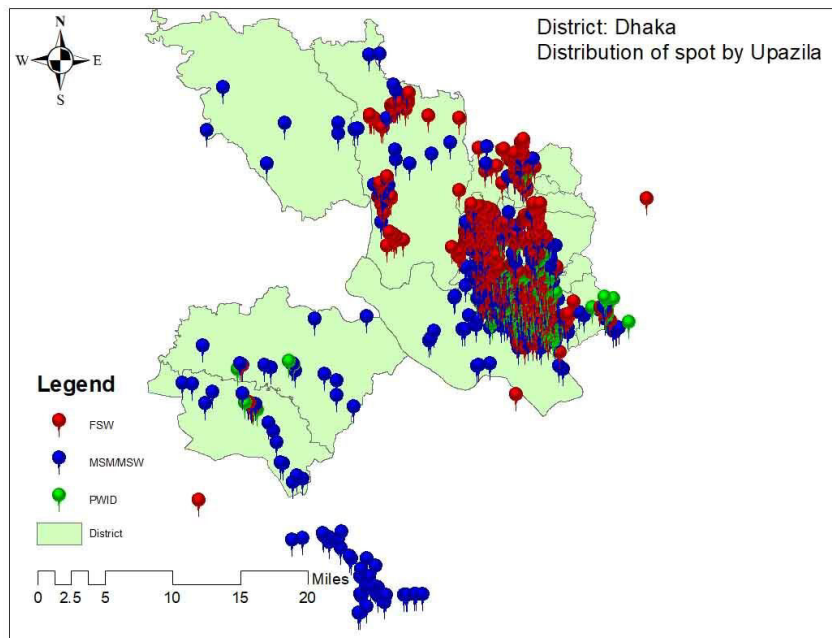
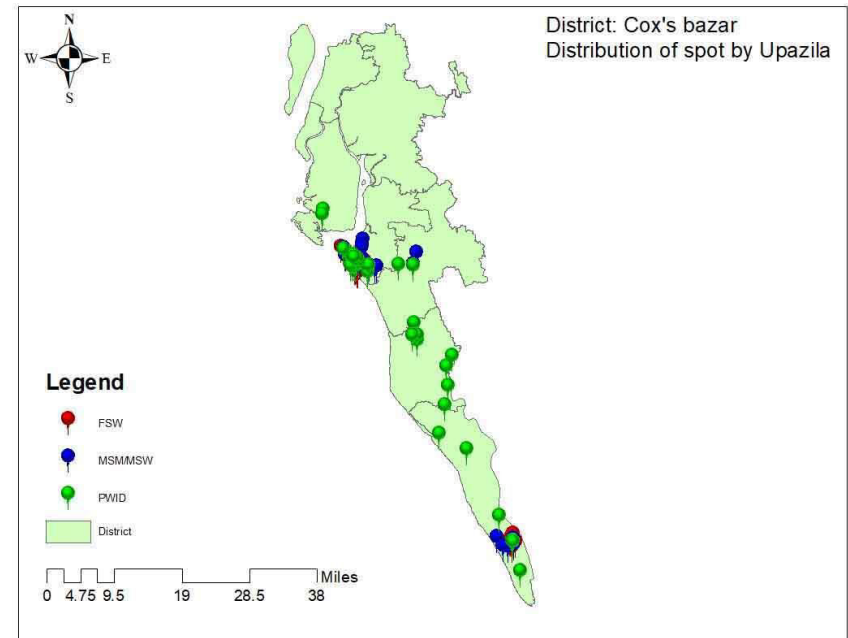
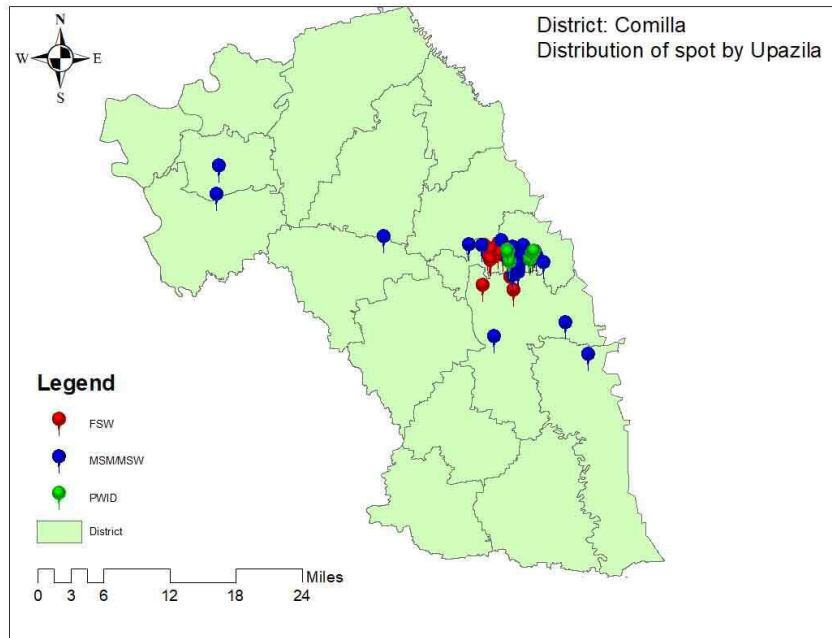
16. National AIDS/STD Programme (NASP). Counting the numbers of males who have sex with males, male sex workers and hijra in Bangladesh to provide HIV prevention services. National AIDS/STD Programme (NASP), Government of the People's Republic of Bangladesh (GoB), Ministry of Health and Family Welfare, Government of Bangladesh and icddr,b, 2012.
17. NASP 2016. Mapping study and Size Estimates of Key Populations in Bangladesh for HIV programme, Dhaka, Bangladesh: Ministry of Health and Family Welfare, Most at Risk Populations for HIV In Bangladesh.
18. WHO 2016. Estimating sizes of key populations: guide for HIV programming in countries of the Middle East and North Africa / World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean
19. JMIR Public Health Surveill 2019;5(1):e11194 doi: 10.2196/11194
20. National AIDS Control Organization (2020). Programmatic Mapping and Population Size Estimation (p-MPSE) of High-Risk Groups: Operational Manual. New Delhi: NACO, Ministry of Health and Family Welfare, Government of India.
21. WHO, UNAIDS 2010. Guidelines on Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV.

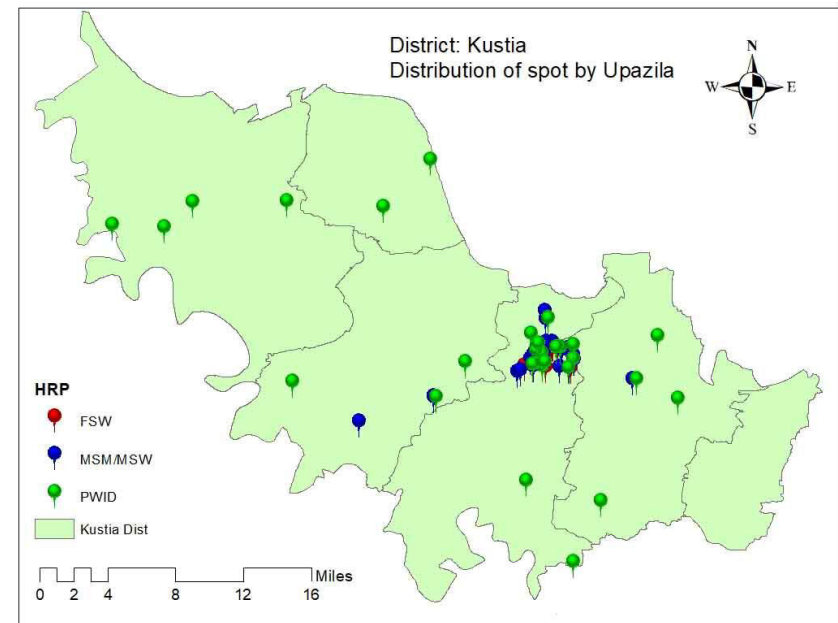
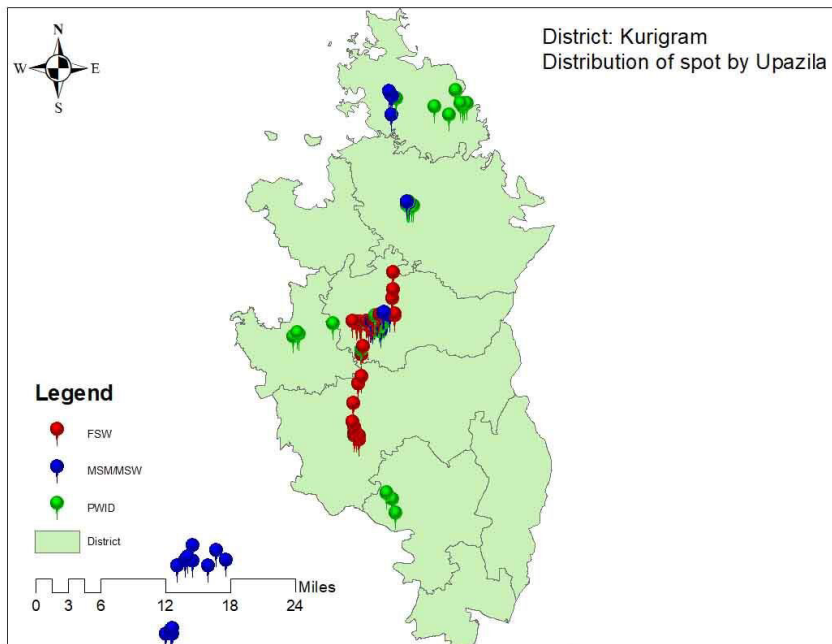
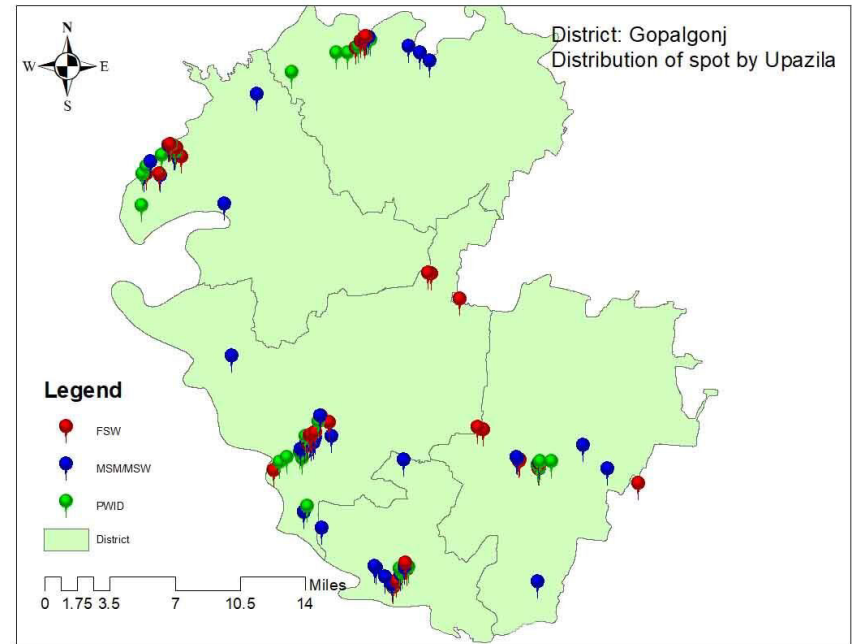
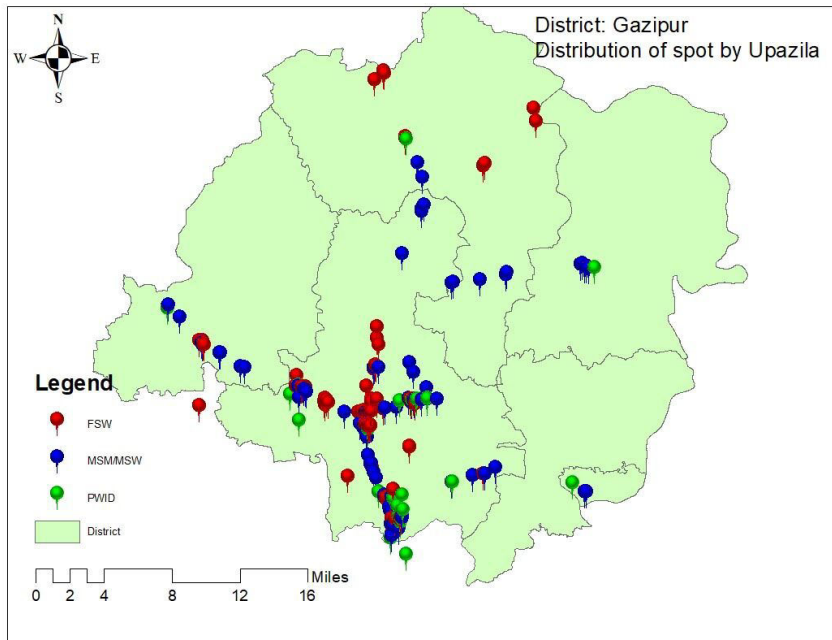
Field Research Team

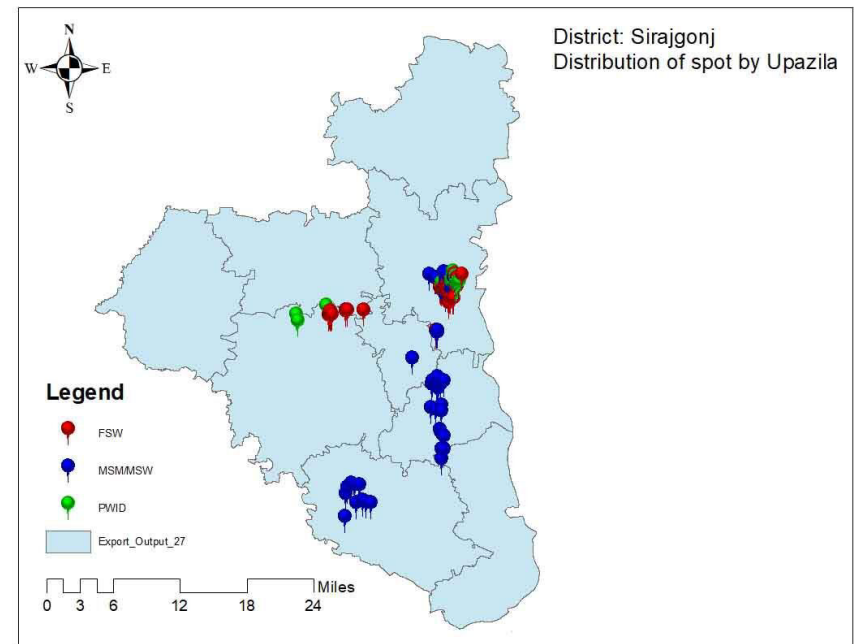
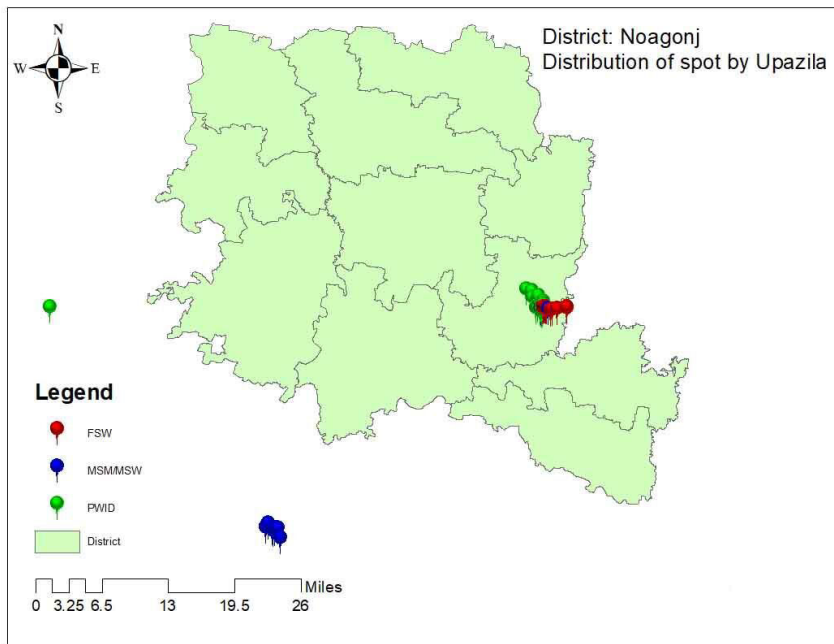
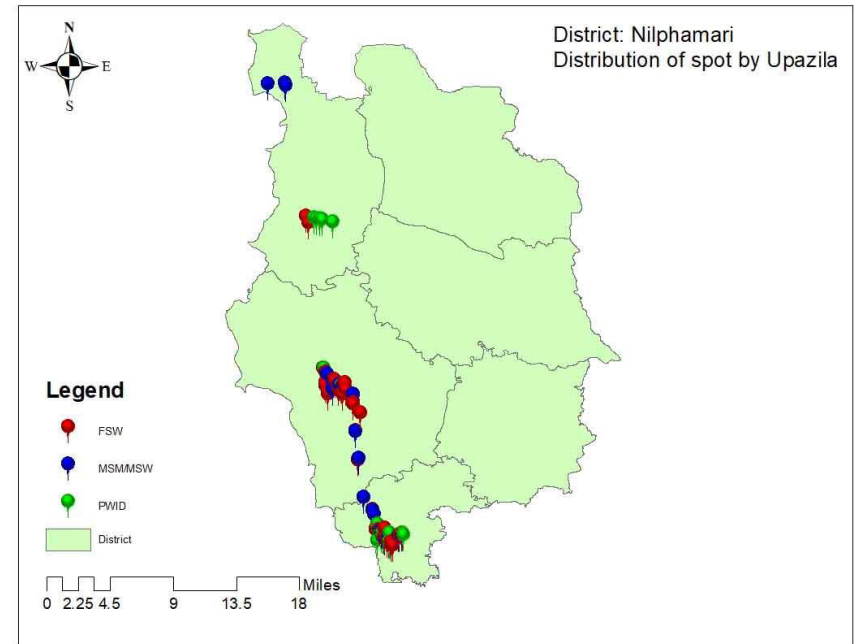
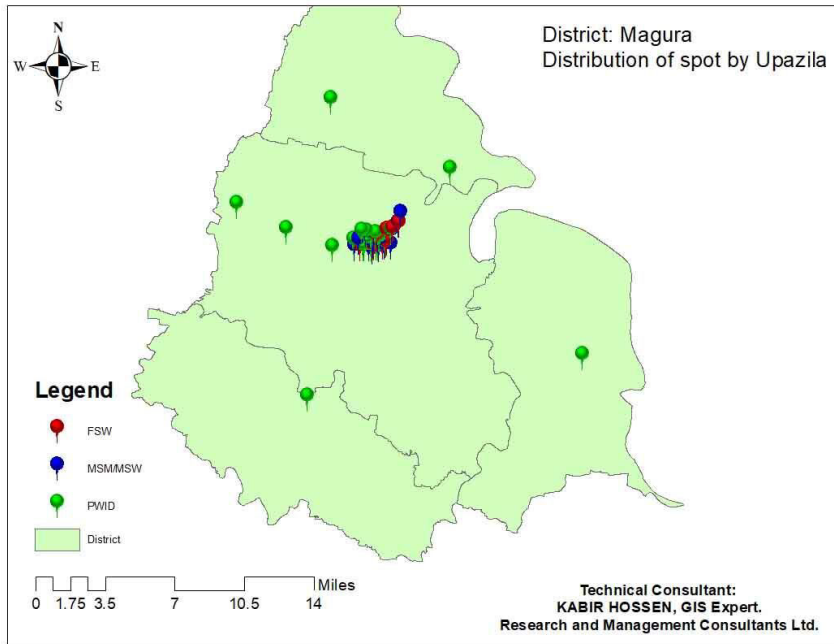
#	Name	Designation
1	Md. Sirajul Islam	Field Research Assistant (FRA)
2	Md. Shamim Al Mamun	Field Research Assistant (FRA)
3	Kh. Pervez Ur Rahman	Field Research Assistant (FRA)
4	Shyan Kumar Sarkar	Field Research Assistant (FRA)
5	Ms. Rekha Akter (Afrin)	Field Research Assistant (FRA)
6	Shahariar Islam Shawon	Field Research Assistant (FRA)
7	Md. Shahriar Alam	Field Research Assistant (FRA)
8	Md. Sharifur Reza	Field Research Assistant (FRA)
9	Md. Shahin Howlader	Field Research Assistant (FRA)
10	Mr. Anower Hosen	Field Research Assistant (FRA)
11	Ms. Nazmin Nahar	Field Research Assistant (FRA)
12	Ms. Afrin Aktar	Field Research Assistant (FRA)
13	Miss Rozina Parvin	Field Research Assistant (FRA)
14	Mohammad Mahdy Hasan	Field Research Assistant (FRA)
15	Ms. Maksuda Begum	Field Research Assistant (FRA)
16	Anup Kumar Ghosh	Field Research Assistant (FRA)
17	Tanvir Ahmed	Field Research Assistant (FRA)
18	Ms. Pakhi Akter	Field Research Assistant (FRA)
19	Mehedi Hasan Raj	Field Research Assistant (FRA)
20	Md. Majibur Rahman Khan	Field Research Assistant (FRA)
21	AKM Ezajul Islam	Team Leader
22	Muhammad Arafat Hossain (Rahat)	Team Leader
23	Md. Golam Mostafa	Team Leader

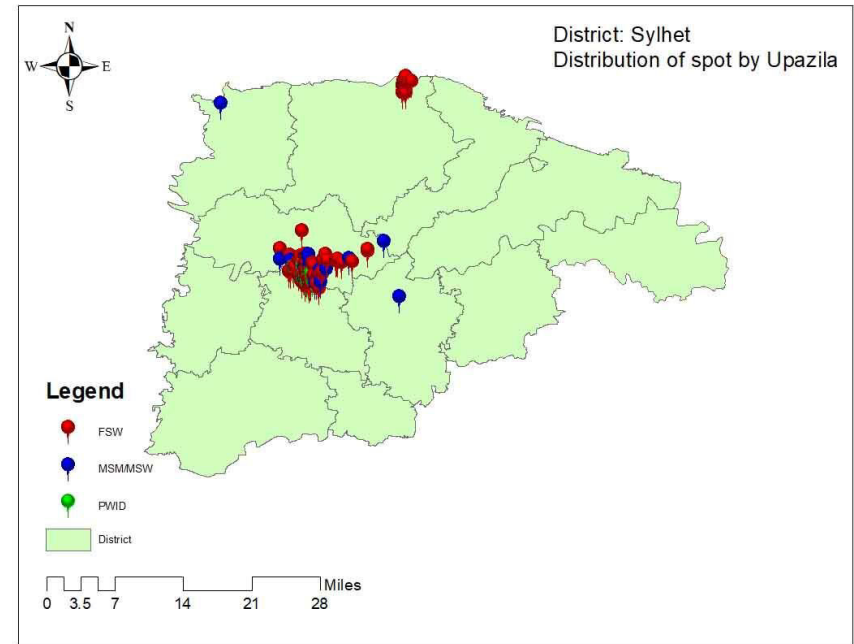
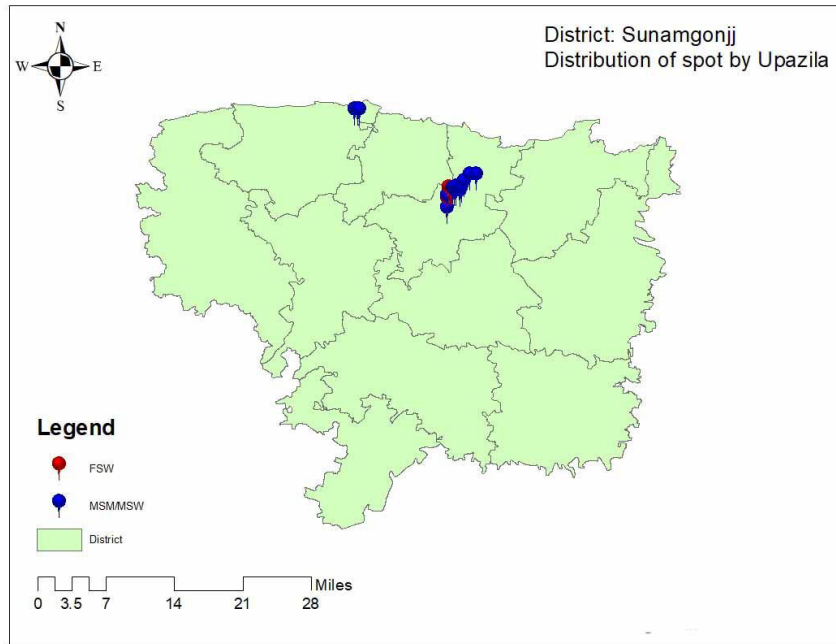












1a. District Level Group Discussion Tool

Size Estimation of Key Population in District in Bangladesh Group Discussion Guideline for Broad Mapping with Key Stakeholders

আমরা বাংলাদেশ সরকারের জাতীয় এইডস এবং এসটিডি কন্ট্রোল প্রোগ্রাম (ASP) এর নেতৃত্বে পরিচালিত গবেষণার জন্য তথ্য সংগ্রহ করতে ডিপার্টমেন্ট অফ পাবলিক হেলথ এন্ড ইনফরম্যাটিকস, বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিব মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এসেছি। আপনি জানেন যে, আমরা সকলেই এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের সমান ঝুঁকিতে নেই তবে আমাদের কিছু বন্ধু এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের অধিকতর ঝুঁকিতে আছে, যারা আমাদের মতোই। এই কারণেই সরকার এই ধরনের লোকেদের এসটিআই/এইচআইভি-তে তাদের ঝুঁকি কমাতে এবং তাদের জীবনযাত্রার মান উন্নত করতে প্রয়োজনীয় সহায়তা এবং সেবা নিশ্চিত করার পরিকল্পনা করে। যেহেতু এই ধরনের কোনো প্রোগ্রাম বা সেবা পরিকল্পনার জন্য তাদের সংখ্যা/অবস্থান/কাজের সময় ইত্যাদি সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন হবে, তাই আমরা এই ধরনের তথ্য পেতে এবং প্রয়োজনীয়তাগুলি মূল্যায়ন করতে আপনার সহযোগিতা পেতে এখানে এসেছি।

সবাইকে একে একে নিজের সংক্ষিপ্ত পরিচয় দেয়ার অনুরোধ করছি; আমি শুরু করছি-

#	নাম	মোবাইল নম্বর	প্রতিষ্ঠানের নাম	এসটিআই/এইচআইভি'র ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠী (কী-পপুলেশন) নিয়ে কাজের অভিজ্ঞতা (বছরে)	এইচআইভি/এইডস প্রোগ্রামে সংশ্লিষ্টতার ধরন
১					
২					
৩					
৪					
৫					
৬					
৭					
৮					
৯					

১০					
১১					
১২					
১৩					
১৪					
১৫					

১ম অংশঃ

১।	আপনার জেলায় কোন ধরনের বুদ্ধিপূর্ণ জনগোষ্ঠী (কী-পপুলেশন) আছে? <মহিলা যৌনকর্মী> < পুরুষ যারা পুরুষের সাথে যৌনকাজ করে/পুরুষ যৌন কর্মী/ হিজড়া সম্প্রদায়> < ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী>
২।	আপনি কি মনে করেন যে সাম্প্রতিক বছরগুলিতে আপনার জেলায় বুদ্ধিপূর্ণ জনগোষ্ঠী (কী-পপুলেশন) উল্লেখযোগ্য হারে বেড়েছে? উত্তর হ্যা হলে তার সম্ভাব্য কারণগুলি কি হতে পারে? <মহিলা যৌনকর্মী> < পুরুষ যারা পুরুষের সাথে যৌনকাজ করে/পুরুষ যৌন কর্মী/ হিজড়া সম্প্রদায়> < ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী>
৩।	উৎসব বা অন্যান্য সময়ে বুদ্ধিপূর্ণ জনগোষ্ঠী (কী-পপুলেশন) দের কর্মকাণ্ড কেমন থাকে? <মহিলা যৌনকর্মী> < পুরুষ যারা পুরুষের সাথে যৌনকাজ করে/পুরুষ যৌন কর্মী/ হিজড়া সম্প্রদায়> < ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী>
৪।	আপনার জেলায় বিভিন্ন বুদ্ধিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর জন্য এসটিআই/এইচআইভি'র কি কি সেবা আছে? <মহিলা যৌনকর্মী> < পুরুষ যারা পুরুষের সাথে যৌনকাজ করে/পুরুষ যৌন কর্মী/ হিজড়া সম্প্রদায়> < ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী>

৫।	বিগত সময়ে আপনার জেলায় বিভিন্ন ব্লকপূর্ণ জনগোষ্ঠীর জন্য এসটিআই/এইচআইভি'র জন্য সেবার কি পরিবর্তন হয়েছে? <মহিলা যৌনকর্মী> < পুরুষ যারা পুরুষের সাথে যৌনকাজ করে/পুরুষ যৌন কর্মী/ হিজড়া সম্প্রদায়> < ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী>
৬।	আপনার মতে জেলায় বিভিন্ন ব্লকপূর্ণ জনগোষ্ঠীর জন্য এসটিআই/এইচআইভি'র জন্য সেবার শক্তিশালী ও দুর্বল দিক আছে? <মহিলা যৌনকর্মী> < পুরুষ যারা পুরুষের সাথে যৌনকাজ করে/পুরুষ যৌন কর্মী/ হিজড়া সম্প্রদায়> < ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী>

২য় অংশঃ

আমরা সকলেই একমত যে, ব্লকপূর্ণ জনগোষ্ঠীকে কার্যকর সেবা প্রদান করা যেতে পারে শুধুমাত্র তাদের অবস্থানের এলাকাগুলির একটি বিস্তৃত ম্যাপিং এবং তাদের সংখ্যা জানার পরে। অতএব, আসুন আমরা এই জেলায় যেসব প্রধান স্থান/স্পটে তাদের কার্যক্রম চলছে তার একটি তালিকা তৈরি করি। অনুগ্রহ করে আমাদের এই জেলার যেখানে বিভিন্ন ব্লকপূর্ণ জনগোষ্ঠী কাজ করে (স্থানগুলি সনাক্ত করতে একটি মানচিত্র ব্যবহার করুন) তাদের অবস্থান সম্পর্কে বলুন এবং নতুন অবস্থান অনুসন্ধান করুন।

ব্লকপূর্ণ জনগোষ্ঠীর নাম	অবস্থান	শহর/গ্রাম	ব্লকপূর্ণ জনগোষ্ঠীর আনুমানিক সংখ্যা (সাব-গ্রুপ সহ উল্লেখ করুন)		মুখ্য তথ্যদাতার নাম	Contact Person	Mobile No.
			সর্বনিম্ন	সর্বোচ্চ			
মহিলা যৌনকর্মী (হোটেল/বাসা/রাস্তা)	১						
	২						
	৩						
	৪						
	৫						
ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী (পুরুষ/মহিলা)	১						
	২						
	৩						
	৪						
	৫						
পুরুষ যারা পুরুষের সাথে যৌনকাজ করে	১						
	২						

	৩						
	৪						
	৫						
পুরুষ যৌন কর্মী	১						
	২						
	৩						
	৪						
	৫						
হিজড়া সম্প্রদায়	১						
	২						
	৩						
	৪						
	৫						

গাইডলাইন

- ১) টিম লিডার সংশ্লিষ্ট সরকারি কর্মকর্তা, এনজিও প্রতিনিধিদের ও সিবিও প্রতিনিধিদের সাথে একদিন আগে যোগাযোগ করবেন এবং জেলায় যেখানে এইচআইভি/এইডস প্রোগ্রাম ইতিমধ্যেই চলছে তার একটি বিস্তারিত তালিকা প্রস্তুত করবেন।
- ২) ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর উপস্থিতি ও অবস্থানের তালিকা স্টেকহোল্ডারদের মিটিংয়ে উপস্থাপন করা হবে। পরবর্তীকালে, সমস্ত স্টেকহোল্ডারদের যেখানে (জেলার অন্যান্য সকল অবস্থান) ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর কার্যক্রম চলছে তার উল্লেখ করার জন্য অনুরোধ করা হবে।
- ৩) গবেষণা দল এই স্থানগুলির প্রতিটি স্পট পরিদর্শন করবে এবং সেগমেন্টেশন পদ্ধতি অবলম্বন করে সেই অবস্থানগুলিতে সাইটগুলির বিস্তৃত ম্যাপিং করবেন।

Tool 1b: Local Level Rapid Assessment

Size Estimation of Key Population in District in Bangladesh

এলাকার নাম (গ্রাম/শহর)

ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর ধরন

আমরা বাংলাদেশ সরকারের জাতীয় এইডস এবং এসটিডি কন্ট্রোল প্রোগ্রাম (ASP) এর নেতৃত্বে পরিচালিত গবেষণার জন্য তথ্য সংগ্রহ করতে ডিপার্টমেন্ট অফ পাবলিক হেলথ এন্ড ইনফরম্যাটিকস, বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিব মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এসেছি। আপনি জানেন যে, আমরা সকলেই এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের সমান ঝুঁকিতে নেই তবে আমাদের কিছু বন্ধু এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের অধিকতর ঝুঁকিতে আছে, যারা আমাদের মতোই। এই কারণেই সরকার এই ধরনের লোকেদের এসটিআই/এইচআইভি-তে তাদের ঝুঁকি কমাতে এবং তাদের জীবনযাত্রার মান উন্নত করতে প্রয়োজনীয় সহায়তা এবং সেবা নিশ্চিত করার পরিকল্পনা করে। যেহেতু এই ধরনের কোনো প্রোগ্রাম/সেবা পরিকল্পনার জন্য তাদের সংখ্যা/অবস্থান/কাজের সময় সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন হবে তাই এই ধরনের তথ্য সংগ্রহ এবং প্রয়োজনীয়তাগুলি মূল্যায়ন করতে আমরা আপনার সহযোগিতা প্রত্যাশা করছি।

তথ্যদাতার নামঃ

- ১)
- ২)
- ৩)

#	স্পটের নাম	ল্যান্ড মার্ক	স্পটের প্রকার (সাব গ্রুপ)	ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর আনুমানিক সংখ্যা		কার্যক্রমের প্রধান সময়
				সর্বোচ্চ	সর্বনিম্ন	
১						
২						
৩						
৪						
৫						

গাইডলাইন

- ১) কোন এলাকায় পৌঁছানোর পরে তা ঘুরে দেখে প্রধান ল্যান্ডমার্ক সমূহ এবং এলাকার একটি সম্ভাব্য সীমানা নির্ধারণ করুন
- ২) কমপক্ষে ২-৩ জন তথ্যদাতাকে খুঁজে বের করুন
- ৩) ল্যান্ডমার্ক সহ এলাকার একটি খসড়া মানচিত্র তৈরি করুন এবং তথ্যদাতাকে প্রধান ল্যান্ডমার্ক সমূহ চিহ্নিত করতে বলুন যেখানে ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর কার্যক্রম চলে থাকে।
- ৪) আর কোন সাইট নেই, এই মর্মে নিশ্চিত হওয়া পর্যন্ত সাইট খুঁজতে থাকুন
- ৫) গবেষণা দল সাইট ও ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর আনুমানিক সংখ্যা নির্ধারণ করবেন এবং তা তথ্যদাতার দেয়া তথ্যের সাথে মিলিয়ে দেখবেন। যদি এই দুইয়ের মধ্যে বড় কোন ব্যবধান থাকে তাহলে গবেষণা দল তার কারণ ব্যাখ্যা করবেন।

Tool 1c: স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট (SIF) মহিলা যৌন কর্মীদের জন্য

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেনঃ স্পটে একাধিক (কমপক্ষে তিনজন) মূল তথ্যদাতাদের সাথে আলোচনার ভিত্তিতে একটি নির্দিষ্ট স্পটের জন্য একটি এবং শুধুমাত্র একটি স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট পূরণ করতে হবে। একাধিক উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ একটি বিশেষ স্পটে পাওয়া গেলে, প্রতিটি উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপের জন্য একটি স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট পূরণ করতে হবে।

১) জেলা					
২) উপজেলা/থানা					
৩) স্পটের অবস্থান (যে কোন ল্যান্ডমার্ক উল্লেখ করুন)					
৪) টার্গেট ইন্টারভেনশনের নাম					
৫) উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ	১) মহিলা যৌন কর্মী 1a. Hotel 1b. Street 1c. Residence				
৬) ১ম পরিদর্শনের তারিখঃ	২য় পরিদর্শনের তারিখঃ	৩য় পরিদর্শনের তারিখঃ			
৮) স্পটের নামঃ	৯) স্পটের কোড নম্বরঃ				
১০) স্পটের অন্তর্ভুক্ত এলাকা	১) বর্তমানে টার্গেট ইন্টারভেনশনের মধ্যে আছে		২) বর্তমানে টার্গেট ইন্টারভেনশনের মধ্যে নাই (নতুন স্পট)		
১১) স্পটের প্রকার	১ পতিতালয়	২ বাড়ী	৩ বার		
	৪ লজ/রেস্তোরা/হোটেল	৫ রাস্তা	৬ রেলস্টেশন		
	৭ বাস স্ট্যান্ড	৮ পার্ক	৯ মার্কেট		
	১০ সিনেমা হল	১১ পরিত্যক্ত এলাকা	১২ সেতুর নীচে		
	১৩ পাবলিক টয়লেট	১৪ মহাসড়ক	১৫ স্পা সেন্টার		
	১৬ ম্যাসেজ পার্লার	১৭ অন্যান্য (উল্লেখ করুন).			
১২) অবস্থান		শহর	উপশহর		
			গ্রাম		
১৩) স্পটের অবস্থা	১= সক্রিয় ২= নিষ্ক্রিয়	নিষ্ক্রিয় হলে কবে থেকে মাস _____ সাল _____ নিষ্ক্রিয়তার প্রাথমিক কারণ _____			
১৪) সক্রিয় হলে ১= প্রবেশযোগ্য ২= প্রবেশযোগ্য নয়					
Sl. No.	SPOT PROFILE				
১৫)	কত মাস/বছর থেকে এই স্পট কার্যকর আছে? (গোল চিহ্ন দিন)	১। < ৩ মাস ২। ৩-৬ মাস ৩। ৭-১১ মাস	৪। ১-২ বছর ৫। ২-৩ বছর ৬। ৩+ বছর		
* কমপক্ষে তিনজন উত্তরদাতার সাথে যোগাযোগ করা হয়েছে এবং তাদের মধ্যে দুজনকে অবশ্যই উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপের এবং একজনকে মাধ্যমিক অংশীদার হতে হবে					
১৬)	এই স্পটের সাথে কতজন মহিলা যৌন কর্মী যুক্ত?	মূল তথ্যদাতার (Key Informant, KI) প্রকার		সর্বোচ্চ	সর্বনিম্ন
		KI1	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____		
		KI2	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____		
		KI3	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____		
		KI4	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____		
		KI5	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____		
		KI6	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____		
		এক্যামতের ভিত্তিতে এই স্পটে প্রাপ্ত মহিলা যৌন কর্মীর সংখ্যা			

১৭।	সপ্তাহের কোন দিন আমরা স্পটে (পিক-ডে) সর্বাধিক সংখ্যক FSW খুঁজে পেতে পারি? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।	সোমবার A মঙ্গলবার B বুধবার... .. C বৃহস্পতিবার D শুক্রবার... .. E শনিবার F রবিবার G সকল দিন H			
১৮।	দিনের কখন (পিক-টাইম) স্পটে সর্বাধিক সংখ্যক মহিলা যৌন কর্মী (FSW) খুঁজে পাওয়া যায়? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।	সকালে A দুপুরে... .. B সন্ধ্যায়... .. C রাতে D ২৪ ঘন্টায় E			
১৯।	যে সকল মহিলা যৌন কর্মী এই স্পটের সাথে যুক্ত, তাদের মধ্যে কতজন (সর্বনিম্ন - সর্বোচ্চ) এই জেলার মধ্যে অন্যান্য স্পটে কাজ করে/ভিজিট করে?	সর্বনিম্ন _____ সর্বোচ্চ _____			
২০।	উচ্চ-বুকের গ্রুপ (HRG) যারা এই স্পটের সাথে যুক্ত, তাদের মধ্যে কতজন ১৯ বছরের কম? (সর্বনিম্ন - সর্বোচ্চ)	সর্বনিম্ন _____ সর্বোচ্চ _____			
২১।	মহিলা যৌন কর্মী ছাড়াও এই স্পটের সাথে অন্যান্য HRG সংযুক্ত আছে কি? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।	১। MSM/MSW ৩। PWID ২। TG ৪। No other HRG			
নতুন স্পট তালিকার জন্য অন্যান্য স্পটের তথ্য					
অনুগ্রহ করে আমাদের এই এলাকায় এরকম অন্য কোনো জায়গা আছে কি-না জানান*, যেখানে HRG কাজ/ভিজিট করে					
#	স্পটের নাম	ঠিকানা	সম্ভাব্য স্টেকহোল্ডারদের নাম এবং যোগাযোগের ঠিকানা	HRG এর প্রকার (FSW/ MSM/ MSW/ PWID/TG)	স্পটের প্রকার
১					
২					
৩					
৪					
৫					
* তথ্য সংগ্রাহককে অবশ্যই কভারেজ অনুযায়ী টার্গেট এলাকাটি সংজ্ঞায়িত করতে হবে, e.g. TI- covered area or non-TI covered area. যে ওয়ার্ড/শহর/গ্রামগুলির জন্য তথ্য সংগ্রহ করা হচ্ছে সেগুলির নাম উল্লেখ করে এটি জিজ্ঞাসা করা যেতে পারে। # যদি একটি স্পটে একাধিক HRG থাকে, তাহলে অনুগ্রহ করে সেগুলিকে একটি পৃথক সারিতে উল্লেখ করুন।					

স্পটের মানচিত্র

Tool 1d: স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট (SIF) পুরুষ যারা পুরুষের সাথে যৌন কাজ করে

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেনঃ স্পটে একাধিক (কমপক্ষে তিনজন) মূল তথ্যদাতাদের সাথে আলোচনার ভিত্তিতে একটি নির্দিষ্ট স্পটের জন্য একটি এবং শুধুমাত্র একটি স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট পূরণ করতে হবে। একাধিক উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ একটি বিশেষ স্পটে পাওয়া গেলে, প্রতিটি উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপের জন্য একটি স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট পূরণ করতে হবে।

১) জেলা							
২) উপজেলা/থানা							
৩) স্পটের অবস্থান (যে কোন ল্যান্ডমার্ক উল্লেখ করুন)							
৪) টার্গেট ইন্টারভেনশনের নাম							
৫) উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ	১) পুরুষ যারা পুরুষের সাথে যৌন কাজ করে						
৬। ১ম পরিদর্শনের তারিখঃ	২য় পরিদর্শনের তারিখঃ	৩য় পরিদর্শনের তারিখঃ					
৮) স্পটের নাম				৯) স্পটের কোড নম্বর			
১০) স্পটের অন্তর্ভুক্ত এলাকা	১) বর্তমানে টার্গেট ইন্টারভেনশনের মধ্যে আছে		২) বর্তমানে টার্গেট ইন্টারভেনশনের মধ্যে নাই (নতুন স্পট)				
১১) স্পটের প্রকার	১	পতিতালয়	২	বাড়ী	৩	বার	
	৪	লজ/রেস্তোরা/হোটেল	৫	রাস্তা	৬	রেলস্টেশন	
	৭	বাস স্ট্যান্ড	৮	পার্ক	৯	মার্কেট	
	১০	সিনেমা হল	১১	পরিত্যক্ত এলাকা	১২	সেতুর নীচে	
	১৩	পাবলিক টয়লেট	১৪	মহাসড়ক	১৫	স্পা সেন্টার	
	১৬	ম্যাসেজ পার্কার	১৭	অন্যান্য (উল্লেখ করুন)			
১২) অবস্থান				শহর	উপশহর	গ্রাম	
১৩) স্পটের অবস্থা	১= সক্রিয় ২= নিষ্ক্রিয়	নিষ্ক্রিয় হলে কবে থেকে মাস _____ সাল _____ নিষ্ক্রিয়তার প্রাথমিক কারণ _____					
১৪) সক্রিয় হলে ১= প্রবেশযোগ্য ২= প্রবেশযোগ্য নয়							
Sl. No.	SPOT PROFILE						
১৫)	কত মাস/বছর থেকে এই স্পট কার্যকর আছে? (গোল চিহ্ন দিন)		১। < ৩ মাস ২। ৩-৬ মাস ৩। ৭-১১ মাস	৪। ১-২ বছর ৫। ২-৩ বছর ৬। ৩+ বছর			
* কমপক্ষে তিনজন উত্তরদাতার সাথে যোগাযোগ করা হয়েছে এবং তাদের মধ্যে দুজনকে অবশ্যই উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপের এবং একজনকে মাধ্যমিক অংশীদার হতে হবে							
১৬)	এই স্পটের সাথে কতজন MSM যুক্ত?	মূল তথ্যদাতার (Key Informant, KI) প্রকার			সর্বোচ্চ	সর্বনিম্ন	
		KI1	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI2	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI3	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI4	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI5	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
	KI6	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____					
ঐক্যমতের ভিত্তিতে এই স্পটে প্রাপ্ত MSM এর সংখ্যা							

১৭।	সপ্তাহের কোন দিন আমরা স্পটে (পিক-ডে) সর্বাধিক সংখ্যক MSM খুঁজে পেতে পারি? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।	সোমবার A মঙ্গলবার B বুধবার... .. C বৃহস্পতিবার D শুক্রবার... .. E শনিবার F রবিবার G প্রতি দিন H			
১৮।	দিনের কখন (পিক-টাইম) স্পটে সর্বাধিক সংখ্যক MSM খুঁজে পাওয়া যায়? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।	সকালে A দুপুরে... .. B সন্ধ্যায়... .. C রাতে D ২৪ ঘন্টায় E			
১৯।	যে সকল MSM এই স্পটের সাথে যুক্ত, তাদের মধ্যে কতজন (সর্বনিম্ন - সর্বোচ্চ) এই জেলার মধ্যে অন্যান্য স্পটে কাজ করে/ভিজিট করে?	সর্বনিম্ন _____ সর্বোচ্চ _____			
২০।	উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ (HRG) যারা এই স্পটের সাথে যুক্ত, তাদের মধ্যে কতজন ১৯ বছরের কম? (সর্বনিম্ন - সর্বোচ্চ)	সর্বনিম্ন _____ সর্বোচ্চ _____			
২১।	MSM ছাড়াও এই স্পটের সাথে অন্যান্য HRG সংযুক্ত আছে কি? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।	১। FSW ৩। PWID ২। TG ৪। No other HRG			
নতুন স্পট তালিকার জন্য অন্যান্য স্পটের তথ্য					
অনুগ্রহ করে আমাদের এই এলাকায় এরকম অন্য কোনো জায়গা আছে কি-না জানান*, যেখানে HRG কাজ/ভিজিট করে					
#	স্পটের নাম	ঠিকানা	সম্ভাব্য স্টেকহোল্ডারদের নাম এবং যোগাযোগের ঠিকানা	HRG এর প্রকার (FSW/ MSM/ MSW/PWID/ TG)	স্পটের প্রকার
১					
২					
৩					
৪					
৫					
* তথ্য সংগ্রহককে অবশ্যই কভারেজ অনুযায়ী টার্গেট এলাকাটি সংজ্ঞায়িত করতে হবে, e.g. TI- covered area or non-TI covered area. যে ওয়ার্ড/শহর/গ্রামগুলির জন্য তথ্য সংগ্রহ করা হচ্ছে সেগুলির নাম উল্লেখ করে এটি জিজ্ঞাসা করা যেতে পারে।					

স্পটের মানচিত্র

Tool 1e : স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট (HIF) হিজড়া সম্প্রদায়

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেনঃ স্পটে একাধিক (কমপক্ষে তিনজন) মূল তথ্যদাতাদের সাথে আলোচনার ভিত্তিতে একটি নির্দিষ্ট স্পটের জন্য একটি এবং শুধুমাত্র একটি স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট পূরণ করতে হবে। একাধিক উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ একটি বিশেষ স্পটে পাওয়া গেলে, প্রতিটি উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপের জন্য একটি স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট পূরণ করতে হবে।

১) জেলা							
২) উপজেলা/থানা							
৩) স্পটের অবস্থান (যে কোন ল্যান্ডমার্ক উল্লেখ করুন)							
৪) টার্গেট ইন্টারভেনশনের নাম							
৫) উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ	১) হিজড়া সম্প্রদায়						
৬। ১ম পরিদর্শনের তারিখঃ	২য় পরিদর্শনের তারিখঃ	৩য় পরিদর্শনের তারিখঃ					
৮) স্পটের নাম				৯) স্পটের কোড নম্বর			
১০) স্পটের অন্তর্ভুক্ত এলাকা	১) বর্তমানে টার্গেট ইন্টারভেনশনের মধ্যে আছে		২) বর্তমানে টার্গেট ইন্টারভেনশনের মধ্যে নাই (নতুন স্পট)				
১১) স্পটের প্রকার	১	পতিতালয়	২	বাড়ী	৩	বার	
	৪	লজ/রেস্তোরা/হোটেল	৫	রাস্তা	৬	রেলস্টেশন	
	৭	বাস স্ট্যান্ড	৮	পার্ক	৯	মার্কেট	
	১০	সিনেমা হল	১১	পরিত্যক্ত এলাকা	১২	সেতুর নীচে	
	১৩	পাবলিক টয়লেট	১৪	মহাসড়ক	১৫	স্পা সেন্টার	
	১৬	ম্যাসেজ পার্কার	১৭	অন্যান্য (উল্লেখ করুন)			
১২) অবস্থান				শহর	উপশহর	গ্রাম	
১৩) স্পটের অবস্থা	১= সক্রিয় ২= নিষ্ক্রিয়	নিষ্ক্রিয় হলে কবে থেকে মাস _____ সাল _____ নিষ্ক্রিয়তার প্রাথমিক কারণ _____					
১৪) সক্রিয় হলে ১= প্রবেশযোগ্য ২= প্রবেশযোগ্য নয়							
Sl. No.	SPOT PROFILE						
১৫)	কত মাস/বছর থেকে এই স্পট কার্যকর আছে? (গোল চিহ্ন দিন)		১। < ৩ মাস ২। ৩-৬ মাস ৩। ৭-১১ মাস	৪। ১-২ বছর ৫। ২-৩ বছর ৬। ৩+ বছর			
* কমপক্ষে তিনজন উত্তরদাতার সাথে যোগাযোগ করা হয়েছে এবং তাদের মধ্যে দুজনকে অবশ্যই উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপের এবং একজনকে মাধ্যমিক অংশীদার হতে হবে							
১৬)	এই স্পটের সাথে কতজন হিজড়া যুক্ত?	মূল তথ্যদাতার (Key Informant, KI) প্রকার			সর্বোচ্চ	সর্বনিম্ন	
		KI1	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI2	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI3	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI4	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI5	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
	KI6	১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____					
এক্যামতের ভিত্তিতে এই স্পটে প্রাপ্ত হিজড়ার সংখ্যা							

১৭।	সপ্তাহের কোন দিন আমরা স্পটে (পিক-ডে) সর্বাধিক সংখ্যক হিজড়া খুঁজে পেতে পারি? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।	সোমবার A মঙ্গলবার B বুধবার... .. C বৃহস্পতিবার D শুক্রবার... .. E শনিবার F রবিবার G সকল দিন H			
১৮।	দিনের কখন (পিক-টাইম) স্পটে সর্বাধিক সংখ্যক হিজড়া খুঁজে পাওয়া যায়? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।	সকালে A দুপুরে... .. B সন্ধ্যায়... .. C রাতে D ২৪ ঘন্টায় E			
১৯।	যে সকল হিজড়া এই স্পটের সাথে যুক্ত, তাদের মধ্যে কতজন (সবনিম্ন - সর্বোচ্চ) এই জেলার মধ্যে অন্যান্য স্পটে কাজ করে/ভিজিট করে?	সবনিম্ন _____ সর্বোচ্চ _____			
২০।	উচ্চ-বুকের গ্রুপ (HRG) যারা এই স্পটের সাথে যুক্ত, তাদের মধ্যে কতজন ১৯ বছরের কম? (সবনিম্ন - সর্বোচ্চ)	সবনিম্ন _____ সর্বোচ্চ _____			
২১।	হিজড়া ছাড়াও এই স্পটের সাথে অন্যান্য HRG সংযুক্ত আছে কি? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।	১। FSW ৩। PWID ২। MSM ৪। No other HRG			
নতুন স্পট তালিকার জন্য অন্যান্য স্পটের তথ্য					
অনুগ্রহ করে আমাদের এই এলাকায় এরকম অন্য কোনো জায়গা আছে কি-না জানান*, যেখানে HRG কাজ/ভিজিট করে					
#	স্পটের নাম	ঠিকানা	সম্ভাব্য স্টেকহোল্ডারদের নাম এবং যোগাযোগের ঠিকানা	HRG এর প্রকার (FSW/ MSM/MSW/ PWID/ TG)	স্পটের প্রকার
১					
২					
৩					
৪					
৫					
* তথ্য সংগ্রাহককে অবশ্যই কভারেজ অনুযায়ী টার্গেট এলাকাটি সংজ্ঞায়িত করতে হবে, e.g. TI- covered area or non-TI covered area. যে ওয়ার্ড/শহর/গ্রামগুলির জন্য তথ্য সংগ্রহ করা হচ্ছে সেগুলির নাম উল্লেখ করে এটি জিজ্ঞাসা করা যেতে পারে।					

স্পটের মানচিত্র

Tool 1f: স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট (SIF) ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী

অনুগ্রহ করে মনে রাখবেনঃ স্পটে একাধিক (কমপক্ষে তিনজন) মূল তথ্যদাতাদের সাথে আলোচনার ভিত্তিতে একটি নির্দিষ্ট স্পটের জন্য একটি এবং শুধুমাত্র একটি স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট পূরণ করতে হবে। একাধিক উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ একটি বিশেষ স্পটে পাওয়া গেলে, প্রতিটি উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপের জন্য একটি স্পট ইনফরমেশন ফরম্যাট পূরণ করতে হবে।

১) জেলা								
২) উপজেলা/থানা								
৩) স্পটের অবস্থান (যে কোন ল্যান্ডমার্ক উল্লেখ করুন)								
৪) টার্গেট ইন্টারভেনশনের নাম								
৫) উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ		১) ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী 1a. Male 1b. Female						
৬। ১ম পরিদর্শনের তারিখঃ		২য় পরিদর্শনের তারিখঃ		৩য় পরিদর্শনের তারিখঃ				
৮) স্পটের নাম				৯) স্পটের কোড নম্বর				
১০) স্পটের অন্তর্ভুক্ত এলাকা		১) বর্তমানে টার্গেট ইন্টারভেনশনের মধ্যে আছে		২) বর্তমানে টার্গেট ইন্টারভেনশনের মধ্যে নাই (নতুন স্পট)				
১১) স্পটের প্রকার	১	পতিতালয়	২	বাড়ী	৩	বার		
	৪	লজ/রেস্তোরা/হোটেল	৫	রাস্তা	৬	রেলস্টেশন		
	৭	বাস স্ট্যান্ড	৮	পার্ক	৯	মার্কেট		
	১০	সিনেমা হল	১১	পরিত্যক্ত এলাকা	১২	সেতুর নীচে		
	১৩	পাবলিক টয়লেট	১৪	মহাসড়ক	১৫	স্পা সেন্টার		
	১৬	ম্যাসেজ পার্কার	১৭	অন্যান্য (উল্লেখ করুন)				
১২) অবস্থান				শহর	উপশহর	গ্রাম		
১৩) স্পটের অবস্থা		১= সক্রিয় ২= নিষ্ক্রিয়	নিষ্ক্রিয় হলে কবে থেকে মাস _____ সাল _____ নিষ্ক্রিয়তার প্রাথমিক কারণ _____					
১৪) সক্রিয় হলে ১= প্রবেশযোগ্য ২= প্রবেশযোগ্য নয়								
Sl. No.		HOTSPOT PROFILE						
১৫)		কত মাস/বছর থেকে এই স্পট কার্যকর আছে? (গোল চিহ্ন দিন)		১। < ৩ মাস ২। ৩-৬ মাস ৩। ৭-১১ মাস	৪। ১-২ বছর ৫। ২-৩ বছর ৬। ৩+ বছর			
* কমপক্ষে তিনজন উত্তরদাতার সাথে যোগাযোগ করা হয়েছে এবং তাদের মধ্যে দুজনকে অবশ্যই উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপের এবং একজনকে মাধ্যমিক অংশীদার হতে হবে								
১৬)		এই স্পটের সাথে কতজন ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী যুক্ত?				মূল তথ্যদাতার (Key Informant, KI) প্রকার	সর্বোচ্চ	সবনিম্ন
		KI1		১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI2		১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI3		১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI4		১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI5		১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI6		১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		ঐক্যমতের ভিত্তিতে এই স্পটে প্রাপ্ত ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারীর সংখ্যা						
১৭)		এই স্পটের সাথে যুক্ত ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারীদের মধ্যে কতজন মহিলা?				মূল তথ্যদাতার (Key Informant, KI) প্রকার	সর্বোচ্চ	সবনিম্ন
		KI1		১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				
		KI2		১= উচ্চ-ঝুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____				

		KI3	১= উচ্চ-বুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____			
		KI4	১= উচ্চ-বুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____			
		KI5	১= উচ্চ-বুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____			
		KI6	১= উচ্চ-বুঁকির গ্রুপ ২= স্থানীয় দারোয়ান ৩= অন্যান্য অংশীদার / তথ্যদাতা (উল্লেখ করুন) _____			
		ঐক্যমতের ভিত্তিতে এই স্পটে প্রাপ্ত ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারীর সংখ্যা				
১৮।	সপ্তাহের কোন দিন আমরা স্পটে (পিক-ডে) সর্বাধিক সংখ্যক ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী খুঁজে পেতে পারি? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।		সোমবার A মঙ্গলবার B বুধবার C বৃহস্পতিবার D শুক্রবার E শনিবার F রবিবার G সকল দিন H			
১৯।	দিনের কখন (পিক-টাইম) স্পটে সর্বাধিক সংখ্যক ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী খুঁজে পাওয়া যায়? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।		সকালে A দুপুরে B সন্ধ্যায় C রাতে D ২৪ ঘন্টায় E			
২০।	যে সকল ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী এই স্পটের সাথে যুক্ত, তাদের মধ্যে কতজন (সর্বনিম্ন - সর্বোচ্চ) এই জেলার মধ্যে অন্যান্য স্পটে কাজ করে/ভিজিট করে?		সর্বনিম্ন _____ সর্বোচ্চ _____			
২১।	উচ্চ-বুঁকির গ্রুপ (HRG) যারা এই স্পটের সাথে যুক্ত, তাদের মধ্যে কতজন ১৯ বছরের কম? (সর্বনিম্ন - সর্বোচ্চ)		সর্বনিম্ন _____ সর্বোচ্চ _____			
২২।	ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহনকারী ছাড়াও এই স্পটের সাথে অন্যান্য HRG সংযুক্ত আছে কি? (একাধিক উত্তর হতে পারে) প্রযোজ্য উত্তরে গোল চিহ্ন দিন।		১। FSW ৩। TG	২। MSM ৪। No other HRG		
নতুন স্পট তালিকার জন্য অন্যান্য স্পটের তথ্য						
অনুগ্রহ করে আমাদের এই এলাকায় এরকম অন্য কোনো জায়গা আছে কি-না জানান*, যেখানে HRG কাজ/ভিজিট করে						
#	স্পটের নাম	ঠিকানা	সম্ভাব্য স্টেকহোল্ডারদের নাম এবং যোগাযোগের ঠিকানা	HRG এর প্রকার (FSW/MSM/MSW/PWID/ TG)	স্পটের প্রকার	
১						
২						
৩						
৪						
৫						
* তথ্য সংগ্রাহককে অবশ্যই কভারেজ অনুযায়ী টার্গেট এলাকাটি সংজ্ঞায়িত করতে হবে, e.g. TI- covered area or non-TI covered area. যে ওয়ার্ড/শহর/গ্রামগুলির জন্য তথ্য সংগ্রহ করা হচ্ছে সেগুলির নাম উল্লেখ করে এটি জিজ্ঞাসা করা যেতে পারে।						

স্পটের মানচিত্র

গোপনীয়

Behaviour Tool: FSW

ভূমিকা

আমার নাম _____ এবং আমার সহকর্মীর নাম _____ ।
আমরা বাংলাদেশ সরকারের জাতীয় এইডস এবং এসটিডি কন্ট্রোল প্রোগ্রাম (ASP) এর নেতৃত্বে পরিচালিত গবেষণার জন্য তথ্য সংগ্রহ করতে ডিপার্টমেন্ট অফ পাবলিক হেলথ এন্ড ইনফরম্যাটিকস, বঙ্গ বন্ধু শেখ মুজিব মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এসেছি। আপনি জানেন যে, আমরা সকলেই এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের সমান ঝুঁকিতে নই তবে আমাদের কিছু বন্ধু এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের অধিকতর ঝুঁকিতে আছে, যারা আমাদের মতোই। এই কারণেই সরকার এই ধরনের লোকেদের এসটিআই/এইচআইভি-তে তাদের ঝুঁকি কমাতে এবং তাদের জীবনযাত্রার মান উন্নত করতে প্রয়োজনীয় সহায়তা এবং সেবা নিশ্চিত করার পরিকল্পনা করে। যেহেতু এই ধরনের কোনো প্রোগ্রাম বা সেবা পরিকল্পনার জন্য তাদের সংখ্যা/অবস্থান/কাজের সময় ইত্যাদি সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন হবে, তাই আমরা এই ধরনের তথ্য পেতে এবং প্রয়োজনীয়তাগুলি মূল্যায়ন করতে আপনার সহযোগিতা পেতে এখানে এসেছি।

গোপনীয়তা এবং সম্মতি:

এই সাক্ষাৎকারে আমরা আপনাকে এইচআইভি/এইডগুলির জন্য মূল ঝুঁকিপূর্ণ জনসংখ্যা যেমন FSW, MSM/MSW, HIJA এবং PWID সম্পর্কে কিছু প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করব, যেমন- বিভিন্ন স্থানে তাদের উপস্থিতি, তাদের সংখ্যা, ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ এবং এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত সেবা ইত্যাদি। আপনার যদি সমীক্ষা সম্পর্কে আরও তথ্য জানার প্রয়োজন হয়, আপনি _____ এবং মোবাইল নম্বর _____-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

এই সাক্ষাৎকারের জন্য সাধারণত প্রায় ২৫ থেকে ৩০ মিনিট সময় প্রয়োজন হবে। আপনার দেওয়া সমস্ত উত্তর গোপন রাখা হবে এবং আমাদের সমীক্ষা দলের সদস্যদের ছাড়া অন্য কারো সাথে শেয়ার করা হবে না। তবে আমরা আশা করি আপনি আমাদের প্রশ্নের উত্তর/মতামত দিতে সম্মত হবেন কারণ আপনার মতামত আমাদের জন্য খুবই গুরুত্বপূর্ণ।

আমরা যদি আপনাকে এমন কোনো প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করি যার উত্তর আপনি দিতে চান না, তাহলে আমাদেরকে বলবেন এবং আমরা পরবর্তী প্রশ্নে চলে যাব। আপনি যে কোনো সময় সাক্ষাৎকার দেয়া বন্ধ করতে পারেন। আমরা এই সমীক্ষায় আপনার সহযোগিতার প্রশংসা করি।

আপনি কি কিছু জানতে চান?

আমি কি এখন সাক্ষাৎকার শুরু করতে পারি?

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকার দিতে সম্মত হয়েছেন :

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকার দিতে রাজি নন: → থামুন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর : _____ তারিখ: _____/_____/_____

চিহ্নিতকরণ

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories
১০০	উত্তরদাতার প্রকার / FSW (KP)	বাসস্থান ভিত্তিক মহিলা যৌন কর্মী..... ১ রাস্তা ভিত্তিক মহিলা যৌন কর্মী..... ২ হোটেল ভিত্তিক মহিলা যৌন কর্মী..... ৩ পতিতালয় ভিত্তিক মহিলা যৌন কর্মী..... ৪ অনিয়মিত মহিলা যৌন কর্মী..... ৫

১.০ ব্যক্তিগত তথ্যাদি

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
১০১	গত জন্মদিনে আপনার বয়স কত ছিল?	বয়স (বছরে) <input type="text"/> <input type="text"/> জানা নেই ৯৮ উত্তর দেয়নি ৯৯	
১০২	এ যাবৎ আপনি কত বছর পড়ালেখা করেছেন?	বছর (সংখ্যায় লিখুন) <input type="text"/> <input type="text"/> এক বছরের কম ০০ কখনও স্কুলে যায় নি ৯৭ উত্তর দেয়নি ৯৯	
১০৩	আপনার বর্তমান বৈবাহিক অবস্থা কি? (যে কোন একটি উত্তর গ্রহণ করুন)	অবিবাহিত ১ বর্তমানে বিবাহিত ২ আলাদা থাকে / তালাকপ্রাপ্ত/ বিধবা ৩ উত্তর দেয়নি ৯৯	
১০৪	আপনি কি বর্তমানে আপনার স্বামী/ নিয়মিত যৌন সংগীর সাথে বসবাস করছেন?	হ্যাঁ ১ না ২ উত্তর দেয়নি ৯৯	
১০৫	আপনি কি বর্তমানে কোন জন্মনিয়ন্ত্রন পদ্ধতি ব্যবহার করছেন?	হ্যাঁ ১ না ২ উত্তর দেয়নি ৯৯	১০৭ ১০৭
১০৬	আপনি বর্তমানে কোন জন্মনিয়ন্ত্রন পদ্ধতিটি ব্যবহার করছেন?	খাবার বড়ি ১ কনডম ২ ইঞ্জেকশন ৩ ইমপ্ল্যান্ট / নরপ্ল্যান্ট ৪ আইইউডি / সিইউ-টি ৫ মহিলা লাইগেশন / টিউব্বাকটমী ৬ পুরুষ লাইগেশন / ভ্যাসেকটমী ৭ নিরাপদ পিরিয়ড ৮ প্রত্যাহার (Withdrawal) পদ্ধতি ৯ জরুরী জন্মনিরোধক বড়ি / ECP ১০ অন্যান্য ৯৭	
১০৭	আপনি বর্তমানে গর্ভবতী?	হ্যাঁ ১ না ২ নিশ্চিত নয় ৯৮	২০১ ২০১
১০৮	আপনি বর্তমানে কত মাসের গর্ভবতী? (সংখ্যায় মাস উল্লেখ করুন)	মাস <input type="text"/> <input type="text"/>	

২.০ যৌনতার ইতিহাস

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
২০১	কত বছর বয়সে আপনি প্রথম যৌন মিলন করেছেন? [যৌন মিলন বলতে আমরা যোনি বা পায়ু পথে যৌন সংগমের কথা বুঝাচ্ছি]	বয়স (বছরে) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২০২	আপনি কত বছর বয়সে এই পেশায় এসেছেন?	বয়স (বছরে) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২০৩	গত সপ্তাহে আপনার সকল নিয়মিত যৌন সঙ্গীদের মধ্যে আপনি কতজনের সাথে টাকা/উপহারের বিনিময়ে যৌন মিলনের করেছেন?	সংখ্যা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২০৪	গত সপ্তাহে আপনার সকল নিয়মিত যৌন সঙ্গীদের মধ্যে আপনি কতজনের সাথে টাকা ছাড়া যৌন মিলনের করেছেন? (এর মধ্যে আপনার স্বামী এবং একসাথে বসবাসকারী সংগী/ছেলে বন্ধু/ বন্ধু/ অনিয়মিত যৌন সংগীর সাথে যৌন সংসর্গ বিবেচিত হবে)	সংখ্যা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২০৫	গত সপ্তাহে আপনি মোট কতজন যৌন সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন? (প্রশ্ন নং ২০৩ + ২০৪ এর উত্তরের সাথে ২০৫ নং প্রশ্নের উত্তর এক হয় কিনা খেয়াল করুন)	সংখ্যা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২০৬	গতকাল আপনি মোট কতজন যৌন সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন?	সংখ্যা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
২০৭	আপনি সপ্তাহে কতদিন (গড়ে) যৌন কর্মী হিসাবে কাজ করেন?	সংখ্যা <input type="checkbox"/>	

৩.০ নিরাপদ যৌন সংসর্গ

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
	যে কোন খদ্দের (নিয়মিত বা নতুন)		
৩০৭	শেষ বার (গত ১২ মাসে) যৌন মিলন করার সময় আপনার খদ্দের কি কনডম ব্যবহার করেছিলো?	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	৩০৩
৩০২	সেই সময় কনডম ব্যবহারের জন্য কে পরামর্শ দিয়েছিলো?	আমি নিজেই ১ আমার সংগী ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
৩০৩	গত সপ্তাহে আপনি কতজন খদ্দেরের সাথে যৌন মিলন করেছেন?	সংখ্যা <input type="checkbox"/>	
৩০৪	গত সপ্তাহে আপনি কতবার যৌন মিলনের সময় কনডম ব্যবহার করেছেন?	সংখ্যা <input type="checkbox"/>	

	নিয়মিত খদ্দেরঃ		
৩০৫	আপনার কি এমন কোন খদ্দের আছে যারা আপনার কাছে নিয়মিত আসে?	হ্যাঁ ১ না ২	৩০৯
৩০৬	আপনার কতজন নিয়মিত খদ্দের আছে?	সংখ্যা <input type="checkbox"/>	
৩০৭	আপনার নিয়মিত খদ্দেরদের সাথে আপনার কতবার সাক্ষাত হয়?	দৈনিক <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ১-২ বার <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ৩-৫ বার <input type="checkbox"/> দুই সপ্তাহে ১ বার <input type="checkbox"/> মাসে ১ বার <input type="checkbox"/> মাসে ১ বারের কম <input type="checkbox"/>	
৩০৮	গত সপ্তাহে আপনি আপনার নিয়মিত খদ্দেরদের সাথে কতবার যৌন মিলন করেছেন?	সংখ্যা <input type="checkbox"/>	

নন-পেয়িং পার্টনার (স্বামী এবং একসাথে বসবাসকারী সংগী/ছেলে বন্ধু/ বন্ধু/ অনিয়মিত যৌন সংগী)

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
৩০৯	আপনি কি গত ১ মাসে আপনার স্বামী বা পুরুষ বন্ধুর সাথে যৌন মিলন করেছেন?	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	401
৩১০	গত এক মাসে আপনি কতবার আপনার নন-পেয়িং পার্টনার এর সাথে যৌন মিলন করেছেন?	কতবার <input type="checkbox"/> জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
৩১১	শেষবার যখন আপনার স্বামী বা সাথে থাকা পুরুষ বন্ধুর সাথে যৌন মিলন করেছেন তখন কি আপনার সঙ্গী কনডম ব্যবহার করেছিল?	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	

৪.০ যৌনবাহিত রোগ (এসটিআই) এর প্রাদুর্ভাব এবং চিকিৎসা

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to	
৪০১	গত ১২ মাসে আপনার কি মূত্রনালীতে নিঃসরন, পায়ুপথে নিঃসরন, যৌনাঙ্গে আলসার/ঘা হয়েছে?	মূত্রনালীতে নিঃসরন পায়ুপথে নিঃসরন যৌনাঙ্গে আলসার/ঘা	হ্যাঁ না ১ ২ } ১ ২ } ১ ২ }	৫০১
৪০২	শেষবার উপরের তিনটি সমস্যার যে কোন একটির জন্য আপনি কি কোন পরামর্শ বা চিকিৎসা পেয়েছিলেন?	হ্যাঁ ১ না ২	৫০১	

৫.০ এইচআইভি টেস্ট এবং অন্যান্য সুবিধাসমূহ

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন	Skip to
৫০১	আপনি কি এই জায়গাগুলি জানেন, যেখান থেকে লোকেরা এইচআইভি পরীক্ষা করতে পারে?	হ্যাঁ ১ না ২	

৫০২	আপনি কি কখনো এইচআইভি পরীক্ষা করেছেন?	হ্যাঁ না	১ ২	৪০৬
৫০৩	কবে আপনি শেষ বারের মত এইচআইভি পরীক্ষা করেছিলেন?	১২ মাসের বেশী আগে গত ১২-২৩ মাসের মধ্যে দুই বা তারও বেশী বছর আগে	১ ২ ৯৮	
৫০৪	আপনি সেই বার কোথায় টেস্ট করিয়েছিলেন?	ডিআইসি এইচটিসি সেন্টার সরকারি হাসপাতাল প্রাইভেট ল্যাবরেটরি অন্যান্য (নির্দিষ্ট)	১ ২ ৩ ৪ ৫	
৫০৫	আমি টেস্টের ফলাফল জানতে চাই না; আপনি কি টেস্টের ফলাফল পেয়েছেন?	হ্যাঁ না	১ ২	
৫০৬	গত এক বছরে, আপনি কি এইচআইভি প্রতিরোধ কর্মসূচি (ডিআইসি, আউটরিচ কর্মী, ইত্যাদি) থেকে কনডম পেয়েছেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	

গোপনীয়

Behavior Tool: PWID

ভূমিকা

আমার নাম _____ এবং আমার সহকর্মীর নাম _____ ।
আমরা বাংলাদেশ সরকারের জাতীয় এইডস এবং এসটিডি কন্ট্রোল প্রোগ্রাম (ASP) এর নেতৃত্বে পরিচালিত গবেষণার জন্য তথ্য সংগ্রহ করতে ডিপার্টমেন্ট অফ পাবলিক হেলথ এন্ড ইনফরম্যাটিকস, বঙ্গ বন্ধু শেখ মুজিব মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এসেছি। আপনি জানেন যে, আমরা সকলেই এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের সমান ঝুঁকিতে নই তবে আমাদের কিছু বন্ধু এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের অধিকতর ঝুঁকিতে আছে, যারা আমাদের মতোই। এই কারণেই সরকার এই ধরনের লোকদের এসটিআই/এইচআইভি-তে তাদের ঝুঁকি কমাতে এবং তাদের জীবনযাত্রার মান উন্নত করতে প্রয়োজনীয় সহায়তা এবং সেবা নিশ্চিত করার পরিকল্পনা করে। যেহেতু এই ধরনের কোনো প্রোগ্রাম বা সেবা পরিকল্পনার জন্য তাদের সংখ্যা/অবস্থান/কাজের সময় ইত্যাদি সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন হবে, তাই আমরা এই ধরনের তথ্য পেতে এবং প্রয়োজনীয়তাগুলি মূল্যায়ন করতে আপনার সহযোগিতা পেতে এখানে এসেছি।

গোপনীয়তা এবং সম্মতি:

এই সাক্ষাৎকারে আমরা আপনাকে এইচআইভি/এইডগুলির জন্য মূল ঝুঁকিপূর্ণ জনসংখ্যা যেমন FSW, MSM/MSW, HIJRA এবং PWID সম্পর্কে কিছু প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করব, যেমন- বিভিন্ন স্থানে তাদের উপস্থিতি, তাদের সংখ্যা, ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ এবং এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত সেবা ইত্যাদি। আপনার যদি সমীক্ষা সম্পর্কে আরও তথ্য জানার প্রয়োজন হয়, আপনি _____ এবং মোবাইল নম্বর _____-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

এই সাক্ষাৎকারের জন্য সাধারণত প্রায় ২৫ থেকে ৩০ মিনিট সময় প্রয়োজন হবে। আপনার দেওয়া সমস্ত উত্তর গোপন রাখা হবে এবং আমাদের সমীক্ষা দলের সদস্যদের ছাড়া অন্য কারো সাথে শেয়ার করা হবে না। তবে আমরা আশা করি আপনি আমাদের প্রশ্নের উত্তর/মতামত দিতে সম্মত হবেন কারণ আপনার মতামত আমাদের জন্য খুবই গুরুত্বপূর্ণ।

আমরা যদি আপনাকে এমন কোনো প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করি যার উত্তর আপনি দিতে চান না, তাহলে আমাদেরকে বলবেন এবং আমরা পরবর্তী প্রশ্নে চলে যাব। আপনি যে কোনো সময় সাক্ষাৎকার দেয়া বন্ধ করতে পারেন। আমরা এই সমীক্ষায় আপনার সহযোগিতার প্রশংসা করি।

আপনি কি কিছু জানতে চান?

আমি কি এখন সাক্ষাৎকার শুরু করতে পারি?

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকার দিতে সম্মত হয়েছেন :

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকার দিতে রাজি নন: → থামুন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর : _____ তারিখ: _____/_____/_____

চিহ্নিতকরণ

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	
১০০	উত্তরদাতার প্রকার / PWID (KP)	PWID -- পুরুষ	১
		PWID -- মহিলা	২

১.০ ব্যক্তিগত তথ্যাদি

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
১০১	গত জন্মদিনে আপনার বয়স কত ছিল?	বয়স (বছরে) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানা নেই ৯৮ উত্তর দেয়নি ৯৯	
১০২	এ যাবৎ আপনি কত বছর পড়ালেখা করেছেন?	বছর (সংখ্যায় লিখুন) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> এক বছরের কম ০০ কখনও স্কুলে যায় নি ৯৭ উত্তর দেয়নি ৯৯	
১০৩	আপনার বর্তমান বৈবাহিক অবস্থা কি? (যে কোন একটি উত্তর গ্রহণ করুন)	অবিবাহিত ১ বর্তমানে বিবাহিত ২ আলাদা থাকে / তালাকপ্রাপ্ত/ বিধবা/বিপস্বীক ৩ উত্তর দেয়নি ৯৯	
১০৪	আপনি কি বর্তমানে আপনার স্বামী/ স্ত্রী / নিয়মিত যৌন সংগীর সাথে বসবাস করছেন?	হ্যাঁ ১ না ২ উত্তর দেয়নি ৯৮	
মহিলাদের জন্য Q105 – Q108 এবং পুরুষদের জন্য skip to 201			
১০৫	আপনি কি বর্তমানে কোন জন্মনিয়ন্ত্রন পদ্ধতি ব্যবহার করছেন?	হ্যাঁ ১ না ২ উত্তর দেয়নি ৯৮	১০৭ ১০৭
১০৬	আপনি বর্তমানে কোন জন্মনিয়ন্ত্রন পদ্ধতিটি ব্যবহার করছেন?	খাবার বড়ি ১ কনডম ২ ইঞ্জেকশন ৩ ইমপ্ল্যান্ট / নরপ্ল্যান্ট ৪ আইইউডি / সিইউ-টি ৫ মহিলা লাইগেশন / টিউব্যাকটমী ৬ পুরুষ লাইগেশন / ভ্যাসেকটমী ৭ নিরাপদ পিরিয়ড ৮ প্রত্যাহার (Withdrawal) পদ্ধতি ৯ জরুরী জন্মনিরোধক বড়ি / ECP ১০ অন্যান্য ৯৭	
১০৭	আপনি বর্তমানে গর্ভবতী?	হ্যাঁ ১ না ২ নিশ্চিত নয় ৯৮	২০১ ২০১
১০৮	আপনি বর্তমানে কত মাসের গর্ভবতী? (সংখ্যায় মাস উল্লেখ করুন)	মাস <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

২.০ ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
২০১	আপনি কতদিন ধরে ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন করছেন? (১ মাসের কম হলে ০০ লিখুন)	বছর মাস জানে না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯
২০২	আপনি কত বছর বয়সে প্রথম ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন করছেন? (নিজে বা অন্যের মাধ্যমে)	বছর জানে না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯
২০৩	গত এক মাসে আপনি দিনে কতবার ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন করছেন?	দিনে ১ বার দিনে ২-৩ বার দিনে ৪ বার বা তার বেশি জানে না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৩ ৯৮ ৯৯
২০৪	গতকাল আপনি কতবার ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন করছেন?	একবারও না সংখ্যা _____ জানে না উত্তর দেয় নি	০ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯

৩.০ ইঞ্জেকশনের সুই ভাগাভাগি

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
৩০১	গত সপ্তাহে আপনি কতবার ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন করছেন?	একবারও না সংখ্যা _____ জানে না উত্তর দেয় নি	০ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯ 303
৩০২	গত সপ্তাহে আপনি কতবার ইঞ্জেকশন ভাগাভাগি করেছেন?	একবারও না সংখ্যা _____ জানে না উত্তর দেয় নি	০ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯
৩০৩	শেষবার (গত ২ মাসে) আপনি ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন করার কথা মনে করুন। সেই সময় আপনি কি ইঞ্জেকশনের সরঞ্জাম জীবানুমুক্ত করেছিলেন (এমন সিরিঞ্জ বা সুই যা আগে কেউ ব্যবহার করেনি)	হ্যাঁ না জানে না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯
৩০৪	শেষবার (গত ২ মাসে) আপনি ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন করার সময় মোট কতজন মানুষ একই সিরিঞ্জ বা সুই আপনার আগে বা পরে ব্যবহার করেছে?	একবারও না সংখ্যা _____ জানে না উত্তর দেয় নি	০ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯

8.0 যৌনতার ইতিহাস

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
801	গত এক মাসে আপনি কি কোন যৌন মিলন করেছেন?	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	501

যে কোন সংগী

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
802	গত সপ্তাহে আপনি মোট কতজন যৌন সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন? (এর মধ্যে আপনার স্বামী/স্ত্রী এবং একসাথে বসবাসকারী সংগী/ছেলে বন্ধু/ বন্ধু/ অনিয়মিত যৌন সংগীর সাথে যৌন সংসর্গ বিবেচিত হবে)	সংখ্যা <input type="text"/> <input type="text"/> জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
803	শেষ বার (গত ১ মাসে) যৌন মিলন করার সময় আপনি বা আপনার সংগী কি কনডম ব্যবহার করেছিলো?	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	

নিয়মিত সঙ্গী

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
808	গত ১ মাসে আপনি কি আপনার স্বামী/স্ত্রী বা একসাথে বসবাসকারী সংগীর সাথে যৌন মিলন করেছেন?	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	408
805	গত সপ্তাহে আপনি কতবার আপনার সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন?	কতবার <input type="text"/> <input type="text"/> জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
806	শেষ বার (গত এক মাসে) যৌন মিলন করার সময় আপনি বা আপনার সংগী কি কনডম ব্যবহার করেছিলো?	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
809	আপনার নিয়মিত সঙ্গী কি ইঞ্জেকশনের মাধ্যমে মাদক গ্রহন করেন?	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	

বানিজ্যিক সঙ্গী

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
808	গত ১ মাসে আপনি কি কোন বানিজ্যিক/পেশাদার সঙ্গীর সাথে যৌন মিলনের করেছেন? (যৌন সঙ্গীদের সাথে টাকা/মাদকের/উপহারের বিনিময়ে)	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	411
809	আপনার সঙ্গীদের মধ্যে কতজন বানিজ্যিক/পেশাদার ছিলো? (including both sold and bought)	বানিজ্যিক/পেশাদার <input type="text"/> <input type="text"/> জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	

৪১০	শেষ বার যৌন মিলন করার সময় আপনি বা আপনার বানিজ্যিক/পেশাদার সংগী কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানে না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	
-----	---	---	--------------------	--

পুরুষ/হিজড়া সঙ্গী (Ask Q 411 – Q 414 to Male PWID Only)

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to	
৪১১	আপনার কি কখনও পুরুষ/হিজড়া সঙ্গী ছিল?	হ্যাঁ না জানে না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	501
৪১২	গত ৬ মাসে আপনি কি আপনার পুরুষ/হিজড়া সংগীর সাথে যৌন মিলন করেছেন? (sexual intercourse defined as penetrative anal sex)	হ্যাঁ না জানে না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	501
৪১৩	গত ৬ মাসে আপনি কি কতজন পুরুষ/হিজড়া সংগীর সাথে যৌন মিলন করেছেন?	পুরুষ সংগী জানে না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
৪১৪	শেষ বার যৌন মিলন করার সময় আপনি বা পুরুষ/হিজড়া সংগী কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানে না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	

৫.০ যৌনবাহিত রোগের প্রাদুর্ভাব এবং চিকিৎসা

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to	
৫০১	গত ১২ মাসে আপনার কি মূত্রনালীতে নিঃসরণ, পায়ুপথে নিঃসরণ, যৌনাঙ্গে আলসার/ঘা হয়েছে?	পুরুষ PWID-দের জন্য: মূত্রনালীতে নিঃসরণ পায়ুপথে নিঃসরণ যৌনাঙ্গে আলসার/ঘা মহিলা PWID-দের জন্য: মূত্রনালীতে নিঃসরণ পায়ুপথে নিঃসরণ যৌনাঙ্গে আলসার/ঘা	হ্যাঁ না ১ ২ ১ ২ ১ ২ হ্যাঁ না ১ ২ ১ ২ ১ ২	601 601
৫০২	শেষবার উপরের তিনটি সমস্যার যে কোন একটির জন্য আপনি কি কোন পরামর্শ বা চিকিৎসা পেয়েছিলেন?	হ্যাঁ না	১ ২	601
৫০৩	শেষবার আপনি কোথায় গিয়েছিলেন?	হাসপাতাল..... ড্রাগ বিক্রেতা/ ফার্মেসী..... ব্যক্তিগত ডাক্তার..... প্রাইভেট ক্লিনিক ... এনজিও ক্লিনিক ... গ্রাম্য চিকিৎসক/ নিরাময়কারী ...	১ ২ ৩ ৪ ৫ ৬	

	বন্ধুর কাছ থেকে পরামর্শ/চিকিৎসা...	৭	
	বাড়িতে ওষুধ ছিল	৮	
	কোথাও না	৯	
	অন্যান্য	১০	
	জানি না	৯৮	
	উত্তর দেয় নি	৯৯	

৬.০ এইচআইভি পরীক্ষা ও অন্যান্য সেবা

Q. N.	Questions and Filters	Coding Categories	Skip to
৬০১	আপনি কি জানেন কোথায় এইচআইভি পরীক্ষা করা হয়?	হ্যাঁ ১ না ২	
৬০২	আপনি কি কখনো এইচআইভি পরীক্ষা করেছেন? (ফলাফল জানার দরকার নাই)	হ্যাঁ ১ না ২	606
৬০৩	আপনি শেষ কবে এইচআইভি পরীক্ষা করেছেন?	গত ১২ মাসের মধ্যে ১ ১২-২৩ মাসের মধ্যে ২ দুই বছর বা তার আগে ৯৮	
৬০৪	কোথায় এইচআইভি পরীক্ষা করেছেন??	ডিআইসি ১ HTC কেন্দ্র ২ সরকারী হাসপাতাল বেসরকারী ৩ ল্যাবরেটরী ৪ অন্যান্য	
৬০৫	আপনি কি এইচআইভি পরীক্ষার ফলাফল পেয়েছিলেন? (ফলাফল জানার দরকার নাই)	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
৬০৬	আপনি কি গত ১ বছরে এইচআইভি সুরক্ষা প্রোগ্রাম থেকে সিরিঞ্জ/সুই পেয়েছিলেন (DIC, outreach worker, etc.)?	হ্যাঁ ১ না ২ জানে না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	

CONFIDENTIAL

Behaviour Tool: MSM/MSW

ভূমিকা

আমার নাম _____ এবং আমার সহকর্মীর নাম _____ ।
আমরা বাংলাদেশ সরকারের জাতীয় এইডস এবং এসটিডি কন্ট্রোল প্রোগ্রাম (ASP) এর নেতৃত্বে পরিচালিত গবেষণার জন্য তথ্য সংগ্রহ করতে ডিপার্টমেন্ট অফ পাবলিক হেলথ এন্ড ইনফরম্যাটিকস, বঙ্গ বন্ধু শেখ মুজিব মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এসেছি। আপনি জানেন যে, আমরা সকলেই এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের সমান ঝুঁকিতে নই তবে আমাদের কিছু বন্ধু এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের অধিকতর ঝুঁকিতে আছে, যারা আমাদের মতোই। এই কারণেই সরকার এই ধরনের লোকদের এসটিআই/এইচআইভি-তে তাদের ঝুঁকি কমাতে এবং তাদের জীবনযাত্রার মান উন্নত করতে প্রয়োজনীয় সহায়তা এবং সেবা নিশ্চিত করার পরিকল্পনা করে। যেহেতু এই ধরনের কোনো প্রোগ্রাম বা সেবা পরিকল্পনার জন্য তাদের সংখ্যা/অবস্থান/কাজের সময় ইত্যাদি সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন হবে, তাই আমরা এই ধরনের তথ্য পেতে এবং প্রয়োজনীয়তাগুলি মূল্যায়ন করতে আপনার সহযোগিতা পেতে এখানে এসেছি।

গোপনীয়তা এবং সম্মতি:

এই সাক্ষাৎকারে আমরা আপনাকে এইচআইভি/এইডগুলির জন্য মূল ঝুঁকিপূর্ণ জনসংখ্যা যেমন FSW, MSM/MSW, HJRA এবং PWID সম্পর্কে কিছু প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করব, যেমন- বিভিন্ন স্থানে তাদের উপস্থিতি, তাদের সংখ্যা, ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ এবং এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত সেবা ইত্যাদি। আপনার যদি সমীক্ষা সম্পর্কে আরও তথ্য জানার প্রয়োজন হয়, আপনি _____ এবং মোবাইল নম্বর _____ -এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

এই সাক্ষাৎকারের জন্য সাধারণত প্রায় ২৫ থেকে ৩০ মিনিট সময় প্রয়োজন হবে। আপনার দেওয়া সমস্ত উত্তর গোপন রাখা হবে এবং আমাদের সমীক্ষা দলের সদস্যদের ছাড়া অন্য কারো সাথে শেয়ার করা হবে না। তবে আমরা আশা করি আপনি আমাদের প্রশ্নের উত্তর/মতামত দিতে সম্মত হবেন কারণ আপনার মতামত আমাদের জন্য খুবই গুরুত্বপূর্ণ।

আমরা যদি আপনাকে এমন কোনো প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করি যার উত্তর আপনি দিতে চান না, তাহলে আমাদেরকে বলবেন এবং আমরা পরবর্তী প্রশ্নে চলে যাব। আপনি যে কোনো সময় সাক্ষাৎকার দেয়া বন্ধ করতে পারেন। আমরা এই সমীক্ষায় আপনার সহযোগিতার প্রশংসা করি।

আপনি কি কিছু জানতে চান?

আমি কি এখন সাক্ষাৎকার শুরু করতে পারি?

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকার দিতে সম্মত হয়েছেন :

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকার দিতে রাজি নন: → থামুন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর : _____ তারিখ: ____/____/____

চিহ্নিতকরণ

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন	
১০০	পপুলেশনের ধরণ	MSM MSW	১ ২

১.০ ব্যক্তিগত তথ্য

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন		Skip to
১০১	আপনার বয়স কত?	বয়স (যত বছর পূর্ণ করেছেন)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
		জানে না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
১০২	এ যাবৎ আপনি কতদূর পড়ালেখা করেছেন?	# বছরের সংখ্যা	<input type="text"/> <input type="text"/>	
		এক বছরের কম	০০	
		কখনো স্কুলে যাওয়া হয়নি	৯৭	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
১০৩	আপনার বর্তমান বৈবাহিক অবস্থা কি? (শুধু একটি প্রতিক্রিয়া)	অবিবাহিত	১	
		বর্তমানে বিবাহিত	২	
		বিচ্ছিন্ন/তালাকপ্রাপ্ত/বিপত্তীক	৩	
		উত্তর দেয় নি	৯৮	
১০৪	আপনি কি বর্তমানে একজন স্ত্রী / নিয়মিত যৌনসঙ্গীর সাথে বসবাস করছেন?	হ্যাঁ	১	
		না	২	
		উত্তর দেয় নি	৯৮	
১০৫	আপনার যৌনসঙ্গী পুরুষ, মহিলা না হিজড়া? (একাধিক উত্তর সম্ভব)		<u>Y</u> <u>N</u>	
		পুরুষ	১ ২	
		মহিলা	১ ২	
		হিজড়া	১ ২	
		উত্তর দেয় নি	৯৮	

২.০ এমএসএম/ এমএসডব্লিউ-দের যৌনতার ইতিহাস: কমাশিয়াল পাটনারস

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন		Skip to
২০১	আপনি যখন প্রথম পায়ুপথে যৌন মিলন করেছিলেন তখন আপনার বয়স কত ছিল?	বয়স	<input type="text"/> <input type="text"/>	
		বছর		
		জানি না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	

এমএসএম এর যৌনতার ইতিহাস: (শুধুমাত্র এমএসএম কে ২০২ থেকে ২০১ পর্যন্ত প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করুন)

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন		Skip to
২০২	আপনি কি গত ছয় মাসে পুরুষের সাথে পায়ুপথে যৌন মিলনের সময় কনডম ব্যবহার করেছেন?	হ্যাঁ	১	
		না	২	
		জানি না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
	টাকার বিনিময়ে পুরুষের সাথে যৌন মিলন			
২০৩	গত ৬ মাসে আপনি কি কোন পুরুষকে টাকা দিয়ে যৌন মিলন করেছেন?	হ্যাঁ	১	২১০
		না	২	
		জানি না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
২০৪	গত ৬ মাসে শেষবার আপনি যখন পেশাদার সংগীর সাথে টাকা বা অন্য কিছু বিনিময়ে পায়ুপথে যৌনকাজ করেছেন তখন কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ	১	
		না	২	
		জানি না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	

	“পেশাদার” (যারা সংগীর সাথে টাকা বা অন্য কিছু বিনিময়ে যৌন কাজ করে)		
২০৫	গত ১ মাসে আপনি কি কোন পুরুষকে টাকা দিয়ে যৌন মিলন করেছেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯
২০৬	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন ধরনের পেশাদার পুরুষদের সাথে যৌনকাজ করেছেন ?	অংশীদারদের সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯
২০৭	গত ১ মাসে আপনি কতবার পেশাদার পুরুষ সংগীর সাথে পায়ূপথে যৌনকাজ করেছেন ?	সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯
২০৮	আপনার পেশাদার পুরুষ সঙ্গীর সাথে কতবার পায়ূপথে যৌনকাজ করেন?	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
২০৯	শেষবার আপনি পেশাদার পুরুষ সঙ্গীর সাথে যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯
	টাকার বিনিময়ে মহিলার সাথে যৌন মিলন		
২১০	গত ১ মাসে আপনি কি কোন মহিলার সাথে টাকা দিয়ে যৌন মিলন করেছেন ?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯
২১১	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন পেশাদার মহিলা সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	অংশীদারদের সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯
২১২	গত ১ মাসে আপনি কতবার পেশাদার মহিলা সংগীর সাথে পায়ূপথে যৌনকাজ করেছেন ?	সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯
২১৩	আপনার পেশাদার মহিলা সঙ্গীর সাথে কতবার পায়ূপথে যৌনমিলন করেন?	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
২১৪	শেষবার আপনি পেশাদার মহিলা সঙ্গীর সাথে যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯
	টাকার বিনিময়ে হিজরার সাথে যৌন মিলন		
২১৫	গত ১ মাসে আপনি কি কোন হিজরার সাথে টাকা দিয়ে যৌন মিলন করেছেন ?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯

২১৬	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন পেশাদার হিজরা সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	সঙ্গীর সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২১৭	গত ১ মাসে আপনি কতবার পেশাদার হিজরা সংগীর সাথে পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন ?	সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২১৮	আপনার পেশাদার হিজরা সংগীর সাথে পায়ুপথে কতবার যৌনমিলন করেন?	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
২১৯	শেষবার আপনি পেশাদার হিজরা সংগীর সাথে যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	
অনিয়মিত পুরুষ/হিজরার সাথে যৌন মিলন				
২২০	গত ৬ মাসে আপনি কি কখনো আপনার অনিয়মিত পুরুষ/হিজরা যৌন সঙ্গীর সাথে পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন।	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	২২৭
২২১	শেষবার আপনি অনিয়মিত পুরুষ/হিজরা যৌন সঙ্গীর সাথে যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	
২২২	গত ১ মাসে আপনি কি কখনো আপনার অনিয়মিত পুরুষ/হিজরা যৌন সঙ্গীর সাথে পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন।	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	২২৭
২২৩	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন পুরুষ/হিজরা সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	সঙ্গীর সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২২৪	গত ১ মাসে আপনি কতবার পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন ?	সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২২৫	আপনার অনিয়মিত সংগীর সাথে কতবার পায়ুপথে যৌনমিলন করেন?	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
২২৬	শেষবার আপনি যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	
অনিয়মিত/অপেশাদার মহিলার সাথে যৌন মিলন				
২২৭	গত ১ মাসে আপনি কি কখনো আপনার অনিয়মিত মহিলার সাথে পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন।	হ্যাঁ না	১ ২	৩০১

		জানি না উত্তর দেয় নি	৯৮ ৯৯	
২২৮	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন অনিয়মিত মহিলার সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	সঙ্গীর সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২২৯	গত ১ মাসে আপনি কতবার পায়ূপথে যৌন মিলন করেছেন ?	সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২৩০	আপনার অনিয়মিত মহিলা সংগীর সাথে পায়ূপথে যৌনকাজ কতবার করেন?	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
২৩১	শেষবার আপনি যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	

এমএসডব্লিও এর যৌনতার ইতিহাস: শুধুমাত্র এমএসডব্লিও-কে ২৩২ থেকে ২৪২ পর্যন্ত প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করুন

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন		Ski p t o
২৩২	গত এক বছরে শেষবার পরুষের সাথে পায়ূ পথে যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	
	পুরুষের কাছে যৌনতা বিক্রি			
২৩৩	গত এক সপ্তাহে আপনি কি কোন পুরুষের কাছে যৌনতা বিক্রি করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	২৩৮
২৩৪	গত ১ সপ্তাহে আপনি কতজন বিভিন্ন পুরুষ সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	সঙ্গীর সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২৩৫	গত ১ সপ্তাহে আপনি কতবার পায়ূপথে যৌন মিলন করেছেন ? আগের পাতার প্রশ্ন উত্তর দেখুন	সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২৩৬	আপনার পেশাদার সংগীর সাথে পায়ূপথে কতবার যৌনমিলন করেন?	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
২৩৭	শেষবার আপনি যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	
	অপেশাদার/অনিয়মিত পরুষের সাথে যৌন মিলন			
২৩৮	গত এক মাসে আপনি কোন পরুষের সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	হ্যাঁ না	১ ২	২৪৩

		জানি না উত্তর দেয় নি	৯৮ ৯৯	
২৩৯	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন পুরুষ সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	সঙ্গীর সংখ্যা	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		জানি না উত্তর দেয় নি	৯৮ ৯৯	
২৪০	গত ১ মাসে আপনি কতবার পায়ু পথে যৌন মিলন করেছেন ?	সংখ্যা	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		জানি না উত্তর দেয় নি	৯৮ ৯৯	
২৪১	আপনার অনিয়মিত/অপেশাদার সঙ্গীর সাথে পায়ুপথে কতবার যৌনমিলন দিন পর পর করেন?	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
২৪২	শেষবার আপনি যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	

নিম্নলিখিত প্রশ্নগুলি ২৪৩ থেকে ২৫২ শুধুমাত্র এমএসডব্লিও কে জিজ্ঞাসা করবেন।

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন	Skip to
	অপেশাদার মহিলার সাথে যৌন মিলন		
২৪৩	গত এক মাসে আপনি কোন মহিলার সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯
			২৪৮
২৪৪	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন মহিলা সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	সঙ্গীর সংখ্যা	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		জানি না উত্তর দেয় নি	৯৮ ৯৯
২৪৫	গত ১ মাসে আপনি কতবার পায়ু বা যোনিপথে যৌন মিলন করেছেন ?	সংখ্যা	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		জানি না উত্তর দেয় নি	৯৮ ৯৯
২৪৬	আপনার অনিয়মিত/অপেশাদার সঙ্গীর সাথে কতবার পায়ুপথে যৌনমিলন করেন?	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
২৪৭	শেষবার আপনি যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন ?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯
	মহিলার কাছ থেকে যৌনতা ক্রয়		
২৪৮	গত এক মাসে আপনি কোন মহিলা যৌন কর্মীর কাছ থেকে যৌনতা ক্রয় করেছেন ?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯
			৩০১

২৪৯	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন মহিলা যৌন কর্মীর সাথে যৌন মিলন করেছেন?	সংখ্যা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২৫০	গত ১ মাসে আপনি কতবার পায়ু বা যৌনি পথে যৌন মিলন করেছেন ?	সংখ্যা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
		জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২৫১	আপনার পেশাদার সংগীর সাথে পায়ু বা যৌনি পথে যৌন মিলন কত দিন পর পর করেন? প্রতিটি গ্রুপের সংখ্যা লিপিবদ্ধকরণ	দৈনিক <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ১-২ বার <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ৩-৫ বার <input type="checkbox"/> দুই সপ্তাহে একবার <input type="checkbox"/> একমাসে একবার <input type="checkbox"/> মাসে একবারেরও কম <input type="checkbox"/>	
২৫২	শেষবার আপনি যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন ?	হ্যাঁ ১ না ২ জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	

৩.০ যৌনবাহিত রোগের প্রাদুর্ভাব এবং চিকিৎসাগত পদ্ধতি

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন	Skip to
৩০১	গত বার মাসে, আপনার কি যৌনাঙ্গে নিঃসরন /পায়ু পথে নিঃসরন / যৌনাঙ্গে আলসার/ ঘা হয়েছে?	যৌনাঙ্গে নিঃসরন যৌনাঙ্গে নিঃসরন যৌনাঙ্গে আলসার/ ঘা	$\left. \begin{array}{cc} Y & N \\ ১ & ২ \\ ১ & ২ \\ ১ & ২ \end{array} \right\}$ ৪০২
৩০২	গতবার, আপনার উপরোক্ত তিনটি সমস্যার মধ্যে কোন সময় আপনি কি কোন ধরনের পরামর্শ বা চিকিৎসা নিয়েছিলেন ?	হ্যাঁ ১ না ২	৪০১
৩০৩	আপনি যদি চিকিৎসা নিয়ে থাকেন তবে সর্বশেষ কোথা থেকে নিয়েছিলেন?	হাসপাতাল..... ১ ড্রাগ বিক্রেতা/ ফার্মেসী..... ২ ব্যক্তিগত ডাক্তার..... ৩ প্রাইভেট ক্লিনিক ... ৪ এনজিও ক্লিনিক ... ৫ গ্রাম্য চিকিৎসক/ নিরাময়কারী ... ৬ বন্ধুর কাছ থেকে পরামর্শ/চিকিৎসা... ৭ বাড়িতে ওষুধ ছিল ৮ কোথাও না ৯ অন্যান্য ----- ১০ জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	

৪.০ এইচআইভি টেস্ট এবং অন্যান্য সুবিধাসমূহ

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন	Skip to
৪০১	আপনি কি এই জায়গাগুলি জানেন, যেখান থেকে লোকেরা এইচআইভি পরীক্ষা করতে পারে?	হ্যাঁ ১ না ২	
৪০২	আপনি কি কখনো এইচআইভি পরীক্ষা করেছেন?	হ্যাঁ ১ না ২	৪০৬

৪০৩	কবে আপনি শেষ বারের মত এইচআইভি পরীক্ষা করেছিলেন?	১২ মাসের বেশী আগে গত ১২-২৩ মাসের মধ্যে দুই বা তারও বেশী বছর আগে	১ ২ ৯৮	
৪০৪	আপনি সেই বার কোথায় টেস্ট করিয়েছিলেন?	ডিআইসি এইচটিসি সেন্টার সরকারি হাসপাতাল প্রাইভেট ল্যাবরেটরি অন্যান্য (নির্দিষ্ট)	১ ২ ৩ ৪ ৫	
৪০৫	আমি টেস্টের ফলাফল জানতে চাই না; আপনি কি টেস্টের ফলাফল পেয়েছেন?	হ্যাঁ না	১ ২	
৪০৬	গত এক বছরে, আপনি কি এইচআইভি প্রতিরোধ কর্মসূচি (ডিআইসি, আউটরিচ কর্মী, ইত্যাদি) থেকে কনডম পেয়েছেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	

CONFIDENTIAL

Behaviour Tool: Hijra

ভূমিকা

আমার নাম _____ এবং আমার সহকর্মীর নাম _____ ।

আমরা বাংলাদেশ সরকারের জাতীয় এইডস এবং এসটিডি কন্ট্রোল প্রোগ্রাম (ASP) এর নেতৃত্বে পরিচালিত গবেষণার জন্য তথ্য সংগ্রহ করতে ডিপার্টমেন্ট অফ পাবলিক হেলথ এন্ড ইনফরম্যাটিকস, বঙ্গ বন্ধু শেখ মুজিব মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এসেছি। আপনি জানেন যে, আমরা সকলেই এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের সমান ঝুঁকিতে নই তবে আমাদের কিছু বন্ধু এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের অধিকতর ঝুঁকিতে আছে, যারা আমাদের মতোই। এই কারণেই সরকার এই ধরনের লোকদের এসটিআই/এইচআইভি-তে তাদের ঝুঁকি কমাতে এবং তাদের জীবনযাত্রার মান উন্নত করতে প্রয়োজনীয় সহায়তা এবং সেবা নিশ্চিত করার পরিকল্পনা করে। যেহেতু এই ধরনের কোনো প্রোগ্রাম বা সেবা পরিকল্পনার জন্য তাদের সংখ্যা/অবস্থান/কাজের সময় ইত্যাদি সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন হবে, তাই আমরা এই ধরনের তথ্য পেতে এবং প্রয়োজনীয়তাগুলি মূল্যায়ন করতে আপনার সহযোগিতা পেতে এখানে এসেছি।

গোপনীয়তা এবং সম্মতি:

এই সাক্ষাৎকারে আমরা আপনাকে এইচআইভি/এইডগুলির জন্য মূল ঝুঁকিপূর্ণ জনসংখ্যা যেমন FSW, MSM/MSW, HIJRA এবং PWID সম্পর্কে কিছু প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করব, যেমন- বিভিন্ন স্থানে তাদের উপস্থিতি, তাদের সংখ্যা, ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ এবং এইচআইভি/এইডস সম্পর্কিত সেবা ইত্যাদি। আপনার যদি সমীক্ষা সম্পর্কে আরও তথ্য জানার প্রয়োজন হয়, আপনি _____ এবং মোবাইল নম্বর _____-এর সাথে যোগাযোগ করতে পারেন।

এই সাক্ষাৎকারের জন্য সাধারণত প্রায় ২৫ থেকে ৩০ মিনিট সময় প্রয়োজন হবে। আপনার দেওয়া সমস্ত উত্তর গোপন রাখা হবে এবং আমাদের সমীক্ষা দলের সদস্যদের ছাড়া অন্য কারো সাথে শেয়ার করা হবে না। তবে আমরা আশা করি আপনি আমাদের প্রশ্নের উত্তর/মতামত দিতে সম্মত হবেন কারণ আপনার মতামত আমাদের জন্য খুবই গুরুত্বপূর্ণ।

আমরা যদি আপনাকে এমন কোনো প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করি যার উত্তর আপনি দিতে চান না, তাহলে আমাদেরকে বলবেন এবং আমরা পরবর্তী প্রশ্নে চলে যাব। আপনি যে কোনো সময় সাক্ষাৎকার দেয়া বন্ধ করতে পারেন। আমরা এই সমীক্ষায় আপনার সহযোগিতার প্রশংসা করি।

আপনি কি কিছু জানতে চান?

আমি কি এখন সাক্ষাৎকার শুরু করতে পারি?

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকার দিতে সম্মত হয়েছেন :

উত্তরদাতা সাক্ষাৎকার দিতে রাজি নন: → থামুন।

সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর স্বাক্ষর : _____ তারিখ: _____/_____/_____

চিহ্নিতকরণ

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন	
১০০	পপুলেশনের ধরণ	Hijra SW	১
		Hijra badhai	২
		Hijra radhuni	৩

১.০ ব্যক্তিগত তথ্য

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন		Skip to
১০১	আপনার বয়স কত?	বয়স (যত বছর পূর্ণ করেছেন)	<input type="text"/> <input type="text"/>	
		জানে না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
১০২	এ যাবৎ আপনি কতদূর পড়ালেখা করেছেন?	# বছরের সংখ্যা	<input type="text"/> <input type="text"/>	
		এক বছরের কম	০০	
		কখনো স্কুলে যাওয়া হয়নি	৯৭	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
১০৩	আপনার বর্তমান বৈবাহিক অবস্থা কি? (শুধু একটি প্রতিক্রিয়া)	অবিবাহিত	১	
		বর্তমানে বিবাহিত	২	
		বিচ্ছিন্ন/তালাকপ্রাপ্ত/বিধবা	৩	
		উত্তর দেয় নি	৯৮	
১০৪	আপনি কি বর্তমানে একজন স্ত্রী / নিয়মিত যৌনসঙ্গীর সাথে বসবাস করছেন?	হ্যাঁ	১	Skip required
		না	২	
		উত্তর দেয় নি	৯৮	
১০৫	যৌনসঙ্গী পুরুষ, মহিলা না হিজড়া? (একাধিক উত্তর সম্ভব)		<u>Y</u> <u>N</u>	
		পুরুষ	১ ২	
		মহিলা	১ ২	
		হিজড়া	১ ২	
		উত্তর দেয় নি	৯৮	

যৌনতার ইতিহাস:

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন		Skip to
২০২	আপনি কি গত ছয় মাসে পুরুষের সাথে পায়ুপথে যৌন মিলনের সময় কনডম ব্যবহার করেছেন?	হ্যাঁ	১	
		না	২	
		জানি না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
২০৩	গত ৬ মাসে আপনি কি টাকা বা অন্য কিছুর বিনিময়ে যৌন মিলন করেছেন?	হ্যাঁ	১	২১০
		না	২	
		জানি না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
২০৪	গত ৬ মাসে শেষবার আপনি যখন পেশাদার সংগীর সাথে টাকা বা অন্য কিছুর বিনিময়ে যৌন মিলন করেছেন তখন কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন? “পেশাদার” (যারা সংগীর সাথে টাকা বা অন্য কিছুর বিনিময়ে যৌন কাজ করে)	হ্যাঁ	১	
		না	২	
		জানি না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
২০৫	গত ১ মাসে আপনি কি কোন পুরুষকে টাকা দিয়ে যৌন মিলন করেছেন?	হ্যাঁ	১	২১০
		না	২	
		জানি না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	
২০৬	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন ধরনের পেশাদার পুরুষদের সাথে যৌনকাজ করেছেন ?	সংগীর সংখ্যা	<input type="text"/> <input type="text"/>	
		জানি না	৯৮	
		উত্তর দেয় নি	৯৯	

২০৭	গত ১ মাসে আপনি কতবার পেশাদার পুরুষ সংগীর সাথে পায়ুপথে যৌনকাজ করেছেন ?	সংখ্যা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২০৮	আপনার পেশাদার পুরুষ সঙ্গীর সাথে পায়ুপথে যৌনকাজ কত দিন পর পর করেন?	দৈনিক <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ১-২ বার <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ৩-৫ বার <input type="checkbox"/> দুই সপ্তাহে একবার <input type="checkbox"/> একমাসে একবার <input type="checkbox"/> মাসে একবারেরও কম <input type="checkbox"/>	
২০৯	শেষবার আপনি পেশাদার পুরুষ সঙ্গীর সাথে যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ ১ না ২ জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
টাকার বিনিময়ে হিজরার সাথে যৌন মিলন			
২১০	গত ১ মাসে আপনি কি কোন হিজরার সাথে টাকা দিয়ে যৌন মিলন করেছেন ?	হ্যাঁ ১ না ২ জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	২১৫
২১১	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন পেশাদার হিজরা সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	অংশীদারদের সংখ্যা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২১২	গত ১ মাসে আপনি কতবার পেশাদার হিজরা সংগীর সাথে পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন ?	সংখ্যা <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২১৩	আপনার পেশাদার হিজরা সংগীর সাথে কতবার পায়ুপথে যৌনমিলন করেন?	দৈনিক <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ১-২ বার <input type="checkbox"/> সপ্তাহে ৩-৫ বার <input type="checkbox"/> দুই সপ্তাহে একবার <input type="checkbox"/> একমাসে একবার <input type="checkbox"/> মাসে একবারেরও কম <input type="checkbox"/>	
২১৪	শেষবার আপনি পেশাদার হিজরা সংগীর সাথে যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ ১ না ২ জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
অনিয়মিত পুরুষ/হিজরার সাথে যৌন মিলন			
২১৫	গত ৬ মাসে আপনি কি কখনো আপনার অনিয়মিত পুরুষ/হিজরা যৌন সঙ্গীর সাথে পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন।	হ্যাঁ ১ না ২ জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	২২৭
২২১	শেষবার আপনি অনিয়মিত পুরুষ/হিজরা যৌন সঙ্গীর সাথে যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ ১ না ২ জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	
২২২	গত ১ মাসে আপনি কি কখনো আপনার অনিয়মিত পুরুষ/হিজরা যৌন সঙ্গীর সাথে পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন।	হ্যাঁ ১ না ২ জানি না ৯৮ উত্তর দেয় নি ৯৯	২২৭

২২৩	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন পুরুষ/হিজরা সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	সঙ্গীর সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২২৪	গত ১ মাসে আপনি কতবার পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন ?	সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২২৫	আপনার অনিয়মিত সংগীর সাথে পায়ুপথে কতবার যৌনমিলন করেন? প্রতিটি গ্রুপের সংখ্যা লিপিবদ্ধকরণ	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
২২৬	শেষবার আপনি যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	
অনিয়মিত/অপেশাদার মহিলার সাথে যৌন মিলন				
২২৭	গত ১ মাসে আপনি কি কখনো আপনার অনিয়মিত মহিলার সাথে পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন।	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	৩০১
২২৮	গত ১ মাসে আপনি কতজন বিভিন্ন অনিয়মিত মহিলার সঙ্গীর সাথে যৌন মিলন করেছেন ?	সঙ্গীর সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২২৯	গত ১ মাসে আপনি কতবার অনিয়মিত মহিলার সঙ্গীর সাথে পায়ুপথে যৌন মিলন করেছেন ?	সঙ্গীর সংখ্যা জানি না উত্তর দেয় নি	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ৯৮ ৯৯	
২৩০	আপনার অনিয়মিত মহিলা সংগীর সাথে পায়ুপথে কতবার যৌনমিলন করেন?	দৈনিক সপ্তাহে ১-২ বার সপ্তাহে ৩-৫ বার দুই সপ্তাহে একবার একমাসে একবার মাসে একবারেরও কম	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
২৩১	শেষবার আপনি যৌন মিলনের সময়ে কি কনডম ব্যবহার করেছিলেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯	

৩.০ যৌনবাহিত রোগের প্রাদুর্ভাব এবং চিকিৎসাগত পদ্ধতি

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্টার	কোডের ধরন	Skip to							
৩০১	গত ১২ মাসে, আপনার কি যৌনাঙ্গে নিঃসরণ /পায়ু পথে নিঃসরণ / যৌনাঙ্গে আলসার/ ঘা হয়েছে?	যৌনাঙ্গে নিঃসরণ যৌনাঙ্গে নিঃসরণ যৌনাঙ্গে আলসার/ ঘা	<table border="0"> <tr> <td><u>Y</u></td> <td><u>N</u></td> <td rowspan="3">}</td> </tr> <tr> <td>১</td> <td>২</td> </tr> <tr> <td>১</td> <td>২</td> </tr> </table>	<u>Y</u>	<u>N</u>	}	১	২	১	২
<u>Y</u>	<u>N</u>	}								
১	২									
১	২									
			৪০২							

৩০২	গতবার, আপনার উপরোক্ত তিনটি সমস্যার মধ্যে কোন সময় আপনি কি কোন ধরনের পরামর্শ বা চিকিৎসা নিয়েছিলেন ?	হ্যাঁ না	১ ২	৪০১
৩০৩	আপনি সর্বশেষ কোথায় চিকিতসা গ্রহন করেছিলেন?	হাসপাতাল..... ড্রাগ বিক্রেতা/ ফার্মেসী..... ব্যক্তিগত ডাক্তার..... প্রাইভেট ক্লিনিক ... এনজিও ক্লিনিক ... গ্রাম্য চিকিৎসক/ নিরাময়কারী ... বন্ধুর কাছ থেকে পরামর্শ/চিকিৎসা... বাড়িতে ওষুধ ছিল কোথাও না	১ ২ ৩ ৪ ৫ ৬ ৭ ৮ ৯ ১০ ৯৮ ৯৯	

৪.০ এইচআইভি টেস্ট এবং অন্যান্য সুবিধাসমূহ

প্রশ্ন নম্বর	প্রশ্ন এবং ফিল্ডার	কোডের ধরন	Skip to
৪০১	আপনি কি জানেন, আপনি কোথায় এইচআইভি পরীক্ষা করতে পারবেন?	হ্যাঁ না	১ ২
৪০২	আপনি কি কখনো এইচআইভি পরীক্ষা করেছেন?	হ্যাঁ না	১ ২ ৪০৬
৪০৩	কবে শেষ বারের মত এইচআইভি পরীক্ষা করেছিলেন?	১২ মাসের বেশী আগে গত ১২-২৩ মাসের মধ্যে দুই বা তারও বেশী বছর আগে	১ ২ ৯৮
৪০৪	আপনি কোথায় টেস্ট করিয়েছিলেন?	ডিআইসি এইচটিসি সেন্টার সরকারি হাসপাতাল প্রাইভেট ল্যাবরেটরি অন্যান্য (নির্দিষ্ট)	১ ২ ৩ ৪ ৫
৪০৫	আমি টেস্টের ফলাফল জানতে চাই না; আপনি কি টেস্টের রেজাল্ট পেয়েছেন?	হ্যাঁ না	১ ২
৪০৬	গত এক বছরে, আপনি কি এইচআইভি প্রতিরোধ কর্মসূচি (ডিআইসি, আউটরিচ কর্মী, ইত্যাদি) থেকে কনডম পেয়েছেন?	হ্যাঁ না জানি না উত্তর দেয় নি	১ ২ ৯৮ ৯৯

Guideline for IDI of FSW, PWID, MSM, TG

Knowledge and misconception

1. আপনি কি কোন শিক্ষা কার্যক্রমের সাথে যুক্ত আছেন? কি ধরনের কার্যক্রম এর সাথে যুক্ত আছেন। এই ধরনের কার্যক্রম থেকে আপনি কি ধরনের শিক্ষা পেয়েছেন? দয়া করে একটু বিস্তারিত বর্ণনা করবেন। (Probe করুন: এস টি আই /এইচআইভি/ এইডস, ছড়ানো, প্রতিরোধ)
2. শিক্ষা কার্যক্রম হতে আপনি প্রধানত কি কি মেসেজ শিখেছেন। (Probe করুন: আরো কিছু, যদি কোন ভুল জ্ঞান পান তবে জিজ্ঞাসা করুন এই বিশ্বাসের কারণ কি?)
3. আপনি কি মনে করেন যে আপনি এইচআইভি/ এইডসে আক্রান্ত হতে পারেন? হ্যাঁ/ না উত্তরের জন্য প্রশ্ন করুন: আপনি কি একটু বিস্তারিত আপনার উত্তরের ব্যাখ্যা করবেন?
4. আপনি কি মনে করেন যে অন্যান্যরা আপনার কাছ থেকে কোনভাবে এসটিআই/ এইডস এ আক্রান্ত হতে পারে? হ্যাঁ/ না উত্তরের জন্য প্রশ্ন করুন: আপনি কি একটু বিস্তারিত আপনার উত্তরের ব্যাখ্যা করবেন?

Condom Use

1. আপনি কি দয়া করে আপনার প্রথম যৌন সম্পর্কের অভিজ্ঞতা সম্পর্কে বলবেন? (কত বছর বয়সে আপনার প্রথম যৌন মিলন হয়, কিভাবে সেটি হয়েছিল, সেটা কি জোরপূর্বক ছিল, সেই প্রথম যৌন মিলন আপনাকে কি এই ব্যবসায় যুক্ত হতে বাধ্য করেছে?)
2. আপনি কি আপনার যৌন মিলনের সময় কখনো কনডম ব্যবহার করেছেন? (কখন কনডম ব্যবহার করেছিলেন: শিক্ষা কার্যক্রমের পূর্বে অথবা পরে ?)
3. আপনার কোন ধরনের পরিবর্তিত বিশ্বাস আপনাকে একটি স্বাস্থ্যকর আচরণে সাহায্য করেছিল এবং কিভাবে?
4. আপনি কি আপনার প্রতিটি যৌন মিলনের সময় কনডম ব্যবহার করেন? কেন/ কেন নয়(probe: সে তার সঙ্গীকে কিভাবে কনডম ব্যবহারে রাজি করান তা ব্যাখ্যা করতে বলুন)
5. আপনি কি আপনার নিয়মিত সঙ্গীর ক্ষেত্রে সব সময় কনডম ব্যবহার করেন? আপনি কিভাবে আপনার সঙ্গীকে রাজি করান? যদি রাজি না করায়, জিজ্ঞাসা করুন: কেন আপনি প্রতিবার যৌন মিলনের সময় কনডম ব্যবহার করেন না?
6. কনডম ব্যবহারের জন্য আপনি কি ধরনের বাধার সম্মুখীন হন? (probe: সর্দারনীর নিষেধ, নিয়মিত এবং অনিয়মিত সঙ্গীর বাধা)। আপনি কিভাবে এই বাধাগুলোকে মোকাবেলা করেন? (probe: বাবু এবং নিয়মিত সম্পর্কে কনডম ব্যবহারের প্রয়োজন নেই)

Health Care Seeking Behaviour

1. গত ছয় মাসে আপনার কি কোন স্বাস্থ্যগত সমস্যা হয়েছিল? আপনি কি সমস্যার জন্য কোন স্বাস্থ্য সেবাকেন্দ্র গিয়েছিলেন? কেন/ কেন নয়? (probe: কোন এসটিআই এর লক্ষণ ছিল কিনা)। কখন এবং কেন আপনি স্বাস্থ্য সেবা নিতে অথবা না নেয়ার জন্য সিদ্ধান্ত নিয়েছিলেন? এ সিদ্ধান্তের পেছনে কারণ কি? (probe : বিস্তারিত ব্যাখ্যা করুন)
2. কি কি কারণে আপনি চিকিৎসা নেন নাই অথবা চিকিৎসা নিতে দেরি করেছিলেন? (probe: সর্দারনীর নিষেধ, এলাকার আচরণ)। দয়া করে একটু বিস্তারিত ব্যাখ্যা করবেন কি?
3. আপনি কি ধরনের চিকিৎসা সেবা পেয়েছিলেন? আপনি কি সুস্থ হয়েছেন? আপনি কি চিকিৎসা ব্যবস্থায় সন্তুষ্ট? কেন/ কেন নয়?
4. আপনি কি মনে করেন যে আপনি স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে সকল ধরনের স্বাস্থ্য কর্মীর কাছ থেকে সম্মানজনক ব্যবহার পেয়েছেন? যদি না হয়, কে আপনাকে সম্মান দেখায় নি? আপনি কি দয়া করে একটু ব্যাখ্যা করবেন কিভাবে আপনাকে অসম্মান করা হয়েছে? (probe: বিচারমূলক ব্যবহার, বাজে শব্দ ব্যবহার করেছে, শারীরিকভাবে হেনস্থা করেছে)
5. স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রের অবস্থান সম্পর্কে আপনার অনুভূতি কি? (probe: কি ধরনের অসুবিধা/ সুবিধা)। সুবিধাজনক স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রের অবস্থান সম্পর্কে আরো প্রশ্ন করুন (যৌনপল্লীর ভেতরে, কেন, এলাকার আচরণ ইত্যাদি)

Injecting Drugs

1. আপনি প্রথম কখন ইনজেকশনের মাধ্যমে ড্রাগস নিয়েছিলেন? গত ছয় মাসে আপনি কতবার ইনজেকশনের মাধ্যমে ড্রাগ নিয়েছেন?
2. আপনি কি জীবাণুমুক্ত সুচ ব্যবহার করেন? উত্তর যদি হ্যাঁ হয় প্রশ্ন করুন, প্রতিবার? উত্তর যদি না হয় কারণগুলো জিজ্ঞাসা করুন।
3. যদি নিয়মিত দলের কথা না বলে, তবে নিয়মিত ছোট দলের মধ্যে সুচের আদান-প্রদানের ব্যাপারে প্রশ্ন করুন এবং নিয়মিত ছোট দলের মধ্যে সুচের আদান-প্রদান সম্পর্কে বিস্তারিত প্রশ্ন করুন।
4. আপনি কিভাবে ইনজেকশনগুলো পেয়ে থাকেনা ড্রাগস ক্রয়ের জন্য কিভাবে অর্থ পান? ড্রাগস কেনার জন্য আপনি কি কি পদ্ধতি অবলম্বন করেন?
5. ইনজেকশন নেওয়ার পরে আপনি কি রকম অনুভব করেন? ইনজেকশন নেওয়ার পরে আপনি কি আপনার আনন্দের জন্য যৌনমিলন করেন? প্রত্যেকবার যৌন মিলনের সময় আপনি কি কনডম ব্যবহার করেন? উত্তর যদি না হয়, প্রশ্ন করুন, কেন? (probe: খুবই খুশি মুডে থাকি, ভুলে যাই)

Violence

1. ক্লায়েন্টের সাথে যোগাযোগের জন্য কি পপুলেশনরা তাদের যৌন কর্মের জন্য বিভিন্ন ধরনের মাধ্যম ব্যবহার করে থাকেন, সে সম্পর্কে আপনি কি কিছু জানেন? উত্তর যদি হ্যাঁ হয়, তবে প্রশ্ন করুন, কি পপুলেশনরা কি ধরনের যোগাযোগের মাধ্যম ব্যবহার করেন?
2. আপনি কি জানেন যে কি পপুলেশনরা কোন ধরনের সন্ত্রাসমূলক আচরণ করছে কিনা অথবা তাদের সাথে কোন ধরনের সন্ত্রাসমূলক আচরণ করা হচ্ছে কিনা? উত্তর যদি হ্যাঁ হয়, প্রশ্ন করুন কি ধরনের সন্ত্রাসমূলক আচরণ করা হচ্ছে?
3. আপনি যে বিভিন্ন ধরনের সন্ত্রাসমূলক আচরণের কথা বললেন সেগুলো কিভাবে কি পপুলেশনকে এইচআইভি আক্রান্ত হওয়ার ক্ষেত্রে ঝুঁকিতে ফেলে দিচ্ছে?
4. এই ধরনের আচরণ প্রতিরোধের ক্ষেত্রে আপনার কি কোন মতামত বা উপদেশ আছে? (probe: তাদেরকে তথ্যমূলক শিক্ষা দেওয়া, প্রতিরোধের জন্য তাদেরকে দক্ষ করে তোলা)

COVID

1. আপনার জানামতে কোন কি পপুলেশন কি করোনায় আক্রান্ত হয়েছেন?
2. করোনার সময় তাদের ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ সম্পর্কে আপনি কি জানেন? (probe: নিরাপদ/ অনিরাপদ যৌন মিলন, ইনজেকশনের মাধ্যমে ড্রাগ নেওয়া)
3. আপনি কি জানেন এই ধরনের ঝুঁকিপূর্ণ আচরণের জন্য তাদের কি কি ক্ষতি হতে পারে? (probe:)
4. করোনায় আক্রান্ত হওয়া, মারাত্মক ভাবে করোনায় আক্রান্ত হওয়া, হাসপাতালে ভর্তি হওয়া, সুস্থ হওয়ার জন্য অর্থ খরচ হওয়া, মৃত্যু)
5. আপনি কি জানেন যে, করোনাকালীন সময় কি পপুলেশন অন্য কোন উপায় অর্থ উপার্জন করেছেন কিনা? করোনাকালীন সময়ে তারা কি ধরনের দারিদ্রতার সম্মুখীন হয়েছেন? দয়া করে উদাহরণ দিয়ে ব্যাখ্যা করবেন?

Guideline for Key Informant Interview

1. এখন আমরা কথা বলবো আপনার এলাকায় যাদেরকে কি পপুলেশন বলা হচ্ছে। এই জনগোষ্ঠীকে কেন কি-পপুলেশন হিসাবে চিহ্নিত করা হয়েছে বলে আপনি মনে করেন?
2. আপনি কি মনে করেন তাদের সুস্থভাবে বেঁচে থাকার জন্য অনেক ধরনের সমস্যা বিরাজমান। সেগুলো কি একটু ব্যাখ্যা করবেন? (probe: কি পপুলেশন তাদের যৌন কর্মের জন্য কেন ঝুঁকিপূর্ণ অবস্থানে আছেন? Probe: একাধিক যৌন সঙ্গী, প্রতিবার যৌনমিলনের সময় সঠিক নিয়মে কনডম ব্যবহার না করা, ইনজেকশনের মাধ্যমে ড্রাগ নেয়, সমকামী, হিজরা ক্ষেত্রে কনডম ব্যবহারে বাধা সমূহ)
3. কেন আপনি মনে করছেন যে, যৌন কর্মকাণ্ডের মাধ্যমে অর্থ উপার্জন তাদেরকে এসটিআই/ এইচআইভি ক্ষেত্রে ঝুঁকিপূর্ণ করে তুলছে? (probe: তার জ্ঞান কনডম ব্যবহারে, নিয়মিত সঙ্গীর ক্ষেত্রে সঠিক নিয়মে কনডম ব্যবহার, সর্দারনী এবং সঙ্গীর চাপ)
4. আপনি কেন মনে করছেন যে, যারা ইনজেকশনের মাধ্যমে ড্রাগ নেয় তাদের এসটিআই/ এইচআইভি আক্রান্ত হওয়ার ক্ষেত্রে ঝুঁকিপূর্ণ অবস্থানে আছেন? (probe: তার জ্ঞান কনডম ব্যবহারে, নিয়মিত সঙ্গীর ক্ষেত্রে সঠিক নিয়মে কনডম ব্যবহার, সঙ্গীর চাপ, অতিরিক্ত খুশি মনোভাব)
5. আপনি কেন মনে করছেন যে, যারা সমকামী/ হিজড়া তাদের এসটিআই/ এইচআইভি আক্রান্ত হওয়ার ক্ষেত্রে ঝুঁকিপূর্ণ অবস্থানে আছেন? (probe: তার জ্ঞান কনডম ব্যবহারে, নিয়মিত সঙ্গীর ক্ষেত্রে সঠিক নিয়মে কনডম ব্যবহার, সঙ্গীর চাপ)
6. আপনি কি মনে করেন যে, কি পপুলেশনরা তাদের যৌনবাহিত রোগের লক্ষণ এর জন্য স্বাস্থ্য সেবা নিচ্ছেন? উত্তর যদি হ্যাঁ হয়, তাহলে প্রশ্ন করুন কোথা থেকে নিচ্ছেন? উত্তর যদি না হয়, তবে বিস্তারিত জানতে চান, যেমন, এলাকার প্রশ্নবিদ্ধ আচরণ, সর্দারনী বাধা, স্বাস্থ্যকর্মীর বিচারক মনোভাব, বাজে কথা বলা, অসম্মানজনক আচরণ।
7. কি পপুলেশন এর জন্য কোন বিশেষ স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র আছে কি? যদি থেকে থাকে, তবে আপনি কি মনে করেন যে, সেই কেন্দ্রগুলো সুষ্ঠুভাবে পরিচালিত হচ্ছে? কেন/ কেন নয়? (probe: স্বাস্থ্য সেবা পাওয়া যাচ্ছে, সম্মানজনক ব্যবহার, স্বাস্থ্যকর্মীর সময়মতো উপস্থিতি, ভিন্ন ইত্যাদি)
8. স্বাস্থ্য সেবা নেওয়ার ক্ষেত্রে কোন ধরনের উন্নতির কি প্রয়োজন আছে? উত্তর যদি হ্যাঁ হয়, প্রশ্ন করুন আপনার মতে স্বাস্থ্যসেবার নেওয়ার আচরণের উন্নতির ক্ষেত্রে কোন ধরনের কর্মসূচির প্রয়োজন আছে? যদি না হয়, প্রশ্ন করুন কেন? (probe: জ্ঞানের অভাব, স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রের উপস্থিতি, স্বাস্থ্যসেবার গুণগত মান)

Health Education

1. এইচআইভি প্রতিরোধের জন্য স্বাস্থ্য শিক্ষার কর্মসূচি সম্পর্কে আপনার কি কোনো ধারণা আছে? আপনি কি মনে করেন যে, এই ধরনের স্বাস্থ্য শিক্ষা কর্মসূচি কি পপুলেশনের ব্যবহার/আচরণ/ বিশ্বাসের উপর কোন প্রভাব ফেলছে? উত্তর যদি হ্যাঁ হয়, কিভাবে প্রভাব ফেলছে? দয়া করে উদাহরণ দিয়ে ব্যাখ্যা করবেন?
2. আপনার মতে, এইচআইভি প্রতিরোধে জন্য এই ধরনের শিক্ষা কার্যক্রম কি পপুলেশনের ব্যবহার/আচরণ/ বিশ্বাসের পরিবর্তন আনার জন্য আর কি কি করতে পারে? (probe: উপযুক্ত মনিটর করা, প্রশিক্ষণ পুনরাবৃত্তি করা, কনডম সাপ্লাই এবং সুষ্ঠুভাবে বিতরণ করা, কনডম ব্যবহারের সঙ্গীকে রাজি করানোর জন্য নিজের দক্ষতা তৈরি করা, স্বাস্থ্যসেবার খরচ বহন করতে পাড়া, গবেষণার ধারাবাহিকতা রক্ষা করা)

Violence

1. ক্লায়েন্টের সাথে যোগাযোগের জন্য কি পপুলেশনরা তাদের যৌন কর্মের জন্য বিভিন্ন ধরনের মাধ্যম ব্যবহার করে থাকেন, সে সম্পর্কে আপনি কি কিছু জানেন? উত্তর যদি হ্যাঁ হয়, তবে প্রশ্ন করুন, কি পপুলেশনরা কি ধরনের যোগাযোগের মাধ্যম ব্যবহার করেন?
2. আপনি কি জানেন যে কি পপুলেশনরা কোন ধরনের সন্ত্রাসমূলক আচরণ করছে কিনা অথবা তাদের সাথে কোন ধরনের সন্ত্রাসমূলক আচরণ করা হচ্ছে কিনা? উত্তর যদি হ্যাঁ হয়, প্রশ্ন করুন কি ধরনের সন্ত্রাসমূলক আচরণ করা হচ্ছে?
3. আপনি যে বিভিন্ন ধরনের সন্ত্রাসমূলক আচরণের কথা বললেন সেগুলো কিভাবে কি পপুলেশনকে এইচআইভি আক্রান্ত হওয়ার ক্ষেত্রে ঝুঁকিতে ফেলে দিচ্ছে?
4. এই ধরনের আচরণ প্রতিরোধের ক্ষেত্রে আপনার কি কোন মতামত বা উপদেশ আছে? (probe: তাদেরকে তথ্যমূলক শিক্ষা দেওয়া, প্রতিরোধের জন্য তাদেরকে দক্ষ করে তোলা)

COVID

1. আপনার জানামতে কোন কি পপুলেশন কি করোনায় আক্রান্ত হয়েছেন?
2. করোনার সময় তাদের ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ সম্পর্কে আপনি কি জানেন? (probe: নিরাপদ/ অনিরাপদ যৌন মিলন, ইনজেকশনের মাধ্যমে ড্রাগ নেওয়া)
3. আপনি কি জানেন এই ধরনের ঝুঁকিপূর্ণ আচরণের জন্য তাদের কি কি ক্ষতি হতে পারে? (probe:)
4. করোনায় আক্রান্ত হওয়া, মারাত্মক ভাবে করোনায় আক্রান্ত হওয়া, হসপিটালে ভর্তি হওয়া, সুস্থ হওয়ার জন্য অর্থ খরচ হওয়া, মৃত্যু)
5. আপনি কি জানেন যে, করোনাকালীন সময় কি পপুলেশন অন্য কোন উপায় অর্থ উপার্জন করেছেন কিনা? করোনাকালীন সময়ে তারা কি ধরনের দারিদ্রতার সম্মুখীন হয়েছেন? দয়া করে উদাহরণ দিয়ে ব্যাখ্যা করবেন?

Overall

1. আপনি এতক্ষণ যে কি পপুলেশনের ঝুঁকিপূর্ণ আচরণগুলো সম্পর্কে বললেন, আপনার মতে সবচেয়ে ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ কোনটি, আপনার প্রশ্নের উত্তরটি একটু ব্যাখ্যা করে বলবেন কি?
2. এইসে ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ সম্পর্কে বললেন, এগুলো থেকে উত্তরণের উপায় কি?



Mapping Study and Size Estimation of Key Population in Bangladesh for HIV Programs 2022-23

Validation Questionnaire (1st Capture)

আমরা বাংলাদেশ সরকারের জাতীয় এইডস এবং এসটিডি কন্ট্রোল প্রোগ্রাম (ASP) এর নেতৃত্বে পরিচালিত গবেষণার জন্য তথ্য সংগ্রহ করতে ডিপার্টমেন্ট অফ পাবলিক হেলথ এন্ড ইনফরম্যাটিকস, বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিব মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এসেছি। বাংলাদেশ সরকার এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর এসটিআই/এইচআইভি-তে তাদের ঝুঁকি কমাতে এবং তাদের জীবনযাত্রার মান উন্নত করতে প্রয়োজনীয় সহায়তা এবং সেবা নিশ্চিত করার পরিকল্পনা করেছে। এই ধরনের কোনো প্রোগ্রাম/সেবা পরিকল্পনার জন্য এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর সংখ্যা/অবস্থান/কাজের সময় সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন তাই এই ধরনের তথ্য সংগ্রহ এবং তার মূল্যায়ন করতে আমরা আপনার সহযোগিতা প্রত্যাশা করছি।

নামঃ বয়সঃ স্পটঃ তারিখঃ

১)	জনগোষ্ঠীর প্রকার	<input type="checkbox"/> FSW	<input type="checkbox"/> MSM	<input type="checkbox"/> MSW	<input type="checkbox"/> PWID
২)	আপনি কি আমাদের কোন সহকর্মীর কাছ থেকে কোন চাবির রিং পেয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
৩)	যদি না পেয়ে থাকেন, তাহলে আপনি কি আমাদের চাবির রিং গ্রহণ করে আত্মহী? চাবির রিং প্রদানের সময় বলুনঃ অনুগ্রহ পূর্বক আগামী ১০-১৫ দিন এই চাবির রিংটি সবসময় আপনার সাথে রাখবেন এবং মনে রাখবেন। পরবর্তীতে আমরা এর সম্পর্কে আপনাকে জিজ্ঞাসা করবো। অনুগ্রহপূর্বক চাবির রিংটি হারাবেন না বা কাউকে দিয়ে দিবেন না। Capture হিসাবে রেকর্ড করুন।	চাবির রিং দেয়া ও রেকর্ডভুক্ত হয়েছে <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
৪)	গত ৬ মাসে আপনি কি কোন DIC-তে গিয়ে STI/HTS বা এই জাতীয় কোন সেবা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
৫)	(উত্তর হ্যাঁ হলে) আপনি কি সেই DIC/ক্লিনিকের নাম বলতে পারবেন? DIC/ক্লিনিকের নামঃ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			

নামঃ বয়সঃ স্পটঃ তারিখঃ

১)	জনগোষ্ঠীর প্রকার	<input type="checkbox"/> FSW	<input type="checkbox"/> MSM	<input type="checkbox"/> MSW	<input type="checkbox"/> PWID
২)	আপনি কি আমাদের কোন সহকর্মীর কাছ থেকে কোন চাবির রিং পেয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
৩)	যদি না পেয়ে থাকেন, তাহলে আপনি কি আমাদের চাবির রিং গ্রহণ করে আত্মহী? চাবির রিং প্রদানের সময় বলুনঃ অনুগ্রহ পূর্বক আগামী ১০-১৫ দিন এই চাবির রিংটি সবসময় আপনার সাথে রাখবেন এবং মনে রাখবেন। পরবর্তীতে আমরা এর সম্পর্কে আপনাকে জিজ্ঞাসা করবো। অনুগ্রহপূর্বক চাবির রিংটি হারাবেন না বা কাউকে দিয়ে দিবেন না। Capture হিসাবে রেকর্ড করুন।	চাবির রিং দেয়া ও রেকর্ডভুক্ত হয়েছে <input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
৪)	গত ৬ মাসে আপনি কি কোন DIC-তে গিয়ে STI/HTS বা এই জাতীয় কোন সেবা নিয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			
৫)	(উত্তর হ্যাঁ হলে) আপনি কি সেই DIC/ক্লিনিকের নাম বলতে পারবেন? DIC/ক্লিনিকের নামঃ	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ <input type="checkbox"/> না			



Mapping Study and Size Estimation of Key Population in Bangladesh for HIV Programs 2022-23

Validation Questionnaire (2nd Capture)

আমরা বাংলাদেশ সরকারের জাতীয় এইডস এবং এসটিডি কন্ট্রোল প্রোগ্রাম (অবাচ) এর নেতৃত্বে পরিচালিত গবেষণার জন্য তথ্য সংগ্রহ করতে ডিপার্টমেন্ট অফ পাবলিক হেলথ এন্ড ইনফরম্যাটিকস, বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিব মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এসেছি। বাংলাদেশ সরকার এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর এসটিআই/এইচআইভি-তে তাদের ঝুঁকি কমাতে এবং তাদের জীবনযাত্রার মান উন্নত করতে প্রয়োজনীয় সহায়তা এবং সেবা নিশ্চিত করার পরিকল্পনা করেছে। এই ধরনের কোনো প্রোগ্রাম/সেবা পরিকল্পনার জন্য এসটিআই/এইচআইভি সংক্রমণের ঝুঁকিপূর্ণ জনগোষ্ঠীর সংখ্যা/অবস্থান/কাজের সময় সম্পর্কিত তথ্যের প্রয়োজন তাই এই ধরনের তথ্য সংগ্রহ এবং তার মূল্যায়ন করতে আমরা আপনার সহযোগিতা প্রত্যাশা করছি।

নামঃ _____ বয়সঃ _____ স্পটঃ _____ তারিখঃ _____

১)	জনগোষ্ঠীর প্রকার	<input type="checkbox"/> FSW	<input type="checkbox"/> MSM	<input type="checkbox"/> MSW	<input type="checkbox"/> PWID
২)	গত ১০ দিনের মধ্যে আপনি কি আমাদের কোন সহকর্মীর কাছ থেকে কোন চাবির রিং পেয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না		
৩)	যদি পেয়ে থাকেন, তাহলে আপনি কি আমাদের চাবির রিংটি দেখাতে পারবেন? (উত্তর হ্যাঁ হলে) যদি সঠিক চাবির রিংটি দেখাতে পারেন তাহলে Recapture হিসাবে রেকর্ড করুন	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না		
৪)	আমাদের চাবির রিংটি পেয়েছেন কিন্তু দেখাতে পারেন নি, সেক্ষেত্রে চাবির রিংটি দেখতে কি রকম সেটা জিজ্ঞাসা করুন। সঠিকভাবে চাবির রিংটি বর্ণনা করতে পারলে Recapture হিসাবে রেকর্ড করুন।	রেকর্ডভুক্ত হয়েছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	
৫)	যদি সঠিক চাবির রিংটি দেখাতে বা বর্ণনা করতে না পারে তাহলে এটাকে নতুন Capture হিসাবে রেকর্ড করুন।				

নামঃ _____ বয়সঃ _____ স্পটঃ _____ তারিখঃ _____

১)	জনগোষ্ঠীর প্রকার	<input type="checkbox"/> FSW	<input type="checkbox"/> MSM	<input type="checkbox"/> MSW	<input type="checkbox"/> PWID
২)	গত ১০ দিনের মধ্যে আপনি কি আমাদের কোন সহকর্মীর কাছ থেকে কোন চাবির রিং পেয়েছেন?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না		
৩)	যদি পেয়ে থাকেন, তাহলে আপনি কি আমাদের চাবির রিংটি দেখাতে পারবেন? (উত্তর হ্যাঁ হলে) যদি সঠিক চাবির রিংটি দেখাতে পারেন তাহলে Recapture হিসাবে রেকর্ড করুন	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না		
৪)	আমাদের চাবির রিংটি পেয়েছেন কিন্তু দেখাতে পারেন নি, সেক্ষেত্রে চাবির রিংটি দেখতে কি রকম সেটা জিজ্ঞাসা করুন। সঠিকভাবে চাবির রিংটি বর্ণনা করতে পারলে Recapture হিসাবে রেকর্ড করুন।	রেকর্ডভুক্ত হয়েছে?	<input type="checkbox"/> হ্যাঁ	<input type="checkbox"/> না	
৫)	যদি সঠিক চাবির রিংটি দেখাতে বা বর্ণনা করতে না পারে তাহলে এটাকে নতুন Capture হিসাবে রেকর্ড করুন।				