

বাংলাদেশে প্রবীণ নাগরিকদের স্বাস্থ্য এবং স্বাস্থ্য সেবা পরিস্থিতি

আব্দুর রাজ্জাক সরকার*

১। ভূমিকা

গত কয়েক দশকে স্বাস্থ্য সূচকে অনেক উন্নতি হওয়া সত্ত্বেও বিশ্বব্যাপী বয়স্ক নাগরিকদেরকে সাশ্রয়ী মূল্যের স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা প্রদান সম্ভবপর হয়নি। বিশেষ করে নিম্ন ও মধ্যম আয়ের দেশের জনগোষ্ঠীর জন্য বর্তমানে এটা একটা অন্যতম চ্যালেঞ্জ হয়ে দাঁড়িয়েছে (WHO, 2016)। সাম্প্রতিক বছরগুলিতে বিশ্বের অনেক দেশে প্রবীণ নাগরিক বিশেষ করে ৬০ বছর বা তার বেশি বয়সী জনসংখ্যা ক্রমাগতভাবে বাড়ছে (Nagarajan, Teixeira, & Silva, 2016)। বাংলাদেশও এই সমস্যার বাইরে নয়; উচ্চ-ঝুঁকিপূর্ণ অসংক্রামক রোগের পাশাপাশি সম্প্রতি বয়স্ক লোকের সংখ্যা ক্রমাগত বেড়েই চলছে, যদিও বাংলাদেশের স্বাস্থ্য ব্যবস্থা এখনো তাদের চাহিদা মোতাবেক সেবা দিতে আদৌ প্রস্তুত নয়।

বৈশ্বিক জনসংখ্যার প্রবণতার সাথে সামঞ্জস্য রেখে বাংলাদেশের বয়সভিত্তিক জনসংখ্যার কাঠামোর দ্রুত পরিবর্তন হচ্ছে। সর্বশেষ বিবিএস প্রতিবেদন অনুসারে, বাংলাদেশে ৮০ বছর বা তার বেশি বয়সী লোকদের সংখ্যা মোট জনসংখ্যার প্রায় ৮ শতাংশে, যা ২০৫০ সাল নাগাদ ২১.০৫ শতাংশে (৪৩,৪৯১ মিলিয়ন) উন্নীত হবে বলে ধারণা করা হচ্ছে (BBS, 2016)। জনসংখ্যার সামগ্রিক গড় আয়ুও ক্রমান্বয়ে বাড়ছে (২০১০ সালে ৬৭.৭ বছর এবং ২০২২ সালে ৭২.০৪ বছর), যা বাংলাদেশের জনস্বাস্থ্য চ্যালেঞ্জগুলির জন্য একটি অতিরিক্ত বিষয় হিসেবে আবির্ভূত হয়েছে (Rahman, 2017)। প্রত্যেক নাগরিকের দীর্ঘ জীবনযাপনের জন্য তার সুস্বাস্থ্য প্রত্যাশিত যেটা তাকে অর্থনৈতিক, সামাজিক ও সাংস্কৃতিক পর্যায়ে তার অবদানকে সুদৃঢ় করে। সাম্প্রতিক বছরগুলিতে বাংলাদেশে সংক্রামক রোগের পাশাপাশি অসংক্রামক রোগের (NCD) প্রাদুর্ভাব বাড়ছে যা বয়স্ক জনগোষ্ঠীর জন্য মারাত্মক হুমকি হিসেবে আবির্ভূত হয়েছে (Hanafi, Mahmood, & Bhuiya, 2017)। এর বাইরে ক্রমান্বয়ে যৌথ পরিবার ভেঙ্গে ছোট ছোট পরিবারে পরিণত হচ্ছে, যা বয়স্ক ব্যক্তিদেরকে আরও বিচ্ছিন্ন করে তুলছে এবং তাদের শারীরিক ও মানসিক স্বাস্থ্যকে দুর্বল হওয়ার দিকে ঠেলে দেয়। এই পরিস্থিতিতে বাংলাদেশে বয়স্ক জনগোষ্ঠীর সব ধরনের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের নিশ্চয়তার ব্যবস্থা করা অত্যাবশ্যিক হয়ে পরেছে (Islam & Nath, 2012)।

নিম্ন মধ্যম আয়ের দেশ হওয়া সত্ত্বেও বাংলাদেশ গত কয়েক দশকে জনস্বাস্থ্যের ক্ষেত্রে উল্লেখযোগ্য অগ্রগতি অর্জন করেছে। স্বাস্থ্যসেবা-পরিষেবা সংক্রান্ত তথ্য জনসংখ্যার স্বাস্থ্যের বর্তমান অবস্থা পরিমাপের একটি গুরুত্বপূর্ণ নির্ধারক, যা আর্থ-সামাজিক এবং জনসংখ্যাগত বৈশিষ্ট্য, দক্ষ স্বাস্থ্যকর্মী, খানার ক্রয়ক্ষমতা এবং স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাগুলির প্রাপ্যতাসহ বিভিন্ন কারণ দ্বারা প্রভাবিত হয় (Sarker et al., 2016)। যাইহোক বয়স্ক ব্যক্তিদের রোগের ধরন এবং স্বাস্থ্যসেবা নেওয়ার আচরণ অন্যান্য বয়সের জনগোষ্ঠীর তুলনায় আলাদা ও বেশ জটিল। আবার স্বাস্থ্য সেবা নেওয়ার ক্ষেত্রে অর্থায়ন একটি গুরুত্বপূর্ণ

*রিসার্চ ফেলো, বাংলাদেশ উন্নয়ন গবেষণা প্রতিষ্ঠান (বিআইডিএস)।

নিয়ামক যা তাদেরকে বিভিন্ন ধরনের স্বাস্থ্য সেবা নেওয়ার ক্ষেত্রে অগ্রগামী ভূমিকা পালন করে। অনেক গবেষণায় দেখা গেছে, নিম্ন আয়ের জনগোষ্ঠী অর্থের অভাবে নানাবিধ উন্নত স্বাস্থ্য সেবা থেকে বঞ্চিত হয়। কাজেই স্বাস্থ্য সেবার পাশাপাশি আর্থিক সহায়তার সুব্যবস্থা করা প্রয়োজন যাতে অর্থের অভাবে কেউ যেনো চিকিৎসা সেবা থেকে বঞ্চিত না হয়। উল্লেখ্য, বাংলাদেশের পরিবারগুলি চিকিৎসা ব্যয় মিটাতে নিজের খানার আয়ের উপর ব্যাপকভাবে নির্ভর করে, ফলস্বরূপ দেশে প্রায় ১৬ শতাংশ পরিবার বিপর্যয়কর স্বাস্থ্য ব্যয়ের সম্মুখীন হয়। যার জন্য দেখা যায়, বাংলাদেশে প্রতি বছর প্রায় ৫ মিলিয়ন মানুষ দারিদ্র্যে নিপতিত হয় (Khan, Ahmed, & Evans, 2017)। উল্লেখ্য, বাংলাদেশে স্বাস্থ্য ব্যয়ের মোট ৬৭ ভাগ নিজের পকেট থেকে নির্বাহ করতে হয় কারণ বাংলাদেশে এখনও স্বাস্থ্যবিমার প্রচলন হয়নি (MoHFW, 2018)।

যদিও বাংলাদেশে বিভিন্ন জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারের ওপর বিভিন্ন ধরনের গবেষণা দেখা যায় তবে প্রবীণ নাগরিকদের স্বাস্থ্য ও স্বাস্থ্যসেবা নিয়ে গবেষণা খুব একটা দেখা যায় না। প্রকৃতপক্ষে প্রবীণ নাগরিকদের স্বাস্থ্যসেবার ধরন, তাদের বয়স ও রোগের তীব্রতা চিকিৎসা ব্যয়কে প্রবলভাবে প্রভাবিত করে এবং প্রায়শই অর্থের অভাবে উন্নত চিকিৎসা সুবিধা থেকে বয়স্ক নাগরিকরা বঞ্চিত হয় (James, Rohrer, Norman, & Steven, 2008)। সুতরাং বাংলাদেশের বয়স্ক নাগরিকদের স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা ব্যবহারের সাথে সম্পর্কিত সম্ভাব্য কারণগুলি চিহ্নিত করা খুবই গুরুত্বপূর্ণ কারণ যথাযথ চিকিৎসা না হলে চিকিৎসা ব্যয় এবং রোগের জটিলতার কারণে মৃত্যু এ দুটিই বেশি হবে। এই গবেষণার সাধারণ উদ্দেশ্য হলো বাংলাদেশের বয়স্ক জনগোষ্ঠীর মধ্যে স্বাস্থ্য পরিষেবা ব্যবহারের বাস্তব চিত্র তুলে ধরা। পাশাপাশি এই গবেষণায় প্রবীণ জনগোষ্ঠীর মধ্যে স্বাস্থ্য পরিষেবা ব্যবহার সম্পর্কিত প্রভাবকসমূহ নিয়ে বিস্তারিত আলোচনা করা হয়েছে যা ভবিষ্যতে বয়স্ক নাগরিকদের স্বাস্থ্যের উন্নতির জন্য প্রয়োজনভিত্তিক স্বাস্থ্যসেবা চালুকরণে সহায়ক হবে। অধিকন্তু এই ফলাফলগুলি স্বাস্থ্য সুরক্ষা কর্মসূচি ও আর্থিক ঝুঁকি কমানোর মতো বিভিন্ন কর্মসূচি ডিজাইনসহ সেবার পরিধি বিস্তারেও ব্যবহার করা যেতে পারে। এটা বাস্তব যে, দেশের সকল সাধারণ জনগণকে স্বাস্থ্যসেবার আওতায় নিয়ে আসতে হলে উন্নত বিশ্বের মতো বাংলাদেশেও স্বাস্থ্যবিমার প্রয়োজন অনস্বীকার্য। এই গবেষণাটি ২০৩২ সালের মধ্যে ইউনিভার্সাল হেলথ কভারেজ (ইউএইসসি) বা সার্বজনীন স্বাস্থ্য সেবা অর্জনের জন্য বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসেবা অর্থায়ন কৌশলের মূল উদ্দেশ্যের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।

২। জরিপ পদ্ধতি

বাংলাদেশের টাঙ্গাইল জেলার তিনটি উপজেলায় – কালিহাতী, মধুপুর ও ঘাটাইল – একটি ক্রস-সেকশনাল জরিপের মাধ্যমে এই গবেষণাটি পরিচালনা করা হয়। এই গবেষণায় ৬০ বছর বা তার বেশি বয়সী একজন ব্যক্তিকে ‘প্রবীণ নাগরিক’ হিসেবে সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে (Eva, 2010)। প্রবীণ নাগরিকেরা যারা উল্লিখিত উপজেলায় ন্যূনতম এক বছর বসবাস করেছিল তারা এই গবেষণায় অংশগ্রহণের জন্য যোগ্য বিবেচিত হয়। ডিসেম্বর ২০১৯ থেকে ফেব্রুয়ারি ২০২০ এর মধ্যে মোট ৫৮৫ জন প্রবীণ নাগরিকের উপর এই জরিপটি পরিচালনা করা হয়েছিল। অসুস্থতার অবস্থা, অসুস্থতার ধরন, স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবা ব্যবহার সংক্রান্ত তথ্য সংগ্রহের জন্য একটি প্রশ্নপত্র ব্যবহার করা হয়। প্রশিক্ষিত ও অভিজ্ঞ

সাক্ষাৎকারকারীগণ এই সকল প্রবীণ নাগরিকের মুখোমুখি সাক্ষাৎকার গ্রহণ করে। অধিকন্তু আর্থ-সামাজিক এবং জনসংখ্যাগত বৈশিষ্ট্য যেমন লিঙ্গ, বয়স, বৈবাহিক অবস্থা, পরিবারের আকার, পেশা, শিক্ষা ও পরিবারের আয় ইত্যাদি বিভিন্ন রকম তথ্য জরিপকালে সংগ্রহ করা হয়। খানা প্রধান অথবা খানা প্রধানের মনোনীত ব্যক্তি এই গবেষণায় তথ্য প্রদান করে।

তথ্য বিশ্লেষণের সময় অংশগ্রহণকারীদের বিভিন্ন রকম বৈশিষ্ট্য প্রকাশ করতে গড়, স্ট্যান্ডার্ড বিচ্যুতি (SD), শতাংশ এবং ফ্রিকোয়েন্সি ব্যবহার করা হয়েছে। ফার্মেসি, প্রাইভেট স্বাস্থ্য সেবা সুবিধা এবং সরকারি স্বাস্থ্য সেবা ব্যবহার করার সম্ভাব্য কারণগুলি নির্ধারণ করতে লজিস্টিক রিগ্রেশন বিশ্লেষণ ব্যবহার করা হয় এবং ফলাফলগুলি ৯৫ শতাংশ CIs সহ অডস রেশিও (ORs) দিয়ে উপস্থাপন করা হয়। সমস্ত তথ্য বিশ্লেষণ করার জন্য পরিসংখ্যানগত সফটওয়্যার Stata/SE 14 (StataCorp, কলেজ স্টেশন, TX, USA) ব্যবহার করা হয়। গবেষণা প্রোটোকলটি বাংলাদেশ উন্নয়ন গবেষণা প্রতিষ্ঠান (BIDS) এর গবেষণা পর্যালোচনা কমিটি (RRC) এবং নৈতিক পর্যালোচনা কমিটি (ERC) দ্বারা অনুমোদিত হয়েছিল। অংশগ্রহণের পূর্বে সাক্ষাৎকারে অংশগ্রহণকারীকে এই গবেষণার উদ্দেশ্য খুব ভালোভাবে বোঝানোর পরে যারা অংশগ্রহণ করতে রাজি ছিল কেবল তারাই সম্মতিপত্রে লিখিত স্বাক্ষরের মাধ্যমে অংশগ্রহণ করেছিল। অংশগ্রহণকারীদের আগাম জানানো হয়েছিল যে, তাদের অংশগ্রহণ স্বেচ্ছামূলক এবং তাদের প্রদত্ত সমস্ত তথ্য গোপন থাকবে।

৩। ফলাফল

৩.১। জরিপে অংশগ্রহণকারীদের বৈশিষ্ট্য

জরিপে অংশগ্রহণকারীদের আর্থ-সামাজিক অবস্থা সারণি-১ এ বিশদভাবে বর্ণনা করা হয়েছে। মোট ৫৮৫ জন বয়স্ক নাগরিককে এই গবেষণায় নথিভুক্ত করা হয়েছিল যেখানে প্রায় ৫৪ শতাংশ উত্তরদাতার বয়স ৬০ থেকে ৬৫ বছর এবং ২২ শতাংশের বয়স ৫৬ থেকে ৭০ বছর ছিল। উত্তরদাতাদের গড় বয়স ছিল ৬৮ বছর (\pm SD ৮.৭)। উত্তরদাতাদের বেশিরভাগই পুরুষ (৬০ শতাংশ) এবং তাদের কোনো আনুষ্ঠানিক শিক্ষা ছিল না (৫৮ শতাংশ)। উত্তরদাতাদের প্রায় অর্ধেক (৪৭ শতাংশ) অবসরপ্রাপ্ত বা বর্তমানে কাজ করছেন না, এবং এরপর গৃহিণীদের সংখ্যা বেশি ছিল (২৩ শতাংশ)। লক্ষ করা গেছে, আনুমানিক ৮২ শতাংশ বয়স্ক নাগরিক বয়স্ক ভাতা, ক্ষুদ্র-স্বাস্থ্য বিমা ইত্যাদি সামাজিক সুরক্ষা কর্মসূচি থেকে বঞ্চিত ছিল। পরিবারের গড় মাসিক আয় ১৯,৪৩০ টাকা ($SD \pm ১৯,৮৮৫$) যেখানে গড় ব্যয় ছিল ১৭,৮৯৩ টাকা ($SD \pm ১৬,৭৫৩$)। এই জরিপে প্রবীণ নাগরিকদের শেষ ০৬ মাস আগের অসুস্থতার তথ্য লিপিবদ্ধ করা হয়েছে। দেখা গেছে, প্রায় ৯২ শতাংশ বয়স্ক নাগরিক বিভিন্ন ধরনের অসুস্থতায় ভুগছেন এবং তাদের মধ্যে প্রায় ৯৪ শতাংশ স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করেছিলেন।

সারণি ১: জরিপে অংশগ্রহণকারীদের আর্থ-সামাজিক অবস্থা

চলক	গণসংখ্যা	শতকরা হার
বয়স (বছরে)		
৬০-৬৫	৩১৬	৫৪.০২
৬৬-৭০	১২৬	২১.৫৪
৭১-৮০	১০১	১৭.২৬
৮০+	৪২	৭.১৮
গড় বয়স	৬৮.২২	৮.৭৪
লিঙ্গ		
পুরুষ	৩৫২	৬০.১৭
মহিলা	২৩৩	৩৯.৮৩
সর্বোচ্চ শিক্ষা		
প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষা নেই	৩৪১	৫৮.২৯
প্রাইমারি পর্যন্ত	৭৩	১২.৪৮
মাধ্যমিক	১০৪	১৭.৭৮
উচ্চতর	৬৭	১১.৪৫
পেশা		
অবসরপ্রাপ্ত/কর্মরত নয়	২৭৮	৪৭.৫২
গৃহিণী	১৩৪	২২.৯১
কৃষক/দিনমজুর	৮৭	১৪.৮৭
ব্যবসা	৫৬	৯.৫৭
অন্যান্য	৩০	৫.১৩
বৈবাহিক অবস্থা		
বিবাহিত	৪৩৩	৭৪.০২
বিধবা	১৪৭	২৫.১৩
অন্যান্য	৫	০.৮৫
বসবাসের স্থান		
শহুরে	২৮৮	৪৯.২৩
গ্রামীণ	২৯৭	৫০.৭৭
পরিবারের আকার		
০৩ এর কম	১১৭	২০.০০
০৩-০৫	২৭৫	৪৭.০১
৫ টির বেশি	১৯৩	৩২.৯৯

(চলমান সারণি ১)

চলক	গণসংখ্যা	শতকরা হার
গণমাধ্যমে প্রবেশাধিকার		
হ্যাঁ	৩৫২	৬০.১৭
না	২৩৩	৩৯.৮৩
যেকোনো সামাজিক সুরক্ষা প্রকল্পের সদস্য		
হ্যাঁ	১০৫	১৭.৯৫
না	৪৮০	৮২.০৫
গত ০৬ মাস ধরে অসুস্থতা		
হ্যাঁ	৫৪৪	৯২.৯৯
না	৪১	৭.০১
০৬ মাসে স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহার (n=৫৪৪)		
হ্যাঁ	৫১৩	৯৪.৩০
না	৩১	৫.৭০
পরিবারের মাসিক আয় (গড়, SD)	১৯,৪৩০	১৯,৮৮৫
পরিবারের মাসিক খরচ (গড়, SD)	১৭,৮৯৩	১৬,৭৫৩
পরিবারের আর্থিক অবস্থা		
অতি দরিদ্র	১১৭	২০.০০
দরিদ্র	১২০	২০.৫১
মধ্যবিত্ত	১৩৮	২৩.৫৯
ধনী	৯৬	১৬.৪১
সর্বোচ্চ ধনী	১১৪	১৯.৪৯

৩.২। বয়স্ক ব্যক্তিদের অসুস্থতা সম্পর্কিত তথ্যাবলি

দেখা গেছে, গত ৬ মাস ধরে সবচেয়ে বেশিসংখ্যক প্রবীণ নাগরিক রক্তচাপ (১৪ শতাংশ) ও আলসার (১৩ শতাংশ) রোগে আক্রান্ত ছিলেন। আরও দেখা গেছে, সংক্রামক রোগের তুলনায় বয়স্ক ব্যক্তিদের মধ্যে অসংক্রামক রোগের প্রাদুর্ভাব অনেক বেশি (সারণি ২)। ব্যথা (অর্থাৎ, শরীরে ব্যথা, পেশির ব্যথা) বয়স্ক ব্যক্তিদের মধ্যে অসুস্থতার আরেকটি সাধারণ কারণ (প্রায় ১৩ শতাংশ)। ডায়াবেটিস বর্তমানে বাংলাদেশে একটি উদ্বেগজনক জনস্বাস্থ্য সমস্যা। মোট বয়স্ক উত্তরদাতাদের প্রায় ৮.২১ শতাংশ ডায়াবেটিস রোগে আক্রান্ত। অন্যান্য কারণ সমূহ সারণি ২-এ দেখানো হলো।

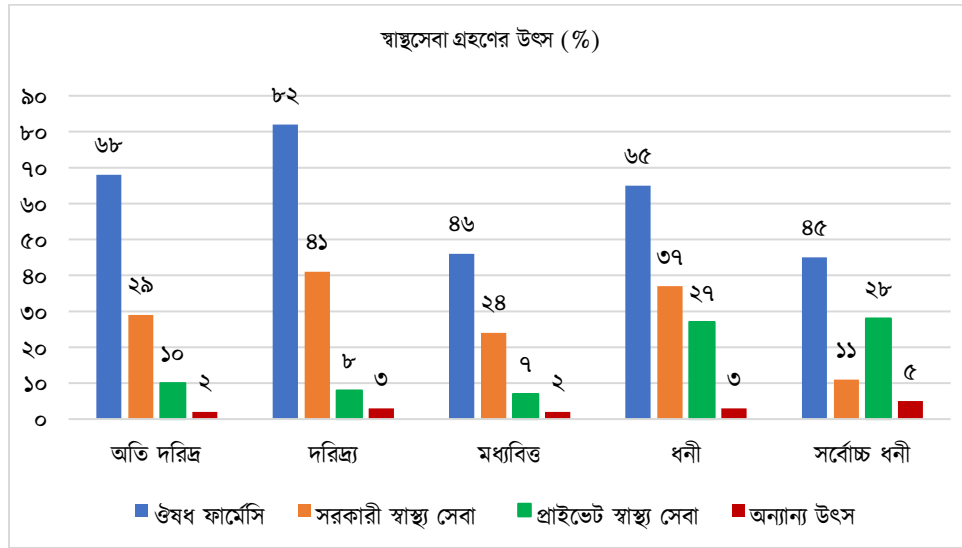
সারণি ২: জরিপ সময়ের আগে গত ০৬ মাস ধরে রোগের ঘটনা (একাধিক উত্তর)

রোগের নাম	গণসংখ্যা	শতকরা (%)
উচ্চ রক্তচাপ	৮০	১৩.৬৮
আলসার	৭৭	১৩.১৬
ব্যথা	৭৪	১২.৬৫
ডায়াবেটিস	৪৮	৮.২১
দুর্বলতা	৩৭	৬.৩২
কার্ডিয়াক রোগ	৩৪	৫.৮১
ফ্লু/কাশি	২৮	৪.৭৯
হাঁপানি	২৪	৪.১০
জ্বর	২০	৩.৪২
আর্থ্রাইটিস	১৬	২.৭৪
চর্মরোগ	১৩	২.২২
চোখের রোগ	১২	২.০৫
শ্বাসকষ্ট	৯	১.৫৪
আমাশয়	৭	১.২০
কিডনি রোগ	৭	১.২০
সড়ক দুর্ঘটনার কারণে আঘাত	৬	১.০৩
স্ট্রোক	৬	১.০৩
পক্ষাঘাত	৬	১.০৩
কান সংক্রমণ	৪	০.৬৮
ফুসফুসের রোগ	৪	০.৬৮
ডায়রিয়া/কলেরা/লুজ মোশন	৩	০.৫১
হিস্টিরিয়া	৩	০.৫১
দাঁতের রোগ	৩	০.৫১
যকৃৎের রোগ	৩	০.৫১
টাইফয়েড	২	০.৩৪
ক্যান্সার	২	০.৩৪
পাইলস	২	০.৩৪
থাইরয়েড রোগ	২	০.৩৪
পক্স	১	০.১৭
আঘাত	১	০.১৭
যক্ষ্মা	১	০.১৭
অ্যাপেনডিসাইটিস	১	০.১৭
অন্যান্য	১৩	২.২২
মোট	৫৪৯	১০০.০০

৩.৩। স্বাস্থ্য সেবার উৎস

চিত্র ১-এ আর্থ-সামাজিক অবস্থা অনুযায়ী স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবার উৎস সম্পর্কে ধারণা দেওয়া হয়েছে। গবেষণায় দেখা গেছে, অতি-দরিদ্র ও দরিদ্র আয়ের বয়স্ক লোকেরা ফার্মেসির উপর বেশি মাত্রায় নির্ভরশীল। প্রায় ২৮ শতাংশ সর্বোচ্চ ধনী খানার প্রবীণ নাগরিকরা প্রাইভেট স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানের সেবার উপর নির্ভরশীল যেখানে অতি-দরিদ্র খানার মাত্র ১০ শতাংশ প্রবীণ নাগরিক প্রাইভেট স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণ করে থাকে। সবচেয়ে ধনী আয়ের খানার মধ্যে প্রায় ০৫ শতাংশ বয়স্ক নাগরিক অন্যান্য উৎস যেমন যেমন কবিরাজ, প্যারামেডিক্স, হাতুরে ডাক্তার ইত্যাদি থেকে স্বাস্থ্য সেবা নিয়েছিল। দেখা গেছে, দরিদ্র আয়ের বয়স্ক নাগরিকদের ৪১ শতাংশ সরকারি স্বাস্থ্য কেন্দ্র থেকে সেবা নেন, অন্যদিকে সর্বোচ্চ ধনী আয়ের মাত্র ১১ শতাংশ নাগরিক সরকারি স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠানের উপর নির্ভর করে। এটা ঠিক যে, ধনী-দরিদ্র সবাই ফার্মেসি থেকে সেবা গ্রহণ করেন।

চিত্র ১: আর্থ-সামাজিক অবস্থা অনুযায়ী স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের উৎস (শতাংশ)



সারণি-৩ এ প্রবীণ নাগরিকদের স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারের প্রভাবকগুলোর একটি তুলনামূলক শ্রেণিবিন্যাস দেখানো হয়েছে। লজিস্টিক রিগ্রেশন মডেল থেকে দেখা যায়, প্রবীণ নাগরিকদের শিক্ষাগত অবস্থা, বৈবাহিক অবস্থা, বসবাসের স্থান, খানার সম্পদ এবং আয়ের অবস্থানের সাথে প্রবীণ নাগরিকদের স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারের প্রবণতা তাৎপর্যপূর্ণ। এই সমীক্ষায় দেখা গেছে, অসুস্থতার সময় প্রবীণ মহিলা নাগরিকদের মধ্যে ফার্মেসি থেকে চিকিৎসা নেওয়ার প্রবণতা বেশি (OR = ১.১০; ৯৫ শতাংশ CI = ০.৫৩, ২.২৬)। অন্যদিকে তারা সরকারি এবং প্রাইভেট স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে তুলনামূলক কম সেবা নিয়ে থাকেন। লক্ষ করা গেছে, মাধ্যমিক (OR = ০.৪৭; ৯৫ শতাংশ CI = ০.২৬, ০.৮৫) এবং উচ্চ শিক্ষিত

নাগরিকদের ফার্মেসি থেকে স্বাস্থ্যসেবা নেওয়ার সম্ভাবনা উল্লেখযোগ্যভাবে কম (OR = ০.১৭; ৯৫ শতাংশ CI = ০.০৮, ০.৩৬)। বিপরীতে, উচ্চ শিক্ষিত নাগরিকদের বেসরকারি খাতের স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে স্বাস্থ্যসেবা নেওয়ার সম্ভাবনা ৩.৪৬ গুণ বেশি এবং ফলাফলটি পরিসংখ্যানগতভাবে তাৎপর্যপূর্ণ (p-value < ০.০০১)। বিবাহিত নাগরিকদের তুলনায় একজন বয়স্ক বিধবা ব্যক্তির ফার্মেসি থেকে স্বাস্থ্য সেবা বেশি ব্যবহার করে এবং সরকারি স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান হতে কম সেবা গ্রহণ করে (OR = ০.৫৫; ৯৫ শতাংশ CI = ০.৩১, ০.৯৯; p-value ০.০৫)। গবেষণার ফলাফলগুলি নির্দেশ করে যে, গ্রামীণ এলাকায় বসবাসকারী বয়স্ক ব্যক্তির ফার্মেসির উপর বেশি মাত্রায় নির্ভরশীল (OR = ৩.৩৪; ৯৫ শতাংশ CI = ২.১১, ৫.২৮; p-value < ০.০০১) এবং সরকারি স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে উল্লেখযোগ্যভাবে কম স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করে (OR = ০.৩২; ৯৫ শতাংশ CI = ০.৩১, ০.৫০; p-মান < ০.০০১)। গবেষণায় আরও দেখা যায়, প্রবীণ নাগরিকদের মধ্যে যারা সবচেয়ে ধনী তাদের অতি দরিদ্রদের তুলনায় প্রাইভেট স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে সেবা নেওয়ার সম্ভাবনা ৪.২৫ গুণ বেশি (OR = ৪.২৫; ৯৫ শতাংশ CI = ১.৭৫, ১০.৩৩; p-value < ০.০০১)। যেহেতু ধনী খানাগুলি উল্লেখযোগ্যভাবে চিকিৎসা সেবার জন্য প্রাইভেট স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠানের উপর নির্ভর করে, তাই সরকারি স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে তারা তুলনামূলকভাবে কম স্বাস্থ্যসেবা (OR = ০.৪৪; ৯৫ শতাংশ CI = ০.২১, ০.৯২; p-value < ০.০০১) গ্রহণ করে।

সারণি-৩ এ প্রবীণ নাগরিকদের স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারের প্রভাবকগুলোর একটি তুলনামূলক শ্রেণিবিন্যাস দেখানো হয়েছে। লজিস্টিক রিগ্রেশন মডেল থেকে দেখা যায়, প্রবীণ নাগরিকদের শিক্ষাগত অবস্থা, বৈবাহিক অবস্থা, বসবাসের স্থান, খানার সম্পদ এবং আয়ের অবস্থানের সাথে প্রবীণ নাগরিকদের স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারের প্রবণতা তাৎপর্যপূর্ণ। এই সমীক্ষায় দেখা গেছে, অসুস্থতার সময় প্রবীণ মহিলা নাগরিকদের মধ্যে ফার্মেসি থেকে চিকিৎসা নেওয়ার প্রবণতা বেশি (OR = ১.১০; ৯৫ শতাংশ CI = ০.৫৩, ২.২৬)। অন্যদিকে তারা সরকারি এবং প্রাইভেট স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে তুলনামূলক কম সেবা নিয়ে থাকেন। লক্ষ করা গেছে, মাধ্যমিক (OR = ০.৪৭; ৯৫ শতাংশ CI = ০.২৬, ০.৮৫) এবং উচ্চ শিক্ষিত নাগরিকদের ফার্মেসি থেকে স্বাস্থ্যসেবা নেওয়ার সম্ভাবনা উল্লেখযোগ্যভাবে কম (OR = ০.১৭; ৯৫ শতাংশ CI = ০.০৮, ০.৩৬)। বিপরীতে, উচ্চ শিক্ষিত নাগরিকদের বেসরকারি খাতের স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে স্বাস্থ্যসেবা নেওয়ার সম্ভাবনা ৩.৪৬ গুণ বেশি এবং ফলাফলটি পরিসংখ্যানগতভাবে তাৎপর্যপূর্ণ (p-value < ০.০০১)। বিবাহিত নাগরিকদের তুলনায় একজন বয়স্ক বিধবা ব্যক্তি ফার্মেসি থেকে স্বাস্থ্য সেবা বেশি ব্যবহার করে এবং সরকারি স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান হতে কম সেবা গ্রহণ করে (OR = ০.৫৫; ৯৫ শতাংশ CI = ০.৩১, ০.৯৯; p-value ০.০৫)। গবেষণার ফলাফলগুলি নির্দেশ করে যে, গ্রামীণ এলাকায় বসবাসকারী বয়স্ক ব্যক্তির ফার্মেসির উপর বেশি মাত্রায় নির্ভরশীল (OR = ৩.৩৪; ৯৫ শতাংশ CI = ২.১১, ৫.২৮; p-value < ০.০০১) এবং সরকারি স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে উল্লেখযোগ্যভাবে কম স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করে (OR = ০.৩২; ৯৫ শতাংশ CI = ০.৩১, ০.৫০; p-মান < ০.০০১)। গবেষণায় আরও দেখা যায়, প্রবীণ নাগরিকদের মধ্যে যারা সবচেয়ে ধনী তাদের অতি দরিদ্রদের তুলনায় প্রাইভেট স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে সেবা নেওয়ার সম্ভাবনা ৪.২৫ গুণ বেশি (OR = ৪.২৫; ৯৫ শতাংশ CI =

১.৭৫, ১০.৩৩; p-value < ০.০০১)। যেহেতু ধনী খানাগুলি উল্লেখযোগ্যভাবে চিকিৎসা সেবার জন্য প্রাইভেট স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠানের উপর নির্ভর করে, তাই সরকারি স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান থেকে তারা তুলনামূলকভাবে কম স্বাস্থ্যসেবা (OR = ০.৪৪; ৯৫ শতাংশ CI = ০.২১, ০.৯২; p-value < ০.০০১) গ্রহণ করে।

সারণি ৩: বাংলাদেশের প্রবীণ নাগরিকদের মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারের প্রভাবক সমূহ

চলক	মডেল I	মডেল II	মডেল III
	ফার্মেসি	প্রাইভেট হাসপাতাল	সরকারি হাসপাতাল
	OR [৯৫% CI]	OR [৯৫% CI]	OR [৯৫% CI]
সেক্স			
পুরুষ (রেফ)			
মহিলা	১.১০ [০.৫৩, ২.২৬]	০.৮৫ [০.৩৫, ২.০৬]	০.৮৫ [০.৪৩, ১.৭০]
শিক্ষা			
কোনো আনুষ্ঠানিক শিক্ষা নেই (রেফ)			
প্রাইমারি পর্যন্ত	০.৭৩ [০.৩৮, ১.৪]	১.৬৩ [০.৭৬, ৩.৫৩]	১.১৬ [০.৬২, ২.১৮]
মাধ্যমিক	০.৪৭** [০.২৬, ০.৮৫]	১.৮৯ [০.৯৪, ৩.৮১]	১.৭২ [০.৯৭, ৩.০৫]
উচ্চতর	০.১৭*** [০.০৮, ০.৩৬]	৩.৪৬*** [১.৫৬, ৭.৬৬]	১.৪০ [০.৭০, ২.৮১]
পেশা			
অবসরপ্রাপ্ত (রেফ)			
গৃহিণী	০.৮৫ [০.৪২, ১.৭০]	১.৬৫ [০.৭৫, ৩.৬২]	১.০৩ [০.৫৩, ২.০৩]
কৃষক/দিনমজুর	১.১০ [০.৫৬, ২.১৫]	০.৮১ [০.৩৩, ২.০২]	০.৯৫ [০.৫, ১.৮১]
ব্যবসা	১.২৭ [০.৬০, ২.৬৮]	০.৭৬ [০.৩০, ১.৯৩]	১.০৮ [০.৫৩, ২.২১]
অন্যান্য	২.২৩ [০.৮৩, ৬.০২]	০.২৭ [০.০৬, ১.২৮]	০.৭৯ [০.৩২, ১.৯৫]
বৈবাহিক অবস্থা			
বিবাহিত (রেফ)			
বিধবা	২.০৫* [১.১১, ৩.৭৭]	১.৩২ [০.৬৭, ২.৬২]	০.৫৫* [০.৩১, ০.৯৯]
অন্যান্য	-	-	-
বসবাসের স্থান			
শহুরে (রেফ)			
গ্রামীণ	৩.৩৪*** [২.১১, ৫.২৮]	০.৭০ [০.৪১, ১.২১]	০.৩২ *** [০.২১, ০.৫০]
তীব্র এবং দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতা অনুসারে রোগের বিভাগ (n=৫৪৪)			
তীব্র অসুস্থতা (রেফ)			
দীর্ঘস্থায়ী অসুখ	০.৪৭ [০.২০, ১.১১]	০.৭০ [০.২৮, ১.৭৫]	১.৩৬ [০.৬৩, ২.৯১]

(চলমান সারণি ৩)

চলক	মডেল I	মডেল II	মডেল III
	ফার্মেসি	প্রাইভেট হাসপাতাল	সরকারি হাসপাতাল
	OR [৯৫% CI]	OR [৯৫% CI]	OR [৯৫% CI]
রোগের ধরন			
CD (রেফ)			
NCD	১.৮৯ [০.৭৮, ৪.৫৭]	১.৬০ [০.৫৯, ৪.৩০]	০.৭৩ [০.৩৩, ১.৬২]
পরিবারের আর্থিক অবস্থা			
অতি দরিদ্র (রেফ)			
দরিদ্র	১.৩৭ [০.৭১, ২.৬৬]	০.৯৭ [০.৩৮, ২.৫০]	১.১৪ [০.৬১, ২.১৪]
মধ্যবিত্ত	১.৮৭ [০.৯৭, ৩.৬১]	০.৮১ [০.৩১, ২.০৭]	০.৮৬ [০.৪৬, ১.৬১]
ধনী	০.৯৯ [০.৪৯, ২.০০]	১.৬৭ [০.৬৭, ৪.১৯]	১.১৮ [০.৫৯, ২.৩৫]
সর্বোচ্চ ধনী	১.৯০ [০.৯০, ৪.০০]	৪.২৫ *** [১.৭৫, ১০.৩৩]	০.৪৪* [০.২১, ০.৯২]
ফ্রিবক	০.৯৭ [০.৪৮, ১.৯৮]	০.১১*** [০.০৪, ০.২৯]	১.০৭ [০.৫৩, ২.১৩]
N	৫০৮	৫০৮	৫০৮
Pseudo R ²	০.১৫	০.১৬	০.০৮
Prob > chi ²	<০.০০১	<০.০০১	<০.০০১
Log likelihood	-২৮১.০১	-২১৪.৪৫	-৩০১.০১
Mean VIF**	৩.০৮	৩.০৮	৩.০৮

টিকা: *p মান <০.০৫ **p মান <০.০১; ***p মান <০.০০১

৪। আলোচনা

বিশ্বব্যাপী মানুষের গড় আয়ু এবং প্রবীণ জনসংখ্যা ক্রমাগতভাবে বাড়ছে। অনেক উন্নয়নশীল দেশের মতো বাংলাদেশও এই ধরনের চ্যালেঞ্জ মোকাবেলা করছে। কিন্তু এই ধরনের উদীয়মান জনস্বাস্থ্য সমস্যা মোকাবেলার জন্য বাংলাদেশ এখনো পুরোপুরি প্রস্তুত নয়। বর্তমান গবেষণাটি (এসডিজি-৩) লক্ষ্যমাত্রা প্রবীণ জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্যের উন্নতির জন্য জরুরি নীতি প্রণয়নে সহায়ক হবে। এসডিজি-৩ লক্ষ্যমাত্রার একটি অন্যতম লক্ষ্য হচ্ছে সার্বজনীন স্বাস্থ্যসেবার ব্যবস্থা করা। সার্বজনীন স্বাস্থ্যসেবার অর্থ হলো প্রত্যেক নাগরিককে প্রয়োজন মতো সাশ্রয়ীমূল্যে সকল প্রকারের মানসম্মত চিকিৎসা সেবার ব্যবস্থা করা এবং টাকার অভাবে কেউ যেন চিকিৎসা সেবা থেকে বঞ্চিত না হয় তা নিশ্চিত করা। এই সার্বজনীন স্বাস্থ্যসেবার তিনটি বিশেষ দিক রয়েছে। এক, দেশের সকল শ্রেণির নাগরিককে স্বাস্থ্যসেবার আওতায় নিয়ে আসা। অর্থাৎ নিম্নবিত্ত থেকে উচ্চবিত্ত, শহরাঞ্চল, গ্রামাঞ্চল, পাহাড়ি অঞ্চল, চরাঞ্চল, হাওর-বাওর সহ উপকূলবর্তী এলাকার সকল বয়সী জনগণ এর আওতাভুক্ত। দুই, সকল ধরনের চিকিৎসা সেবা প্রদান নিশ্চিত করা। যেমন প্রতিরোধমূলক, সচেতনতামূলক, সংক্রামক, অসংক্রামক, মানসিক স্বাস্থ্যসেবা ইত্যাদি। তিন, স্বল্পমূল্যে গুণগত মানের চিকিৎসা সেবা নিশ্চিত করা, যাতে কেউ অর্থের অভাবে চিকিৎসা সেবা থেকে বঞ্চিত না হয়। যদি আমরা এই তিনটি বিষয় নিশ্চিত করতে পারি তবেই সার্বজনীন স্বাস্থ্যসেবা অর্জন করা সম্ভব। তাই সকল প্রবীণ নাগরিককে সব ধরনের চিকিৎসা সেবার সুযোগ নিশ্চিত করতে হবে। এই গবেষণায় বয়স্ক নাগরিকদের স্বাস্থ্য, স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারের ধরন এবং সংশ্লিষ্ট চিকিৎসা ব্যয় সংক্রান্ত তথ্যাবলি বর্ণনা করা হয়েছে।

সমীক্ষায় দেখা গেছে, প্রায় সকল বয়স্ক নাগরিকই বিভিন্ন রকমের অসুখে ভোগেন যেমন উচ্চ রক্তচাপ, গ্যাস্ট্রিক/আলসার, ব্যাথা, ডায়াবেটিস, ফ্লু/কাশি ইত্যাদি। সম্প্রতি বাংলাদেশের জনগণ বেশিরভাগই নানাবিধ অসংক্রামক রোগে (NCD) আক্রান্ত হচ্ছে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা জানিয়েছে, প্রায় সব বাংলাদেশি প্রাপ্তবয়স্ক অন্তত একটি এনসিডি ঝুঁকি নিয়ে বসবাস করছে যেমন ধূমপান করা, কম শারীরিক কার্যকলাপ, ব্যায়ামের অভাব, স্থূলতা, ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ ইত্যাদি (WHO, 2011)। দ্রুত নগরায়ণ, অস্বাস্থ্যকর খাদ্যাভ্যাস, আয়ু বৃদ্ধি এবং জীবনযাত্রার পরিবর্তনের কারণে উচ্চ রক্তচাপের হার কয়েক বছর ধরে বেড়েছে (Chowdhury, Uddin, Haque, & Ibrahimou, 2016)। এটি বয়স্ক ব্যক্তিদের ডায়াবেটিস, স্থূলতাসহ অন্যান্য সহজাত রোগের উচ্চ সম্ভাবনা থাকার কারণে হতে পারে যা আবার উচ্চ রক্তচাপের ঝুঁকি বাড়ায়। ডায়াবেটিস বাংলাদেশের উদীয়মান মারাত্মক জনস্বাস্থ্য সমস্যা। সাম্প্রতিক এক সমীক্ষায় দেখা গেছে, সাধারণ জনসংখ্যার মধ্যে ডায়াবেটিস এবং প্রাক-ডায়াবেটিসের হার যথাক্রমে ১০ শতাংশ ও ১৫ শতাংশ (Sarker & Khanam, 2022)। প্রতি বছর বিপুল সংখ্যক বয়স্ক নাগরিককে চিকিৎসা সেবা দিতে অনেক অর্থ ব্যয় করতে হয় যা নিজ খানা এবং সরকারের জন্য এক বিশাল স্বাস্থ্য ও আর্থিক বোঝা। এজন্য প্রবীণ নাগরিকদের ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপসহ নানাবিধ অসংক্রামক রোগ প্রতিরোধ ব্যবস্থা বিষয়ে সচেতন করতে হবে। পাশাপাশি প্রবীণ নাগরিকদের দ্রুত প্রাথমিক রোগ নির্ণয়, চিকিৎসা নিয়ম মেনে চলা এবং বিভিন্নরকম নীতি তৈরি করা আবশ্যিক। যদিও সরকার এবং সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষ উদ্বিগ্ন যে বয়স্ক নাগরিকরা অনিবার্যভাবে দেশের স্বাস্থ্য সেবার ব্যয় বাড়িয়ে তুলবে কারণ একদিকে যেমন দীর্ঘস্থায়ীভাবে তাদেরকে চিকিৎসাসেবা দিতে হবে, তেমনিভাবে নিত্য নতুন রোগেরও আবির্ভাব হতে পারে যা ভবিষ্যতে বাংলাদেশের স্বাস্থ্য ব্যবস্থার জন্য বিশাল আর্থিক ও সামাজিক চাপ হিসেবে গণ্য হবে। এই সমীক্ষায় ইঙ্গিত দেওয়া হয়েছে যে, প্রতিবার বয়স্ক ব্যক্তিদের চিকিৎসা সেবার জন্য গড়ে মোট আনুমানিক ৭,৭১৪ টাকা খরচ হয় যা পরিবারের জন্য একটি বিশাল আর্থিক বোঝা কারণ বয়স্ক জনগোষ্ঠীকে অল্পবয়সীদের তুলনায় বেশি স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহার করতে হয় এবং বয়সের কারণে শরীরের বিভিন্ন অঙ্গের ক্ষমতা কমে যায়; সেসব বিষয় মাথায় রেখে চিকিৎসা সেবা দিতে হয়।

অন্যান্য গবেষণার সাথে সামঞ্জস্য রেখে আমরা দেখতে পেয়েছি যে, প্রায় সকল বয়স্ক নাগরিক বাংলাদেশে ফার্মেসি থেকে সেবা গ্রহণ করেন (Mahmud et al., 2017)। ফার্মেসি হচ্ছে যেকোনো রোগের প্রথম চিকিৎসা গ্রহণের উৎস, কারণ এই ফার্মেসিগুলি প্রায়শই তাদের খানার সংলগ্ন হয়, চিকিৎসকের প্রেসক্রিপশন ছাড়াই নাগরিকগণ ওষুধ কিনতে পারে এবং তাদের সুবিধাজনক সময়ে যেকোনো সময়ে ঔষধ কিনতে পারে এমনকি বাকিতেও তারা ঔষধ নিতে পারে। অধিকন্তু বাংলাদেশে অনেক ওষুধ বিক্রেতা রোগীদের IV বা IM ওষুধ দিয়ে ইনজেকশন করতে পারে এবং বহনযোগ্য মেশিন ব্যবহার করে রক্তচাপ ছাড়াও রক্তের গ্লুকোজ পরিমাপ করতে পারে। সুতরাং বয়স্ক নাগরিকরা প্রায়ই এই সুবিধাগুলিতে যান এবং এতে যেমন তাদের খানার ব্যয় বাড়তে পারে তেমনি উচ্চ স্বাস্থ্য ঝুঁকিও থাকে। তাই অপ্রয়োজনীয় ওষুধের খরচ এড়াতে ফার্মেসির অতিরিক্ত ব্যবহার মোকাবেলা করার জন্য সরকারকে হস্তক্ষেপ করতে হবে।

আমরা দেখেছি, ধনী পরিবারের বয়স্ক নাগরিকদের বেসরকারি স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহার করার প্রবণতা বেশি, একই প্যাটার্ন উচ্চ শিক্ষিত প্রবীণ নাগরিকদের মধ্যেও পরিলক্ষিত হয়। বাংলাদেশের যেকোনো স্বাস্থ্যসেবা ব্যবহারের জন্য খানার আর্থিক অবস্থা একটি গুরুত্বপূর্ণ নিয়ামক (Sarker et al., 2017)। দেখা যায় যে, ধনী পরিবারগুলির প্রবীণ নাগরিকরা স্বাস্থ্যসেবা নেওয়ার জন্য অতি মাত্রায় বেসরকারি স্বাস্থ্যসেবার উপর নির্ভর করে, কারণ সেখানে উন্নত মানের সেবা পাওয়া যায়। অন্যদিকে সবচেয়ে দরিদ্র পরিবারগুলি প্রায়শই এই উন্নত স্বাস্থ্যসেবা থেকে বঞ্চিত হয়। যদিও ধনী পরিবারগুলি প্রায়শই তাদের নিয়মিত আয় ও সঞ্চয় থেকে চিকিৎসা ব্যয় মিটায়, বাংলাদেশে সামাজিক স্বাস্থ্যসুরক্ষার অভাবের জন্য দরিদ্র পরিবারগুলি বিপর্যয়কর ব্যয়ের শিকার হয়। বহুত মৌলিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদান বাংলাদেশ সরকারের একটি সাংবিধানিক বাধ্যবাধকতা। বাংলাদেশে প্রবীণদের জন্য বিশেষায়িত জেরিয়েট্রিক স্বাস্থ্যসেবার ঘাটতি লক্ষণীয়। সরকারি ও বেসরকারিভাবে হাতেগোনা কয়েকটি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রবীণদের জন্য আলাদা স্বাস্থ্যসেবার ব্যবস্থা থাকলেও তা শুধুমাত্র প্রবীণদের জন্য নিবেদিত নয় বরং তা প্রবীণসহ সকল বয়সী রোগীদের স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করে থাকে এবং এতে অনেক সময় তা প্রবীণ নাগরিকদের চিকিৎসা সেবা ব্যাহত হয়। যাইহোক, বয়স্ক নাগরিকদের স্বাস্থ্য পরিস্থিতির উন্নতিতে বিশেষ মনোযোগ দেওয়া উচিত। উদাহরণস্বরূপ, সার্বজনীন সামাজিক নিরাপত্তা কর্মসূচি যেমন সার্বজনীন বার্ষিক পেনশন এবং সার্বজনীন বার্ষিক ভাতা প্রচলন করা যেতে পারে। সামাজিক স্বাস্থ্য বিমার মতো আর্থিক ঝুঁকি সুরক্ষামূলক স্কিম চালু করা যেতে পারে কারণ এটি স্বাস্থ্যসেবাকে সাশ্রয়ী করা ছাড়াও সমস্ত বয়স্ক নাগরিকদের সেবা দেওয়ার নিশ্চয়তা প্রদান করে।

এই গবেষণার বিভিন্ন সীমাবদ্ধতা রয়েছে। গবেষণাটি নির্বাচিত অল্প কিছু সংখ্যক নাগরিকদের উপর পরিচালিত হয়েছে বিধায় এই গবেষণার ফলাফল সমগ্র প্রবীণ জনগোষ্ঠীর প্রতিনিধিত্ব করে না। অসুস্থতার ইতিহাস এবং চিকিৎসার খরচ সম্পর্কিত তথ্য উত্তরদাতার কাছ থেকে নেওয়া হয়েছিল; এজন্য উত্তর সবসময় ঠিক নাও হতে পারে। অধিকন্তু ফলাফলগুলি বাংলাদেশের অন্যান্য প্রবীণ জনসংখ্যার কাছে সাধারণীকরণ করা যাবে না কারণ এই ধরনের ব্যাখ্যার জন্য দেশব্যাপী পরিচালিত জরিপ প্রয়োজন।

৫। উপসংহার

বাংলাদেশ এখন উন্নত দেশের কাতারে সামিল হওয়ার পথে জোরকদমে এগিয়ে চলেছে। কিন্তু এখনো দেশে বয়স্কদের স্বাস্থ্যসেবার জন্য বিশেষায়িত চিকিৎসা ও স্বাস্থ্যসেবা সীমিত। স্বাভাবিকভাবেই তাদের নির্ভর করতে হয় সাধারণ চিকিৎসার ওপর। এতে তাদের স্বাস্থ্যসেবা পুরোপুরি নিশ্চিত হয় না। যদিও সরকার প্রবীণদের জন্য সামাজিক নিরাপত্তা বেষ্টনী কর্মসূচির আওতায় বয়স্ক ভাতা, বীর মুক্তিযোদ্ধাদের জন্য ভাতা, বিধবা ও স্বামী পরিত্যক্ত নারীদের জন্য ভাতা, ভিজিএফ ইত্যাদি উদ্যোগ নিয়েছে কিন্তু এখনো প্রবীণদের একটি বড় অংশ এসব কর্মসূচির আওতার বাইরে রয়ে গেছে। অধিকন্তু বাংলাদেশে বর্তমানে বয়স্ক ভাতা হিসেবে যে অর্থ দেওয়া হয় তার পরিমাণটাও সম্মানজনক হওয়া উচিত। প্রবীণরা যাতে স্বল্প ব্যয়ে উন্নত চিকিৎসা লাভ করতে পারেন সেজন্য পর্যাপ্ত হাসপাতালের ব্যবস্থা করা দরকার। সরকারি হাসপাতালে প্রবীণদের জন্য আলাদা বিছানা বরাদ্দ থাকা উচিত। ছেলেমেয়েরা যেন পরিবারের প্রবীণ

সদস্যদের নিয়মিত স্বাস্থ্য পরীক্ষা করার ব্যবস্থা গ্রহণ করে সে বিষয়ে লক্ষ রাখতে হবে। পাশাপাশি খুব বয়স্ক প্রবীণ রোগীদের জন্য বিশেষ করে যারা জীবনের শেষ পর্যায়ে রয়েছে তাদের শারীরিক দুর্ভোগ উপশম ও নিরাময়ের জন্য বিভিন্ন হাসপাতালে প্যালিয়েটিভ কেয়ার সেবার ব্যবস্থা করা প্রয়োজন।

গ্রন্থপঞ্জি

- BBS. (2019). *Report on the households income and expenditure survey 2016*. Dhaka, Bangladesh.
- Chowdhury, M. A. B., Uddin, M. J., Haque, M. R., & Ibrahimou, B. (2016). Hypertension among adults in Bangladesh: Evidence from a national cross-sectional survey. *BMC Cardiovascular Disorders*, 16, 1-10. doi:10.1186/s12872-016-0197-3
- Eva, S. S. (2010, 13 Oct.). Rights of elderly in Bangladesh. *The Daily Observer*. Dhaka, Bangladesh, Available: <https://www.observerbd.com/2014/10/13/48316.php>
- Hanifi, S. M. A., Mahmood, S. S., & Bhuiya, A. (2014). Cause-specific mortality and socioeconomic status in Chakaria, Bangladesh. *Global Health Action*, 7. doi:10.3402/gha.v7.25473
- Islam, M. N., & Nath, D.C. (2012). A future journey to the elderly support in Bangladesh. *Journal of Anthropology*, 2012; 2012. doi:10.1155/2012/752521
- James, E. R., Norman R., & Steven, A. (2008). Illness severity and total visits in family medicine. *J Eval Clin Pract*, 14, 65–69.
- Khan, J. A. M., Ahmed, S., & Evans, T. G. (2017). Catastrophic healthcare expenditure and poverty related to out-of-pocket payments for healthcare in Bangladesh- An estimation of financial risk protection of universal health coverage. *Health Policy Plan*, 32, 1102–1110. doi:10.1093/heapol/czx048
- Mahumud, R. A., Sarker, A. R., Sultana, M., Islam, Z., Khan, J., & Morton, A. (2017). Distribution and determinants of out-of-pocket healthcare expenditures in Bangladesh. *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, 50(2), 91. doi:10.3961/jpmph.16.089
- Nagarajan, N. R., Teixeira, A. A., & Silva, S. T. (2016). The impact of an ageing population on economic growth: An exploratory review of the main mechanisms. *Análise Social*, 51, 4-35.
- Rahman, M. S. (2017). Aging and negligence in Bangladesh. *Journal of Gerontology & Geriatric Research*, 6(3), 1-2. doi:10.4172/2167-7182.1000423
- Sarker, A. R., Sultana, M., Mahumud, R. A., Sheikh, N., Van Der Meer, R., & Morton, A. (2016). Prevalence and health care-seeking behavior for childhood diarrheal disease in Bangladesh. *Global Pediatric Health*, 3, 1-12. doi:10.1177/2333794X16680901

- Sarker, A. R., Sultana, M., Mahumud, R. A., Ahmed, S., Islam, Z., Morton, A., & Khan, J. A. (2017). Determinants of enrollment of informal sector workers in cooperative based health scheme in Bangladesh. *PloS One*, *12*(7), doi: 10.1371/journal.pone.0181706
- Sarker, A. R., & Khanam, M. (2022). Socio-economic inequalities in diabetes and prediabetes among Bangladeshi adults. *Diabetology International*, *13*(2), 421-435. <https://doi.org/10.1007/s13340-021-00556-9>
- WHO (World Health Organization). (2016). *World health statistics: Monitoring health for SDGs*.
- WHO (World Health Organization). (2011). *Non-communicable disease risk factor survey Bangladesh 2010*. Regional office for South-East Asia, New Delhi, World Health Organization.