প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষা প্রতিবেদন

দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্প

মূল্যায়ন সেক্টর

বাস্তবায়ন পরিবীক্ষণ ও মূল্যায়ন বিভাগ (আইএমইডি)

পরিকল্পনা মন্ত্রণালয়

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

সমীক্ষক

ইউসুফ এন্ড এসোসিয়েটস

জুন ২০১৫

cfve gj¨vqb mgx¶v cwZ‡e`b

wØZxq Avievb cvBgwi †nj_ †Kqvi cKí

BDmd GÛ G‡mwm‡qUm Gi civgkK

Wt †gvnv¤§` BDmd Avjx
মূল্যায়ন বিশেষজ্ঞ ঃ টিম লিডার

c‡dmi Wt kvn †gvt †KivgZ Avjx
এমবিবিএস ডাক্তার

†gvt Avãj KÏm
অর্থনৈতিক বিশ্লেষক

†gvt AvI jv` †nv‡mb
সমীক্ষা সমন্বয়কারী

AvBGgBwW Gi KgKZvMY

mvjgv gvng`
মহাপরিচালক

gwjnv bwMm
পরিচালক

†gvt gvng`j nvmvb
সহকারী পরিচালক

gj¨vqb †m±i
ev¯evqb cwiex¶Y I gj¨vqb wefvM (AvBGgBwW)
cwiKíbv gšYvjq
MYcRvZšx evsjv‡`k miKvi

mgx¶K
BDmd GÛ G‡mwm‡qUm

জুন ২০১৫

মুখবন্ধ

স্থানীয় সরকার পল্লী উন্নয়ন ও সমবায় মন্ত্রণালয়ের স্থানীয় সরকার বিভাগ এশীয় উন্নয়ন ব্যাংক ও অন্যান্য উন্নয়ন সহযোগীদের আর্থিক এবং কারিগরি সহায়তায় দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্পটি জুলাই ২০০৫ থেকে জুন ২০১২ মেয়াদে বাস্তবায়ন করে। প্রকল্পের প্রাক্কলিত ও প্রকৃত ব্যয় ছিল যথাক্রমে ৫৩১ কোটি টাকা এবং ৪৮৬ কোটি টাকা। প্রকল্পটি দেশের ৮টি সিটি কর্পোরেশন ও ৭টি পৌরসভা এলাকায় সরকারি ও বেসরকারি অংশীদ্বারিত্বের ভিত্তিতে ২৪টি Participating Area NGO এর মাধ্যমে বাস্তবায়িত হয়।

প্রকল্পের মূল উদ্দেশ্য ছিল - দরিদ্র নগরবাসী বিশেষ করে দরিদ্র মহিলা ও শিশুদের স্বাস্থ্য অবস্থার উন্নয়ন করা। সার্বিক উদ্দেশ্য ছিল প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার সুযোগ সৃষ্টি করা, শহরের মানুষের প্রয়োজন অনুযায়ী স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ এবং কম খরচে স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করা।

পরিকল্পনা মন্ত্রণালয়ের বাস্তবায়ন পরিবীক্ষণ ও মূল্যায়ন বিভাগের মূল্যায়ন সেক্টর ২০১৪-১৫ অর্থবছরে প্রকল্পটি মূল্যায়নের জন্য ইউসুফ এন্ড এসোসিয়েটস্ নামক একটি পরামর্শক প্রতিষ্ঠানকে নির্বাচন করে। মূল্যায়নের পরিধি ছিল প্রকল্পের ফলাফল ও প্রভাব মূল্যায়ন এবং প্রয়োজনীয় সুপারিশ প্রদান।

প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার ফলাফল থেকে দেখা যায় যে, নগরবাসী বিশেষ করে মহিলাদের ANC ও PNC সেবা গ্রহণ, TT ইনজেক্শন গ্রহণ, UPHC-তে সন্তান প্রসব, প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ব্যক্তির দ্বারা সন্তান প্রসব, শিশুদের শ্বাসনালী সংক্রমণের চিকিৎসা, শিশুদের শালদুধ খাওয়ানো, বুকের দুধ খাওয়ানো, ৬ মাস বয়সের শিশুদের সম্পূরক খাবার প্রদান, নিয়মিত মা ও শিশুদের স্বাস্থ্য পরীক্ষা করার বিষয়ে সচেতনতা বৃদ্ধি পেয়েছে এবং জনগণ ব্যাপকভাবে প্রকল্প থেকে এসকল বিষয়ে সেবা গ্রহণ করেছে।

প্রভাব মূল্যায়ন প্রতিবেদনে কতিপয় গুরুত্বপূর্ণ সুপারিশ করা হয়েছে-যথাঃ নিজস্ব জমিতে স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা প্রতিষ্ঠিত করে নিয়মিত জনবল ও আর্থিক বরাদ্দ রাখা, প্রয়োজনীয় পরীক্ষার সুবিধা ও যন্ত্রপাতি এবং পর্যাপ্ত ঔষধের ব্যবস্থা রাখা, দরিদ্র শহরবাসী বিশেষ করে নারী ও শিশুদের স্বল্প মূল্যে সেবা প্রদান করা, অপেক্ষাকৃত ধনী লোকদের মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা বিস্তারের ব্যবস্থা রাখা এবং নগরবাসীদের মধ্যে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার বিষয়ে সচেতনতা বৃদ্ধি করা।

আমি প্রভাব মূল্যায়নে ইউসুফ এন্ড এসোসিয়েটসের পরামর্শক টিমকে সফলভাবে মূল্যায়ন কাজটি করার জন্য ধন্যবাদ জানাচ্ছি। মূল্যায়ন সেক্টরের মহাপরিচালক ও তাঁর সহকর্মীবৃন্দ, স্থানীয় সরকার বিভাগ এবং PA NGO সমূহের কর্মকর্তাদের প্রভাব মূল্যায়নে ইউসুফ এন্ড এসোসিয়েটসের পরামর্শক টিমকে সহায়তা প্রদানের জন্য ধন্যবাদ জানাচ্ছি।

আমি আশাবাদী যে, এ প্রভাব মূল্যায়নের ফলাফল ভবিষ্যতে এরূপ প্রকল্প গ্রহণ ও বাস্তবায়নে সহায়ক হবে।

(মোঃ শহীদ উল্লা খন্দকার)
সচিব
আইএমইডি
পরিকল্পনা মন্ত্রণালয়

প্রসঙ্গকথা

স্থানীয় সরকার পল্লী উন্নয়ন ও সমবায় মন্ত্রণালয়ের অধীন স্থানীয় সরকার বিভাগ এশীয় উন্নয়ন ব্যাংক ও অন্যান্য উন্নয়ন সহযোগীদের আর্থিক এবং কারিগরি সহায়তায় "দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার" প্রকল্পটি জুলাই, ২০০৫ থেকে জুন, ২০১২ মেয়াদে বাস্তবায়ন করে। প্রকল্পটি দেশের ৮টি সিটি কর্পোরেশন ও ৭টি পৌরসভা এলাকায় বাস্তবায়ন করা হয়। প্রকল্পটি সরকারি ও বেসরকারি অংশীদারিত্বের ভিত্তিতে ২৪টি Participating Area NGO এর মাধ্যমে ৪৮৬ কোটি টাকা ব্যয়ে বাস্তবায়িত হয়। প্রকল্পের মূল উদ্দেশ্য ছিল দরিদ্র নগরবাসী বিশেষ করে দরিদ্র মহিলা ও শিশুদের প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা উন্নয়ন করা। সার্বিক উদ্দেশ্য ছিল প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার সুযোগ সৃষ্টি করা, শহরের মানুষের প্রয়োজন মাফিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদান এবং স্বল্প খরচে স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করা।

সমীক্ষার ফলাফল পর্যালোচনায় দেখা যায় যে, নগরবাসী বিশেষ করে মহিলাদের প্রসবপূর্ব ও প্রসব পরবর্তী সেবা গ্রহণ, প্রয়োজনীয় ভ্যাকসিন গ্রহণ, স্বাস্থ্যকেন্দ্র সন্তান প্রসব, প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ব্যক্তির দ্বারা সন্তান প্রসব, শিশুদের শ্বাসনালী সংক্রমণের চিকিৎসা, শিশুদের শালদুধ খাওয়ানো, বুকের দুধ খাওয়ানো, ৬ মাস বয়সের শিশুদের সম্পূরক খাবার প্রদান, নিয়মিত মা ও শিশুদের স্বাস্থ্য পরীক্ষা করার বিষয়ে সচেতনতা বৃদ্ধি পেয়েছে এবং প্রকল্প এলাকার অভীষ্ট জনগণ ব্যাপকভাবে প্রকল্প থেকে এসকল বিষয়ে সেবা গ্রহণ করেছে। মোট সেবা গ্রহণকারীদের মধ্যে ৩২% বিনামূল্যে লালকার্ডের মাধ্যমে সকল প্রকার স্বাস্থ্যসেবা পেয়েছে। প্রয়োজনীয় পরীক্ষা, যন্ত্রপাতি ও ঔষধের ব্যবস্থা রাখা, দরিদ্র শহরবাসী বিশেষ করে নারী ও শিশুদের স্বল্প মূল্যে সেবা প্রদান করা, অপেক্ষাকৃত ধনী লোকদের মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা বিস্তারের ব্যবস্থা করা এবং নগরবাসীদের মধ্যে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার বিষয়ে সচেতনতা বৃদ্ধি করার জন্য সুপারিশ করা হয়েছে।

সমীক্ষাটি সফলভাবে পরিচালনার জন্য পরামর্শক প্রতিষ্ঠান, বাস্তবায়ন পরিবীক্ষণ ও মূল্যায়ন বিভাগের কর্মকর্তাবৃন্দ এবং সার্বক্ষণিক সহযোগিতা ও পরামর্শের জন্য স্থানীয় সরকার বিভাগের কর্মকর্তাবৃন্দ, স্টিয়ারিং ও টেকনিক্যাল কমিটির সদস্যবৃন্দকে আন্তরিক ধন্যবাদ জানাচ্ছি। সর্বোপরি আমি বাস্তবায়ন পরিবীক্ষণ ও মূল্যায়ন বিভাগের সচিব জনাব মো: শহীদ উল্লা খন্দকারকে সমীক্ষা প্রতিবেদনের ওপর তাঁর সুচিন্তিত মতামত ও পরামর্শ প্রদানের জন্য কৃতজ্ঞতা জানাচ্ছি।

আমি আশাবাদী যে, অর্জিত অভিজ্ঞতা এবং পরামর্শ ভবিষ্যতে এরূপ প্রকল্প গ্রহণ ও বাস্তবায়নে স্থানীয় সরকার পল্লী উন্নয়ন ও সমবায় মন্ত্রণালয়ের স্থানীয় সরকার বিভাগ ও অন্যান্য সংশ্লিষ্ট সংস্থায় অবদান রাখবে।

(সালমা মাহমুদ)
মহাপরিচালক
মূল্যায়ন সেক্টর, আইএমইডি
পরিকল্পনা মন্ত্রণালয়

Abbreviations

ADB	Asian Development Bank
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome
ANC	Antenatal Care
ARI	Acute Respiratory Infection
BAPSA	Bangladesh Association of Septic Abortion
BCC	Behavioral Change Communication
BCCM	Behavioral Change Communication and Marketing
CCHD	City Corporation Health Department
CRHCC	Comprehensive Reproductive Health Care Center
DFID	Department for International Development
DOTS	Directly Observed Treatment Short-course
ECG	Electrocardiography
EPI	Expanded Program of Immunization
FGD	Focus Group Discussion
FPI	Family Planning Inspector
FWV	Family Welfare Visitor
HIV	Human Immunodeficiency Virus
HMIS	Health Management Information System
IMED	Implementation Monitoring and Evaluation Division
ISI	Integrated Survey Instrument
KMSS	Khulna Mukti Seba Sangstha
MDG	Millennium Development Goal
MSCS	Mary Stopes Clinic Society
NVD	Normal Vaginal Delivery
PA	Partnership Agreement
PA NGO	Partner Area Non-government Organization
PECC	Primary Eye Care Center
PHCC	Primary Health Care Center
PIU	Project Implementation Unit
PMU	Project Management Unit
PNC	Postnatal Care
PPME	Project Performance Monitoring and Evaluation
PSKP	Progoti Samaj Kallyan Protisthan
PSTC	Population Service and Training Center
RDPP	Revised Development Project proforma
RPA	Reimbursable Project Assistance
RTI	Reproductive Tract Infection
SIDA	Swedish International Development Cooperation Agency
STD	Sexually Transmitted Disease
STI	Sexually Transmitted Infection
SWOT	Strength Weakness Opportunity Threat
ULB	Urban Local Body
UHS	Urban Health Survey
UPHCP-II	Second Urban Primary Health Care Project
USG	Ultra Sonography
UTPS	Unity Through Population Services
VCCTC	Voluntary Counseling and Confidential Testing Center
WUPHCC	Ward Uraban Primary Health Care Committee

mwPcÎ

নির্বাহী সারসংক্ষেপ i-iii

c_g Aa¨vq cKí Ges cfve gj¨vqb wWRvBb 1-6
১.১ ভূমিকা ১
1.2 প্রকল্পের প্রধান অঙ্গসমূহ ২
১.৩ প্রকল্পের উদ্দেশ্য ২
১.৪ প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার উদ্দেশ্য ৩
১.৫ মূল্যায়ন পদ্ধতি 3
১.৬ নমুনা ডিজাইন ও নমুনা আকার ৩
১.৭ PHCC ও CRHCC নির্বাচন ৪
১.৮ খানা নির্বাচন ৪
১.৮.১ খানা জরিপ ৪
১.৮.২ PHCC এবং CRHCC এবং ল্যাট্রিন অবকাঠামো ৫
১.৯ সংশ্লিষ্ট মুখ্য ব্যক্তিবর্গের সাক্ষাৎকার (Key Informant Interview) ৫
১.১০ ফোকাস গ্রুপ আলোচনা (FGD) ৫
১.১১ গণশৌচাগার ও মাঠ পর্যায়ে আর্থিক ব্যবস্থাপনা পর্যবেক্ষণ ৫
১.১২ মাঠ পর্যায়ে প্রকল্প সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গের সাথে অংশগ্রহণমূলক কর্মশালা ৫
১.১৩ সংশ্লিষ্ট তথ্য প্রক্রিয়াকরণ, বিশ্লেষণ ও প্রতিবেদন তৈরিকরণ ৫

wØZxq Aa¨vq cKí ev¯evqb chv‡jvPbv 7-11
২.১ অবকাঠামো নির্মাণ ৭
২.২ যন্ত্রপাতি ও আসবাবপত্র ক্রয় ৮
২.৩ যানবাহন ক্রয় ৮
২.৪ জনবল ৮
২.৫ স্বাস্থ্যসেবা শক্তিশালীকরণ ৯
২.৬ অপারেশন রিসার্চ এর বাস্তবায়ন অগ্রগতি ৯
২.৭ প্রকল্প বাজেট ও ব্যয় ১০
২.৮ পার্টনারশিপ এগ্রিমেন্ট ১০

ZZxq Aa¨vq DcKvi‡fvMx‡`i Z_¨ I gZvgZ 12-33
৩.১ খানার সদস্যদের শিক্ষার হার ১৩
৩.২ পরিবারের মহিলা সদস্যদের বৈবাহিক অবস্থা ১৪
৩.৩ খানার সদস্যদের আবাসস্থলের অবকাঠামোর ধরন ১৪
৩.৪ খাবার পানির উৎস ১৪
৩.৫ খানার সদস্যদের ল্যাট্রিনের ব্যবহার ১৫
৩.৬ পরিবারের জ্বালানী ব্যবহারের ধরন ১৫
৩.৭ খানার বিদ্যুৎ সংযোগ ১৬
৩.৮ খানার কক্ষ সংখ্যা ১৬
৩.৯ খানার মাসিক আয় ১৬
৩.১০ খানার মাসিক খরচ ১৭
৩.১১ উত্তরদাতাদের নগর স্বাস্থ্যকেন্দ্র সম্পর্কে জ্ঞান ১৮
৩.১২ UPHCP কর্তৃক প্রদত্ত স্বাস্থ্যসেবার ধরন ১৮
৩.১৩ পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি ব্যবহার ১৯

	৩.১৪ ৩-৮ বছর শিশুর জন্ম	২১
	৩.১৫ গর্ভ অবস্থায় জটিলতা সম্পর্কে জ্ঞান	২৩
	৩.১৬ স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের স্থান	২৫
	৩.১৭ ১২-২৩ মাস বয়সের টিকা	২৬
	৩.১৮ গর্ভবতী মায়েদের পানি শূন্যতার লক্ষণ	২৬
	৩.১৯ শিশু জন্মের পর জটিল রোগ	২৭
	৩.২০ শিশুকে সম্পূরক খাবার দেওয়া	২৯
	৩.২১ যৌনরোগের ধারণা	৩০
	৩.২২ এলাকায় গণসংযোগ	৩২
	৩.২৩ নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্রের সেবা উন্নয়নের জন্য পরামর্শ	৩৩
PZ_ Aa¨vq	cKí m¤ú‡K mswkóR‡bi gZvgZ	34-35
cÂg Aa¨vq	†dvKvm M"c Av‡jvPbv I ¯vbxq IqvKkc	36-45
	৫.১ ফোকাস গ্রুপ আলোচনা	৩৬
	৫.২ গণশৌচাগার পর্যবেক্ষণ	৩৮
	৫.৩ মাঠ পর্যায়ে প্রকল্পের আর্থিক ব্যবস্থাপনা পর্যবেক্ষণ - কেস স্টাডি	৪০
	৫.৩.১ সেবা প্রদানের ফি এর হার	৪১
	৫.৩.২ জুলাই ২০০৬ থেকে ডিসেম্বর ২০১১ পর্যন্ত মোট ব্যয়	৪২
	৫.৩.৩ হিসাব রক্ষণাবেক্ষণের অবস্থা	৪৪
	৫.৪ স্থানীয় পর্যায়ে স্টেকহোল্ডারদের কর্মশালা	৪৪
lô Aa¨vq	cK‡íi mej I `ej w`K Ges P¨v‡jÄ	46-47
	৬.১ সবল দিক	৪৬
	৬.২ দুর্বল দিক	৪৬
	৬.৩ চ্যালেঞ্জ	৪৭
mßg Aa¨vq	mcwik I Dcmsnvi	48-49
	৭.১ সুপারিশ	৪৮
	৭.২ উপসংহার	৪৯
cwiwkó 1	খানা জরিপের জন্য প্রশ্নপত্র	50

mviwY mg‡ni ZwjKv

সারণি ১.১ঃ প্রকল্পের অঙ্গ অনুযায়ী খরচের বিভাজন ২

সারণি ২.১ঃ মূল লক্ষ্যমাত্রা ও সংশোধিত লক্ষ্যমাত্রা এবং প্রকৃত অগ্রগতির চিত্র ৭
সারণি ২.২ঃ যানবাহন ক্রয় ৮
সারণি ২.৩ঃ প্রকল্পের জনবল পরিকল্পিত ও বাস্তব ৮
সারণি ২.৪ঃ প্রকল্পের বছর ভিত্তিক প্রাক্কলিত বরাদ্দ ও প্রকৃত ব্যয় ১০

সারণি ৩.১ঃ উত্তরদাতার প্রকল্প এলাকায় বসবাসের সময় ১২
সারণি ৩.২ঃ পরিবারের সদস্যদের পেশা ১৩
সারণি ৩.৩ঃ পরিবারের সদস্যদের শিক্ষা ১৩
সারণি ৩.৪ঃ পরিবারের মহিলা সদস্যদের বৈবাহিক অবস্থা ১৪
সারণি ৩.৫ঃ বাড়ির কক্ষের সংখ্যা ১৬
সারণি ৩.৬ঃ খানার মাসিক আয় ১৬
সারণি ৩.৭ঃ লালকার্ডধারীদের খানার মাসিক আয় ১৭
সারণি ৩.৮ঃ খানার মাসিক খরচ ১৭
সারণি ৩.৯ঃ প্রকল্প থেকে লালকার্ড প্রাপ্ত খানার সংখ্যা ১৭
সারণি ৩.১০ঃ দরিদ্র লোককে প্রকল্পের মাধ্যমে সেবা প্রদান ১৮
সারণি ৩.১১ঃ UPHCP কর্তৃক প্রদত্ত স্বাস্থ্যসেবার ধরন ১৯
সারণি ৩.১২ঃ উত্তরদাতা গর্ভধারণের সময় স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ ২১
সারণি ৩.১৩ঃ ৩-৮ বৎসরের শিশুদের জন্মের স্থান ২১
সারণি ৩.১৪ঃ ৩-৮ বৎসরের শিশুদের ডেলিভারির ধরন ২২
সারণি ৩.১৫ঃ প্রসবের সময় সহযোগিতাকারী ২২
সারণি ৩.১৬ঃ শিশুদের জন্মের সময়ে ওজন নেওয়া সম্পর্কিত তথ্য ২৩
সারণি ৩.১৭ঃ গর্ভাবস্থায় জটিলতা সম্পর্কে জ্ঞান ২৪
সারণি ৩.১৮ঃ কিশোরী মাতার গর্ভাবস্থায় সমস্যার ধরন সম্পর্কে জ্ঞান ২৪
সারণি ৩.১৯ঃ স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের স্থান ২৫
সারণি ৩.২০ঃ গর্ভবতী মায়েদের পানি শূন্যতার লক্ষণ সম্পর্কে ধারণা ২৭
সারণি ৩.২১ঃ জটিল রোগের ধরন ২৭
সারণি ৩.২২ঃ শিশুর নিউমোনিয়া আক্রান্তের লক্ষণ ২৭
সারণি ৩.২৩ঃ সম্পূরক খাবারের ধরন ২৯
সারণি ৩.২৪ঃ আয়োডিন যুক্ত লবণের উপকারিতা ৩০
সারণি ৩.২৫ঃ HIV/AIDS সম্পর্কে জানার উৎসসমূহ ৩০
সারণি ৩.২৬ঃ HIV/AIDS বিস্তারের পদ্ধতি সম্পর্কে জ্ঞান ৩১
সারণি ৩.২৭ঃ HIV/AIDS থেকে বাঁচার উপায় ৩১
সারণি ৩.২৮ঃ সিফিলিসে আক্রান্তের লক্ষণসমূহ ৩২
সারণি ৩.২৯ঃ গণোরিয়ায় আক্রান্তের লক্ষণসমূহ ৩২
সারণি ৩.৩০ঃ গণ সংযোগ সভার আলোচ্য বিষয়সমূহ ৩২
সারণি ৩.৩১ঃ উত্তরদাতার পরামর্শসমূহ ৩৩

সারণি ৫.১ ঃ সামারি শিট ৪১
সারণি ৫.২ ঃ BAPSA এর সেবা প্রদানের ইউনিটসমূহ ৪১
সারণি ৫.৩ ঃ সেবার প্রকার এবং ফি এর পরিমাণ ৪১
সারণি ৫.৪ ঃ প্রকল্পের সময়ে সেবা প্রদানের জন্য আদায়কৃত অর্থের পরিমাণ ৪২
সারণি ৫.৫ ঃ প্রকল্প অফিস থেকে প্রাপ্ত অর্থ ৪২
সারণি ৫.৬ ঃ জুলাই ২০০৬ থেকে ডিসেম্বর ২০১১ পর্যন্ত ব্যয় ৪৩
সারণি ৫.৭ ঃ ব্যবহৃত হিসাব বই ও রেজিস্ট্রারের ধরন ৪৪

c_g Aa¨vq

cKí Ges cfve gj¨vqb wWRvBb

1.1 fwgKv

বাংলাদেশে দ্রুত নগরায়ণ প্রক্রিয়া চলছে এবং বর্তমান নগরায়ণে হার ২০%-২২%। মোট জনসংখ্যার প্রায় এক তৃতীয়াংশ বর্তমানে শহরে বাস করে (উৎসঃ Bangladesh Urban Health Survey 2013, Page 1)। শহরের গরিব জনসংখ্যার স্বাস্থ্যসেবার জন্য তেমন কোন অবকাঠামো না থাকায় সরকার এশীয় উন্নয়ন ব্যাংকের আর্থিক সহায়তায় ১৯৯৮-২০০৫[১] মেয়াদে প্রাইমারি হেলথ্ কেয়ার প্রকল্পের প্রথম পর্যায় সম্পন্ন করে। প্রথম পর্যায়ের প্রকল্পের সাফল্য ও প্রকল্পের গুরুত্ব অনুধাবন করে এশীয় উন্নয়ন ব্যাংক ও অন্যান্য উন্নয়ন সহযোগীদের আর্থিক সহায়তায় সরকার ২০০৫-২০১২[২] মেয়াদে দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্পটি বাস্তবায়ন করে। এটি একটি পাবলিক প্রাইভেট পার্টনারশিপ (সরকার ও এনজিও সমন্বয়ে বাস্তবায়িত) প্রকল্প।

দ্বিতীয় আরবান হেলথ কেয়ার প্রকল্প ৬টি সিটি কর্পোরেশনে (ঢাকা, বরিশাল, চট্টগ্রাম, খুলনা, রাজশাহী ও সিলেট) এবং ৫টি পৌরসভা এলাকায় (সিরাজগঞ্জ, বগুড়া, কুমিল্লা, সাভার ও মাধবদী) বাস্তবায়ন করা হয়। পরবর্তীতে কুমিল্লা পৌরসভা সিটি কর্পোরেশনে উন্নীত হওয়ায় এবং ঢাকা সিটি কর্পোরেশন ঢাকা উত্তর ও ঢাকা দক্ষিণ সিটি কর্পোরেশনে ভাগ হওয়ায় মোট সিটি কর্পোরেশনের সংখ্যা ৮ এ উন্নীত হয়। আরও পরে ২০১১ সালে প্রকল্পের শেষ দিকে গোপালগঞ্জ, কিশোরগঞ্জ ও কুষ্টিয়া পৌরসভা প্রকল্পে অন্তর্ভুক্ত করা হয় এবং মোট পৌরসভার সংখ্যা ৭-এ উন্নীত হয়। প্রকল্পে Partnership Agreement NGO (PA NGO) এর মাধ্যমে প্রতিটি সিটি কর্পোরেশন ও পৌরসভায় মাতৃ ও শিশু সেবা প্রদান করা হয়। প্রকল্পের সংক্ষিপ্ত তথ্যাদি নিম্নরূপ ঃ

ক. প্রকল্পের নাম ঃ দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্প (UPHCP-II)

খ. প্রশাসনিক মন্ত্রণালয় ঃ স্থানীয় সরকার, পল্লী উন্নয়ন ও সমবায় মন্ত্রণালয়

গ. বাস্তবায়নকারী সংস্থা/ বিভাগ ঃ স্থানীয় সরকার বিভাগ

ঘ. প্রকল্প এলাকা ঃ (১) ঢাকা দক্ষিণ, ঢাকা উত্তর, চট্টগ্রাম, খুলনা, রাজশাহী, সিলেট, বরিশাল ও কুমিল্লা সিটি কর্পোরেশনের অধীনে নির্বাচিত এলাকা, এবং

(২) বগুড়া, সিরাজগঞ্জ, মাধবদী, সাভার, গোপালগঞ্জ, কিশোরগঞ্জ ও কুষ্টিয়া পৌরসভার অধীনে নির্বাচিত এলাকা।

ঙ. প্রকল্পের বরাদ্দ (লক্ষ টাকা)

অর্থের উৎস	মূল বরাদ্দ	সর্বশেষ সংশোধিত বরাদ্দ
মোট প্রকল্প ব্যয়	৫৩,১০০.০০	৬২,০০৯.২০
[স্থানীয় মুদ্রা	১০,৬২০.০০	১২,২৪০.০০
বৈদেশিক মুদ্রা	৩,৪৭৪.৫১	২,৩৯০.৫৭
প্রকল্প সহযোগিতা	৪২,৪৮০.০০	৪৯,৭৬৯.২০
আরপিএ (RPA)	৩৯,০০৫.৪৯	৪৭,৩৭৮.৬৩]

[১] ADB PCR of UPHCP-I, 2006
[2] GoB PCR of UPHCP-II, 2013

চ. প্রকল্পের প্রধান প্রধান অঙ্গ অনুযায়ী আর্থিক বরাদ্দ

সারণি ১.১ঃ প্রকল্পের অঙ্গ অনুযায়ী খরচের বিভাজন (মিলিয়ন ডলার)

প্রকল্পের অঙ্গ	e¨‡RU	cKZ LiP
ভৌত অবকাঠামো	৭.৯৭	৭.৮৩
সরঞ্জাম ও আসবাবপত্র	২.৪৮	০.৯৭
যানবাহন	০.৫৪	০.৪০
জনবল উন্নয়ন	৩.২৮	১.৩২
প্রচার, অনুসন্ধান ও সমীক্ষা সমূহ	৯.৮০	২.৭৩
অংশীদার চুক্তিপত্র	৫৩.২২	৪৪.৫৫
পরামর্শ সেবা	২.৩৬	০.৫০
প্রতিরুপ স্টাফ বেতন (Counterpart Staff Salary)	২.২৩	১.৯১
জমি অধিগ্রহণ ও পুনর্বাসন	০.৫০	০.০০
প্রকল্প বাস্তবায়ন	১.২৮	০.৯৪
অনিশ্চিত আনুষঙ্গিক ব্যয়	৫.২৩	০.০০
প্রকল্প বাস্তবায়নকালীন সুদ (IDC)	১.১১	০.৮০
কর ও শুল্ক	০.০০	৬.৯৩
মোট	90.00	68.88

উৎস ঃ Second Urban Primary Health Care Project, ADB PCR, September, 2014, Page 44

ছ. বাস্তবায়ন কাল

	শুরুর তারিখ	শেষ হওয়ার তারিখ
মূল	জুলাই ২০০৫	ডিসেম্বর ২০১১
সর্বশেষ সংশোধিত	জুলাই ২০০৫	জুন ২০১২
বাস্তব	জুলাই ২০০৫	জুন ২০১২

1.2 cK‡íi cavb A½mgn

ক. প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেন্টার (PHCC) প্রতিষ্ঠা
খ. কমপ্রিহেনসিভ রিপ্রোডাক্টিভ হেলথ কেয়ার সেন্টার (CRHCC) প্রতিষ্ঠা
গ. আপগ্রেডেট PHCC থেকে CRHCC তে উন্নীতকরণ
ঘ. কমিউনিটি টয়লেট নির্মাণ
ঙ. প্রকল্প ব্যবস্থাপনা/ক্রয়
চ. পরামর্শ ও প্রশিক্ষণ
ছ. প্রকল্প পারফরমেন্স পরিবীক্ষণ ও মূল্যায়ন (PPME)
জ. আচরণগত পরিবর্তন, যোগাযোগ ও বিপণন (BCCM)
ঝ. অপারেশনাল রির্চাস

1.3 cK‡íi D‡Ïk¨

প্রকল্পের সার্বিক উদ্দেশ্য হচ্ছে ১৪টি নির্বাচিত শহরের জনগোষ্ঠী বিশেষ করে দরিদ্র নারী ও শিশুদের স্বাস্থ্যের মানোন্নয়নের লক্ষ্যে প্রকল্প এলাকায় প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিসেবায় দরিদ্র মানুষের সুযোগ ও এর ব্যবহার বৃদ্ধি করা; প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার মানোন্নয়ন করা; এবং কম-খরচে প্রাথমিক স্বাস্থ্য চাহিদা পূরণ করা ।

1.4 cfve gj¨vqb mgx¶vi D‡Ïk¨

ক. প্রকল্পের আওতায় বাস্তবায়িত কাজের লক্ষ্য এবং প্রকৃত অগ্রগতি পর্যালোচনা এবং কোন বিচ্যুতি হয়ে থাকলে তার কারণ নির্ণয় করা;

খ. পরিদর্শন এবং জরিপের জন্য নির্বাচিত শহরে প্রাইমারি হেল্‌থ কেয়ার সার্ভিসের প্রধান প্রধান কাজের বর্তমান অবস্থার মূল্যায়ন ও মন্তব্য করা;

গ. এ প্রকল্পের অধীনে মালামাল, কাজ ও সেবা ক্রয় কার্যক্রম (দরপত্র আহবান ও মূল্যায়ন, অনুমোদন পদ্ধতি, চুক্তি সম্পাদন ইত্যাদি) পিপিআর ২০০৮ অনুসরণ করা হয়েছে কি - তা যাচাই করা;

ঘ. প্রকল্প এলাকার বর্তমান অবস্থা নিরূপণের মাধ্যমে SWOT বিশ্লেষণ করা;

ঙ. শহরের নারী ও শিশুসহ দরিদ্রতম মানুষদের প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদানের পরিমাপ এবং সেই সাথে মানের মূল্যায়ন করা;

চ. শহরের দরিদ্রদের বিভিন্ন আর্থসামাজিক উপকার এবং প্রাপ্তির মূল্যায়ন করা; এবং

ছ. প্রকল্প থেকে শিক্ষার আলোকে শহরের দরিদ্র জনগণের স্বাস্থ্য সেবার চাহিদা পূরণে প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবার খরচ, কার্যকারিতা, দক্ষতা, প্রাতিষ্ঠানিক এবং আর্থিক ক্ষমতার উন্নয়ন ও টেকসই করতে যথাযথ সুপারিশ করা ।

1.5 gj¨vqb c×wZ

প্রভাব মূল্যায়নে বিভিন্ন পদ্ধতি ও তথ্য সংগ্রহের জন্য বিভিন্ন পদ্ধতি ব্যবহার করা হয় যার মধ্যে রয়েছে নথি পর্যালোচনা (বেইজলাইন, মিডলাইন ও এনড্‌লাইন জরিপ রিপোর্ট এবং গবেষণা ও মূল্যায়ন রিপোর্ট), মাঠ পর্যায় থেকে তথ্য সংগ্রহ ও আলোচনা, সুবিধাভোগী ও অন্যান্য সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গের সাথে কর্মশালা, কেস স্টাডি, দলীয় আলোচনা ইত্যাদি ।

তথ্য সংগ্রহের জন্য তিন সেট প্রশ্নপত্র ব্যবহার করা হয় এবং তা পরিশিষ্ট-১ এ উপস্থাপন করা হয়েছে। পরামর্শকগণ প্রকল্পের প্রকৃতি ও কার্যক্রম বিবেচনা করে প্রভাব মূল্যায়নের তথ্যের গুণাগুণের ওপর বিশেষ গুরুত্ব প্রদান করেন। উপকারভোগীদের সাথে আলোচনা, গণ্যমান্য ব্যক্তিবর্গের সাক্ষাৎকার ও স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান পরিদর্শন করে গুণগত তথ্য সংগ্রহ করা হয় । প্রশ্নমালার মাধ্যমে উপকারভোগীদের নিকট থেকে তথ্য সংগ্রহ করা হয় ।

1.6 bgybv wWRvBb I bgybv AvKvi

ক্লাস্টার নমুনা ডিজাইন এই সমীক্ষার জন্য উপযুক্ত । ২০১১ সালের আদমশুমারীর সংজ্ঞা অনুযায়ী গড়ে প্রায় ১২০টি খানার একটি ক্লাস্টার বিবেচনা করা হয় এবং বর্তমান সমীক্ষায় ক্লাস্টার থেকে নমুনা সংগ্রহ করা হয় । নমুনার আকার নির্ধারণের জন্য স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে সন্তান প্রসবের শতকরা হার বিবেচনা করা হয়েছে । ২০১৩ সালের আরবান হেলথ সার্ভে (UHS) অনুযায়ী প্রায় ৩৬% মহিলা দক্ষ পেশাদার স্বাস্থ্য কর্মীর দ্বারা স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে সেবা গ্রহণ করেছেন । সুতরাং এখানে লক্ষ্য প্যারামিটার p=৩৬% । নমুনা পরিবারের সংখ্যা নিম্নোক্তভাবে নির্ণয় করা হয় । (উৎসঃ Bangladesh Urban Health Survey 2013, Page 47) ।

$$n = \frac{z^2 q}{p r^2} \times (deff)$$

$$n = \frac{1.96^2 x 0.64}{0.36 x 0.10^2} x 1.5 = 1024$$

এখানে,

প্রাপ্ত নমুনা পরিবারের (খানা) সংখ্যা (n) = ১,০২৪

z = Standard normal variate (95% Confidence level and 5% precision level)

p= টার্গেট প্যারামিটার = ৩৬%

q=1-p = 1-0.36 = 0.64

ডিজাইন ইফেক্ট = ১.৫ (Design effect is a safety factor used for multistage sampling)
r = 10% relative change
মোট সাক্ষাৎকারীর সংখ্যা ১,১৮৮ (উপকারভোগী ১০০০ জন, মুখ্য ব্যক্তিবর্গের সাক্ষাৎকার ৭৮ জন, এফজিডিতে অংশগ্রহণকারী ১১০ জন)

1.7 **PHCC I CRHCC** wbevPb

সমীক্ষার জন্য PHCC ও CRHCC নির্বাচন করতে প্রথমে প্রতিনিধিত্বকারী PA NGO নির্বাচন করা হয়। টেকনিক্যাল কমিটির সাথে একমত হয়ে স্থির করা হয় যে, এ প্রকল্পের প্রভাব মূল্যায়নে PA NGO গুলোর কার্যকারিতা সর্বাধিক শক্তিশালী নিয়ামক (Indicator)। তাই প্রকল্প কর্তৃক PA NGO এর Performance Evaluation[3] মোতাবেক নিম্নোক্ত তিনটি highly performing, তিনটি medium performing এবং ৪টি low performing PA NGO নির্বাচন করা হয়। PA NGO গুলোকে ANC, PNC, Adolescent Reproductive Health Care, Normal Delivery, Service Provided, ARI, Diarrhoea, Vitamen A deficiency, Neonatal Care, Diagnostic Services, RTI/STIs Indicator গুলির ভিত্তিতে PA NGO গুলোকে PPME Firm কর্তৃক পরিচালিত Integrated Survey Instrument (ISI) Monitoring Report এ শ্রেণীবিন্যাস করা হয়েছে। বর্তমান সমীক্ষার জন্য ISI Report এ PA NGO গুলোর Performance Ranking এর মানগুলো ব্যবহার করা হয়েছে।

- Highly Performing PA NGO গ্রুপ থেকে (৩টি) - BAPSA (Hazaribagh, Dhaka), PSKP (Mirpur, Dhaka) ও Mamata (Chittagong)
- Medium Performing PA NGO গ্রুপ থেকে (৩টি) - UTPS (Mirpur, Dhaka), MSCS (Barisal) ও Shimantik (Syhlet)
- Low Performing PA NGO গ্রুপ থেকে (৪টি) - KMSS (Rajshahi), PSTC (Rajshahi), CCHD (Chittagong) ও Srijoni Bangladesh (Sirajganj)

নির্বাচিত ১০টি PA NGO এর প্রতিটি থেকে ৩টি করে PHCC দৈবচয়ন পদ্ধতিতে মোট ৩০টি PHCC সমীক্ষার জন্য নির্বাচন করা হয়। একইভাবে নির্বাচিত ১০টি PA NGO এর ১০টি CRHCC তেও সমীক্ষা পরিচালনা করা হয়।

1.8 Lvbv wbevPb

৩০টি নির্বাচিত PHCC ও ১০টি CRHCC এর ১ কিলোমিটার দূরত্বের মধ্য থেকে প্রতিটির জন্য ১টি ক্লাস্টার দৈবচয়ন পদ্ধতিতে নির্বাচন করা হয়। এতে মোট ৪০টি ক্লাস্টার সমীক্ষার জন্য পাওয়া যায়। প্রতিটি PHCC এর নির্বাচিত ক্লাস্টার থেকে ২০টি সুবিধাভোগী খানা এবং প্রতিটি CRHCC এর নির্বাচিত ক্লাস্টার থেকে ৪০টি সুবিধাভোগী খানা দৈবচয়ন পদ্ধতিতে সনাক্ত ও নির্বাচন করা হয়। এভাবে ৩০টি নির্বাচিত PHCC থেকে ৬০০টি খানা (৩০ PHCC × ২০ খানা) এবং ১০টি নির্বাচিত CRHCC থেকে ৪০০টি খানা (১০ CRHCC × ৪০ খানা) সহ মোট ১,০০০টি খানা সমীক্ষার জন্য নির্বাচন করা হয়। যে সকল খানায় ৫-৮ বছর বয়সের শিশু আছে এবং এই PHCC/CRHCC এলাকায় কমপক্ষে ৫ বছর যাবৎ বসবাস করে সে সকল খানা সমীক্ষার জন্য নির্বাচন করা হয়।

1.8.1 Lvbv Rwic

খানা জরিপের ক্ষেত্রে নমুনা পরিবার নির্বাচনের জন্য আদমশুমারী পদ্ধতি ব্যবহার করা হয়। খানা জরিপ তথ্যের মধ্যে আর্থসামাজিক, স্বাস্থ্য, পুষ্টি, টিকা, আয়, কর্মসংস্থানের অবস্থা ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত রয়েছে। দৈবচয়ন পদ্ধতিতে নির্ধারিত সংখ্যক খানা উক্ত এলাকা থেকে সাক্ষাৎকার গ্রহণের জন্য নির্বাচন করা হয়।

---

[3] UPHCP-II. ISI Monitoring Report (5th Round, June 2011, P.67)

1.8.2 **PHCC** Ges **CRHCC** Ges j¨wUb AeKvVv‡gv

এ সমীক্ষা কার্যক্রমে PHCC, CRHCC এবং ল্যাট্রিন সুবিধা জরিপ করা হয়। পুরো এলাকার স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য জরিপের মাধ্যমে সংগ্রহ করা হয়। এদের মধ্যে ছিল প্রকল্পের অঙ্গ অনুযায়ী কর্ম পরিকল্পনা।

1.9 mswkó gL¨ e¨w³e‡Mi mv¶vrKvi **(Key Informant Interview)**

প্রকল্প সংশ্লিষ্ট স্থানীয় ও জাতীয় পর্যায়ের বিশিষ্টজনদের সাক্ষাৎকার গ্রহণ ও আলোচনার মাধ্যমে প্রয়োজনীয় তথ্যাদি সংগ্রহ করা হয়।

1.10 †dvKvm M“c Av‡jvPbv **(FGD)**

কাঠামোগত সাক্ষাৎকার দ্বারা সমাজের গতানুগতিক কিছু তথ্য সংগ্রহ করা যায় না যা সংগ্রহ করতে সামাজিক ফোকাস গ্রুপ আলোচনার প্রয়োজন হয়। প্রতিটি ফোকাস গ্রুপ স্ব-স্ব PHCC এলাকার সদস্যদের ও সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গের অংশগ্রহণে করা হয়। FGD সভা একজন ফ্যাসিলেটেটর পরিচালনা করেন। প্রতি FGD তে ২জন দরিদ্র সুবিধাভোগী, ১জন ক্লিনিক্যাল ম্যানেজার, ২জন ওয়ার্ড কমিশনার (১জন পুরুষ এবং ১জন মহিলা), ১জন স্থানীয় ফার্মেসী কর্মচারী, ১জন এনজিও প্রতিনিধি, ২জন PHCC/CHRCC এর কমিটি সদস্যদের নিয়ে পরিচালনা করা হয়।

1.11 MY‡kŠPvMvi I gvV chv‡q Aw_K e¨e¯vcbv ch‡e¶Y

নির্বাচিত ১০টি PA NGO এর প্রতিটি থেকে গণশৌচাগারের ওপর পর্যবেক্ষণ করা হয়। বিশেষজ্ঞদের তত্ত্বাবধানে সুপারভাইজারগণ পর্যবেক্ষণ প্রতিবেদন প্রণয়ন করেন। পর্যবেক্ষণে গণশৌচাগারের স্থান নির্বাচন, ব্যবস্থাপনা, পরিচালনা, পরিচ্ছন্নতা, ব্যবহারকারীর সংখ্যা ও সামাজিক অবস্থান, পরিবেশ উন্নয়নে অবদান, ব্যবস্থাপনা উন্নয়নে বাস্তব পরামর্শ ইত্যাদি বিষয়ের ওপর আলোকপাত করা হয়।

1.12 gvV chv‡q cKí mswkó e¨w³e‡Mi mv‡_ AskMnYgjK Kgkvjv

পরামর্শকগণ প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার অধীনে তথ্য সংগ্রহ করার সময় ঢাকা উত্তর সিটি কর্পোরেশনের বিয়াম মিলনায়তনে ১৯ মার্চ ২০১৫ তারিখে একদিনের অংশগ্রহণমূলক কর্মশালা আয়োজন করে। কর্মশালায় আইএমইডির সচিব মহোদয় সভাপতিত্ব করেন। সভায় প্রকল্প পরিচালক, টেকনিক্যাল কমিটি ও স্টিয়ারিং কমিটির সদস্য, পিএ এনজিওর কর্মকর্তা, মাঠ পর্যায়ের চিকিৎসক ও সুবিধাভোগী অংশগ্রহণ করেন। কর্মশালার প্রধান উদ্দেশ্য ছিল সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গের সাথে প্রাপ্ত তথ্যের মতবিনিময় করা। বিশেষ করে প্রকল্পের কাজের মান, বাস্তবায়ন, সময়কাল, সময় বা মাত্রা থেকে বিচ্যুতির কারণ এবং ফলাফল, সেবা প্রদান, সেবা গ্রহণকারীদের সন্তুষ্টি, প্রকল্পের সবল ও দুর্বল দিক নির্ণয় এবং একই রকম প্রকল্প ভবিষ্যতে বাস্তবায়নের জন্য পরামর্শ গ্রহণ প্রভৃতি।

1.13 mswkó Z_¨ cwµqvKiY, we‡klY I cwZ‡e`b ˆZwiKiY

সময়মত কাজটি শেষ করার লক্ষ্যে তথ্য সংগ্রহ এবং ডাটা এন্ট্রি কাজটি একসাথে করা হয়। মাঠ পর্যায়ের কাজ শেষ হওয়ার পরপরই সমুদয় পূরণকৃত প্রশ্নপত্র ডাটা প্রক্রিয়াকরণের জন্য পরামর্শক ফার্মের দপ্তরে প্রেরণ করা হয় এবং ডাটা প্রক্রিয়ার কাজটি সম্পাদনা করা হয়, প্রশ্নের উত্তর অসংগতিপূর্ণ ডাটা থাকলে তা পরিহার করা হয়, কোড করা হয়, ডাটা এন্ট্রি করা হয়। ডাটা এন্ট্রির জন্য Access সফটওয়ার ব্যবহার করে প্রোগ্রাম তৈরি করা হয় এবং SPSS ও Excel এর মাধ্যমে ডাটা এনালাইসিস করা হয়। ডাটা এন্ট্রি করার সময় যাতে ভুল সনাক্ত করা যায় তার জন্য সম্ভাব্য সকল প্রকার শর্ত (শর্তের মধ্যে লজিক্যাল এবং পরিসীমা পরিবীক্ষণ) সন্নিবেশিত করা হয়। ডাটা এন্ট্রির মান নিয়ন্ত্রণের জন্য দৈবচয়ন ভিত্তিতে ২০ শতাংশ প্রশ্নপত্র বাছাই করে পুনরায় এন্ট্রি করা হয়। মূল্যায়নের উদ্দেশ্যের সাথে সঙ্গতিপূর্ণ সকল নির্দেশকের জন্য প্রয়োজনীয় টেবিল এবং ক্রস টেবিল তৈরি করা হয়।

প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার টিম লিডারের নেতৃত্বে বিশেষজ্ঞ দল প্রাপ্ত তথ্য/উপাত্ত বিশ্লেষণ করেন এবং একটি বর্ণনামূলক প্রতিবেদন তৈরি করেন। প্রতিবেদনের মূল বিষয়বস্তু হচ্ছে খানার বৈশিষ্ট্য, PHCC/ CRHCC এর সম্পর্কে জ্ঞান এবং এর সেবা গ্রহণ, প্রজনন স্বাস্থ্য এবং প্রজনন ইতিহাস, গর্ভাবস্থায় এবং পরে মায়েদের এবং শিশুদের স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণ, শিশুদের টিকা গ্রহণের বিবরণ, শিশুদের মধ্যে ডায়রিয়া এবং তীব্র (Acute) শ্বাসযন্ত্রের সংক্রমণ, শিশুদের পুষ্টি অবস্থা, HIV/AIDs সম্পর্কে ধারণা ও তার প্রতিরোধ, স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ সম্পর্কে সচেতনতা ইত্যাদি। প্রতিবেদনে ভবিষ্যতে এরূপ প্রকল্প গ্রহণ ও পরিচালনার জন্য কতিপয় পরামর্শ প্রদান করা হয়।

প্রভাব মূল্যায়নে শুধুমাত্র প্রকল্পের সুবিধাভোগীদের পারিবারিক, অর্থনৈতিক, স্বাস্থ্য এবং প্রকল্প থেকে গৃহীত স্বাস্থ্যসেবার তথ্যাদি বিশ্লেষণ ও ব্যবহার করা হয়েছে। প্রকল্পটি ১৪টি নির্বাচিত শহরের জনবহুল কিন্তু বেশি সংখ্যক গরিব মানুষের বসবাস কেবলমাত্র সে সকল এলাকায় প্রকল্পের আওতায় স্বাস্থ্যসেবা দেয়া হয়েছে। প্রকল্পের সুবিধাভোগীগণও তাঁদের নিজ শহরের সকল জনগণের একটি অংশ মাত্র।

wØZxq Aa¨vq

cKí ev¯evqb chv‡jvPbv

নির্বাচিত শহরের জনবহুল এবং যেখানে অধিক গরিব মানুষের বাস সে সকল এলাকায় প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠান প্রতিষ্ঠা করা হয়। প্রকল্পের কয়েকটি অঙ্গ ছিল যেমন ঃ অবকাঠামো নির্মাণ, যন্ত্রপাতি ও আসবাবপত্র ক্রয়, যানবাহন ক্রয়, জনবল উন্নয়ন, প্রচার, অনুসন্ধান ও সমীক্ষা, অংশীদারিত্ব চুক্তি, জনবলের বেতন, জমি অধিগ্রহণ ও পুনর্বাসন প্রকল্প বাস্তবায়ন। প্রতিটি অঙ্গ ভিত্তিক অগ্রগতির সংক্ষিপ্ত বিবরণ নীচের অনুচ্ছেদগুলোতে বর্ণনা করা হল।

2.1 AeKvVv‡gv wbgvY

প্রকল্পের অবকাঠামো নির্মাণে প্রধানত PHCC এবং CRHCC প্রতিষ্ঠিত, কমিউনিটি ল্যাট্রিন নির্মাণ ও PHCC থেকে CRHCC তে উন্নয়ন অন্তর্ভূক্ত। প্রকল্পের লক্ষ্যমাত্রা দু'বার সংশোধন করা হয়। এ সংশোধনের সময় অবকাঠামো নির্মাণের লক্ষ্যমাত্রা সংশোধন করা হয়। মূল লক্ষ্যমাত্রা ও সংশোধিত লক্ষ্যমাত্রা এবং প্রকৃত অগ্রগতির চিত্র (সারণি ২.১) তে উপস্থাপন করা হল।

সারণি ২.১ঃ মূল লক্ষ্যমাত্রা ও সংশোধিত লক্ষ্যমাত্রা এবং প্রকৃত অগ্রগতির চিত্র

বিষয়	মূল লক্ষ্যমাত্রা	সংশোধিত লক্ষ্যমাত্রা	সমাপ্ত সংখ্যা	আংশিক সমাপ্ত	বাদ
সিআরএইচসিসি নির্মাণ	১৪	১৩	৮	১	৪
পিএইচসিসি নির্মাণ	৫০	২৮	১৪	৬	৮
পিএইচসিসি থেকে সিআরএইচসিসিতে উন্নয়ন	৪	১	১	০	৩
কমিউনিটি ল্যাট্রিন নির্মাণ	৯৬	৩৮	২৭	১	১০

উৎস ঃ এশীয় উন্নয়ন ব্যাংক প্রকল্প সমাপ্ত প্রতিবেদন, সেপ্টেম্বর ২০১৪, পৃষ্ঠা ৩৯।

সিআরএইচসিসি ১৪টি থেকে ১৩, পিএইচসিসি ৫০ থেকে ২৮টি এবং কমিউনিটি ল্যাট্রিন ৯৬ থেকে ৩৮টি এবং পিএইচসিসি থেকে সিআরএইচসিসিতে উন্নয়নকরণ ৪টি থেকে ১টিতে পুণ:নির্ধারণ করা হয়। উপযুক্ত স্থানে প্রয়োজনীয় জমির অভাব, নির্মাণকাজে ও ক্রয় প্রক্রিয়ায় দীর্ঘ সময় ব্যয় এবং নির্মাণ সামগ্রীর মূল্য বৃদ্ধির কারণে প্রকৃতপক্ষে ৮টি CRHCC, ১৪টি PHCC, ১টি PHCC থেকে CRHCC তে উত্তরণ এবং ২৭টি কমিউনিটি ল্যাট্রিন নির্মাণ করা সম্ভব হয়। এছাড়া ১টি CRHCC, ৬টি PHCC এবং ১টি কমিউনিটি ল্যাট্রিন নির্মাণ অসমাপ্ত থেকে যায়। তবে নতুন নির্মিত ও পুরানো স্থাপনায় মোট ২৪টি CRHCC ও ১৬১টি PHCC প্রতিষ্ঠা করে প্রকল্পের সেবা দানে লক্ষ্যমাত্রা পূরণ করা হয়।

প্রকল্প এলাকা শহর অঞ্চল বিধায় জমির উচ্চ মুল্য এবং সুবিধাজনক স্থানে প্রয়োজনীয় পরিমাণ জমি পাওয়া যায় না। এছাড়া CRHCC/PHCC নির্মাণ সময় সাপেক্ষ যা প্রকল্প মেয়াদে শেষ করা কঠিন। অধিকন্তু PA NGOদের সক্ষমতার নিশ্চয়তা প্রকল্প মেয়াদে এরূপ ব্যাপক সেবা কাজে সব সময় পাওয়া কঠিন।

নতুন নির্মিত অবকাঠামো সাধারণত: মান সম্মত হয়েছে। তবে ভবিষ্যতে এরূপ অবকাঠামো ডিজাইনে লে-আউট হাসপাতাল ও দক্ষ স্বাস্থ্যসেবার নিরিখে করা উচিত যাতে কম সময়ে, ও কম খরচে রোগীদের সুবিধা নিশ্চিত করা যায়। অবকাঠামো রক্ষণাবেক্ষণের জন্য কোন বাজেট বরাদ্দ নেই, যার ফলে মেরামত ও রক্ষণাবেক্ষণ সম্ভব হয় না। (সূত্র - DFID এর স্বতন্ত্র উপদেষ্টা দলের রিপোর্টি, মার্চ ২০১২)।

ভৌত অবকাঠামো নির্মাণ সমাপ্ত হলেও সাভারের একটি সিআরএইচসিসি সম্পূর্ণ করা হয়নি। কুমিল্লায় সিটি কর্পোরেশনে দুইটি পিএইচসিসি, সিলেট সিটি কর্পোরেশনে ১টি, বরিশাল সিটি কর্পোরেশনে তিনটি নির্মাণ কাজ আংশিক সমাপ্ত করা হয়েছে। চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশনে ১টি কমিউনিটি ল্যাট্রিন অসমাপ্ত রয়ে যায় কারণ বাজার কমিটি বাজারের নিকট ল্যাট্রিনের নির্মাণ কাজ স্থগিত করার জন্য মামলা দায়ের করে (সূত্রঃ প্রকল্প সমাপ্ত প্রতিবেদন সেপ্টেম্বর, ২০১৩)। পিএ এনজিও নির্বাচনের জন্য PPR-২০০৩ অনুসরণ করা এবং সরকার ও এশীয় উন্নয়ন ব্যাংকের অনুমোদন নেওয়া হয়।

2.2 hšcwZ I Avmevec Î µq

এশীয় উন্নয়ন ব্যাংকের ক্রয় নির্দেশনা মোতাবেক যন্ত্রপাতি ও আসবাবপত্র ক্রয় করা হয়। (সূত্রঃ প্রকল্প ডিপিপি অনুয়ায়ী)। ক্রয়কৃত মালামালের মধ্যে ২৬৫ সেট আসবাবপত্র, ২৮টি কম্পিউটার, ৯৯ সেট টেলিফোন, ২২টি এয়ারকুলার, ১২টি ফটোকপি মেশিন। তবে ডিপিপি সংশোধন করে ২৫৭ সেট আসবাবপত্র, ৫২টি কম্পিউটার, ১৩৮টি টেলিফোন, ২২টি এয়ারকুলার ও ১২টি ফটোকপিয়ার মেশিন ক্রয়ের ব্যবস্থা রাখা হয়। প্রকৃত পক্ষে ২৬০ সেট আসবাবপত্র, ৫৮টি কম্পিউটার, ১৩৮টি টেলিফোন, ২৫টি এয়ারকুলার ও ১৫টি ফটোকপি মেশিন ক্রয় করা হয়। প্রকল্পের শেষভাগে নতুন তিনটি পার্টনারশিপ এরিয়া যোগ হওয়ার ফলে আসবাবপত্র ও যন্ত্রপাতির সংখ্যা বৃদ্ধি করা হয়েছে। আরডিপিপি সংশোধন করার সাথে সাথে খরচেরও পরিবর্তন হয়। আসবাবপত্র ও যন্ত্রপাতি ক্রয়ের ক্ষেত্রে মূল ও সংশোধিত বরাদ্দ যথাক্রমে টাকা ৪৭৮.৭৯ লক্ষ ও টাকা ৬৫৪.৭৬ লক্ষ এবং প্রকৃত খরচ টাকা ৬১৫.১৪ লক্ষ।

2.3 hvbevnb µq

প্রকল্প ডিপিপিতে যানবাহন ক্রয়ের ক্ষেত্রেও বাজেট সংশোধন করা হয়। মূল ডিপিপিতে ৩টি জীপ গাড়ি, ৮টি মোটর গাড়ি, ৭টি পিকআপ ভ্যান ও ২৪টি মোটরসাইকেল ক্রয়ের ব্যবস্থা রাখা হয়। পরবর্তীতে ২০১০ সালের জানুয়ারী মাসে ডিপিপি সংশোধনের মাধ্যমে আরও ৩টি অ্যাম্বুলেন্স ক্রয় ও ভাড়ার ভিত্তিতে একটি মাইক্রোবাস সংগ্রহের ব্যবস্থা রাখা হয়। ২০১০ সালের জুন মাসের সংশোধনে আরও ৩টি গাড়ি, ৩টি পিকআপ ভ্যান ও ৩টি মটরসাইকেল সংযোজন করা হয়। যানবাহন ক্রয়ের চিত্র সারণি ২.২ নং তে উপস্থাপন করা হল।

সারণি ২.২ঃ যানবাহন ক্রয়

যানবাহনের ধরণ	মূল ডিপিপি অনুযায়ী সংখ্যা	২০১০ জানুয়ারী সালে সংশোধিত সংখ্যা	২০১০ জুন মাসে সংশোধিত সংখ্যা	ক্রয়কৃত সংখ্যা
জীপ গাড়ি	৩	৩	৩	৩
মোটর গাড়ি	৮	৮	১১	৪
পিকআপ ভ্যান	৭	৮	১১	৭
মোটরসাইকেল	২৪	২৪	২৭	২৪
অ্যাম্বুলেন্স	০	৩	৩	০
মাইক্রো বাস (ভাড়ায়)	০	১	১	০

Source: Revised Development Project proforma (RDPP), June 2010, Page 8

এখানে উল্লেখ করা যায় যে, প্রথম আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্প থেকে ব্যবহৃত ১৩টি পিকআপ ভ্যান ও ২২টি এ্যামবুলেন্স দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্প গ্রহণ করে।

2.4 Rbej

প্রকল্প শুরুতে স্থানীয় সরকার, পল্লী উন্নয়ন ও সমবায় মন্ত্রণালয়ের স্থানীয় সরকার বিভাগে একটি প্রকল্প ব্যবস্থাপনা ইউনিট (পিএমইউ) এবং প্রতিটি সিটি কর্পোরেশন ও পৌরসভায় প্রকল্প বাস্তবায়ন ইউনিট (পিআইইউ) স্থাপন করা হয়। প্রকল্প বরাদ্দ অনুযায়ী পিএমইউ ও প্রতিটি পিআইইউতে জনবল নিয়োগ করা হয়। জনবলের তালিকা সারণি নং ২.৩ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ২.৩ঃ প্রকল্পের পরিকল্পিত ও প্রকৃত জনবল

বর্ণনা	মূল ডিপিপি	সংশোধিত ডিপিপি
১। প্রকল্প ব্যবস্থাপনা ইউনিট	*29*	৩৭
২। প্রকল্প বাস্তবায়ন ইউনিট - সিটি কর্পোরেশন	*55*	৫৭
৩। প্রকল্প বাস্তবায়ন ইউনিট - পৌরসভা	*30*	৩০
মোট	*114*	১২৪

প্রকল্প বাস্তবায়ন কালে একজন স্বল্পকালীন (২৩ দিন) প্রকল্প পরিচালকসহ বিভিন্ন মেয়াদে মোট চারজন প্রকল্প পরিচালক নিয়োগ করা হয়। প্রকল্প পরিচালকদের ঘনঘন রদবদল প্রকল্প বাস্তবায়নের জন্য অনুকূল নয় এবং এতে প্রকল্প ব্যবস্থাপনার ধারাবাহিকতা নষ্ট হয়।

প্রকল্প বাস্তবায়নের সময় পরামর্শক ফার্ম নিয়োগে বেশ বিলম্ব হয়। তবে এ বিলম্ব পরিহার করার জন্য পরামর্শক ফার্ম নিয়োগের ক্ষেত্রে বেশ কিছু পদক্ষেপ গ্রহণ করা হয়। যেমন Management Support and Training ফার্মের কার্যক্রমের মধ্যে Quality Assessment Training and Supportive Supervision (QATSS) এর কার্যক্রম সন্নিবেশিত করা হয়। একইভাবে Health Monitoring Information System (HMIS) কার্যক্রম Project Performance Monitoring and Evaluation (PPME) ফার্মের কার্যক্রমের সাথে সন্নিবেশিত করা হয়। অপরপক্ষে, Behavior Change Communication and Marketing (BCCM) ফার্ম ও Design and Suppervision Engineering Services of Construction ফার্মসমূহ পরিকল্পনা মোতাবেক নিয়োগ করা হয়েছিল। অতিরিক্ত বিলম্ব হওয়ার জন্য Financial Management and Performance Audit (FMPA) ফার্মের নিয়োগ বাতিল করা হয়।

2.5 ¯^v¯'¨‡mev kw³ kvjxKiY

আরবান স্বাস্থ্য সেবা প্রদানের জন্য স্থানীয় সরকার বিভাগ ২০১১ সালে National Urban Health Strategy খসড়া প্রণয়ন করে। নগরবাসীদের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের ক্ষেত্রে বিদ্যমান প্রতিকূলতা মোকাবেলা করে নগরবাসীদের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য উপায় নির্ধারণ করা এ Strategyর উদ্দেশ্য। এ Strategyর মাধ্যমে সচেতনতা বৃদ্ধি, উন্নত সমন্বয় ও শক্তিশালী পাবলিক-প্রাইভেট অংশীদারিত্ব জাতীয় ও স্থানীয় পর্যায়ে সাহায্য করবে।

2.6 Acv‡ikb wimvP Gi ev¯evqb AMMwZ

প্রকল্প বাস্তবায়ন এবং প্রকল্পের বিভিন্ন কারিগরী বিষয়ের উপর মোট ৮টি অপারেশন রিসার্চ পরিচালনার ব্যবস্থা ছিল। অপারেশন রিসার্চগুলো ও বাস্তব অগগ্রতি নিম্নোক্ত ছকে দেয়া হল।

Status of Operations Research Packages under UPHCP-II

	Operations Research Areas	Status
1	Effective pro-poor targeting	Dropped August 2011
2	Reducing gender inequalities in utilization of urban PHC services and identification of needs of adolescent girls	Dropped August 2011
3	Determining effective STI and HIV/AIDS prevention strategies among slum dwellers and squatters	Dropped
4	Enhancing the cost-effectiveness and quality of the partner NGOs	Contract signed with Research Evaluation Associates for Development, Ltd. On 17 January 2012 Inception workshop held on 27 February 2012
5	Improved coordination between the LGD and the MOHFW and other relevant Ministries and linkages with MOHFE's Health Nutrition and Population Sector Program	Dropped and included as part of MS&T's coordinated work to develop the Urban Health Strategy
6	Impact of user fees on health service utilization especially among the poor	Two studies combined and contract signed with HB Consultant Ltd. (HBCL) in Association with National Resource Planner on 12 January 2012. Inception workshop was held on 29 February 2012
7	Effective and transparent mechanisms including vouchers to provide free services to the poor	
8	Fiscal model for sustaining urban PHC and effective mechanisms for sustainability of urban PHC	Dropped

Source: Progress Report Development Design Consultants Ltd., 15 February 2012 as presented in DFID Independent Consultant Team, March 2012. Report of the End of Project Review, Urban Primary Health Care Project II (Bangladesh)

অপারেশন রিসার্চগুলোর লক্ষ্য ছিল সাধারণত সঠিক বেনিফিসিরারী নির্বাচন, স্বাস্থ্যসেবায় লিঙ্গ সমতা, STI নিরোধে সঠিক কৌশল নির্ধারণ, এনজিওদের সেবার মান বৃদ্ধি, স্থানীয় সরকার ও স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের মধ্যে কার্যকর কোঅর্ডিনেশন বৃদ্ধির উপায়, সেবাগ্রহণকারী থেকে গৃহীত ফির ভাউচার পদ্ধতির যর্থাথতা ও স্বচ্ছতা বৃদ্ধির কৌশল, এবং আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেন্টারের সার্সটেনেবিলিটি জন্য উপযুক্ত অর্থ ব্যবহার মডেল তৈরি করা।

মোট আটটি বিষয়ে গবেষণা পরিচালনার পরিকল্পনা থাকলেও দরপত্রের দীর্ঘসূত্রিতা এবং ডিপিপি সংশোধনের কারণে ২০১২ সালে তিনটি বিষয়ে গবেষণা পরিচালনা করা হয় (ক্রমিক নং ৪, ৬ ও ৭)। বাকী পাঁচটি দাতা সংস্থার সাথে আলাপ করে বাদ দেয়া হয়। তবে এই গবেষণা কার্যক্রম না করার কারণে প্রকল্পের বাস্তবায়ন ও নির্ধারিত উপকারের ওপর উল্লেখযোগ্য কোন প্রভাব পরিলক্ষিত হয়নি।

2.7 cKí e‡RU I e¨q

প্রকল্পের প্রাক্কলিত ব্যয় ধরা হয় প্রথমে ৫৩১ কোটি টাকা এবং তা পরে ৬২০ কোটি টাকায় সংশোধন করা হয়। এই বরাদ্দ পূর্বের চেয়ে ১৬.৭৬% বেশি। ডলারের বিপরীতে টাকার মূল্যমান হ্রাস ও UNFPA কর্তৃক অতিরিক্ত ১.১৯ মিলিয়ন ডলার অনুদান প্রদানের কারণে প্রকল্পের মোট বরাদ্দ ৫৩১ কোটি থেকে ৬২০ কোটি টাকায় উন্নীত করা হয় (উৎসঃ RDPP Page: V)। এই বরাদ্দের বিপরীতে মোট ব্যয় হয় ৪৮৬.২৫ কোটি টাকা (ব্যয় ৭৮.৩৮%)। প্রধানত: অবকাঠামো নির্মাণের কম অগ্রগতির কারণে প্রকৃত বাস্তবায়ন কম হয়েছে। বরাদ্দ ও ব্যয়ের বছর ভিত্তিক বিভাজন সারণি নং ২.৪ এ প্রদান করা হল।

সারণি ২.৪ঃ প্রকল্পের বছর ভিত্তিক প্রাক্কলিত বরাদ্দ ও প্রকৃত ব্যয়

(লক্ষ টাকা)

অর্থ বছর	প্রাক্কলিত বরাদ্দ		প্রকৃত ব্যয়	অর্জন %
	মূল বরাদ্দ	সংশোধিত বরাদ্দ		
২০০৫-২০০৬	৬,৮৬৮.০২	২,৬৭৭.৩৪	২,৫৯২.০০	৯৬.৮১
২০০৬-২০০৭	৯,৭৯১.০০	৪,২৬৫.২৩	১,৯৭৭.০৭	৪৬.৩৫
২০০৭-২০০৮	৯,৭০৬.৫৩	৫,১৬৮.৮৪	৫,৫২৮.৭১	১০৬.৯৬
২০০৮-২০০৯	৭,৭৯৪.১০	৬,১৪৫.৫১	৬,৮৯১.১৭	১১২.১৩
২০০৯-২০১০	৭,৫৯১.২০	৮,৮০০.০০	৬,৪৯৮.৬০	৭৩.৮৫
২০১০-২০১১	৭,১১১.৯৫	২৩,২২১.৩১	৮,৫২৮.০৭	৩৬.৭৩
২০১১-২০১২	৪,২৩৭.২০	১১,৭৩০.৯৭	১৬,৫৮৯.৪৭	১৪১.৪২
মোট	৫৩,১০০.০০	৬২,০০৯.২	৪৮,৬০৫.০৯	৭৭.০৫

উৎস: স্থানীয় সরকার বিভাগের প্রকল্প সমাপ্ত প্রতিবেদন সেপ্টেম্বর ২০১৩, পৃষ্ঠা ৮ ও ৯।

প্রকল্প বাস্তবায়নে বাংলাদেশ সরকার, এশীয় উন্নয়ন ব্যাংক, ডিএফআইডি, সিডা ও ইউএনএফপিএ এর প্রদেয় অর্থ ব্যবহার করা হয়। সকল উৎস থেকে প্রাপ্ত অর্থ যথা সময়ে পাওয়ার ফলে প্রকল্প বাস্তবায়নে কোন অসুবিধা হয় নাই। অর্থের উৎস ও পরিমাণ সারণি নং ১.১ এ দ্রষ্টব্য।

2.8 cvUbviwkc GwM‡g›U

১২টি পার্টনার এনজিওর সাথে ২২টি পিএ এনজিও পার্টনারশিপ এবং চট্টগ্রাম সিটি কর্পোরেশন স্বাস্থ্য বিভাগের সাথে ২টি মোট ২৪টি পার্টনারশিপ এগ্রিমেন্ট করা হয়। এরপর আরও তিনটি নতুন পৌরসভা প্রকল্পে অন্তর্ভুক্ত করা হলেও উক্ত নতুন তিনটি পৌরসভায় স্বাস্থ্য ইউনিটকে প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদানের জন্য দায়িত্ব প্রদান করা হয়।

প্রকল্পের আওতায় প্রত্যেক পার্টনারশিপ এরিয়াতে একটি করে মোট ২৪টি প্রজনন স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র (Comprehensive Reproductive Health Care Center) প্রতিষ্ঠা করা হয়। ১৬১টি প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেন্টার থেকে উল্লেখযোগ্য সংখ্যক দরিদ্র নগরবাসীকে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করা হয়। PA NGO এর মাধ্যমে সেবামূলক প্রকল্পে সরকারকে দ্রুত সুবিধা ভোগীর কাছে যেতে ও দক্ষতার সাথে সেবা প্রদান সহজ।

প্রকল্প শেষে মোট ২.৬৫ কোটি দরিদ্র নগরবাসীকে ৪.৭৫ কোটি বিভিন্ন স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা হয় (সূত্র ঃ এশীয় উন্নয়ন ব্যাংক প্রকল্প সমাপ্ত প্রতিবেদন সেপ্টেম্বর ২০১৪, পৃষ্ঠা ১১ ও ১২)। এদের মধ্যে ৭৯% মহিলা এবং ২১% পুরুষ সুবিধাভোগী। সুবিধাভোগীর প্রায় ৩২% দরিদ্র নারী ও শিশু যা লক্ষ্যমাত্রার (৩০%) চেয়ে বেশি। এই স্বাস্থ্যসেবা PA NGO দের চার হাজারের অধিক স্বাস্থ্য কর্মী ও ১৪০ জন স্থানীয় সরকার ও স্থানীয় নগর সংস্থার (ULB) কর্মীদের মাধ্যমে প্রদান করা হয়। প্রায় ৩৭.০% গরিব সুবিধাভোগী বিনামূল্যে এবং বাকী ৬৩.০% সুবিধাভোগীকে আংশিক বা পূর্ণ মূল্যে সেবা প্রদান করা হয়।

প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেবার মাধ্যমে পাঁচ বছরের নিচে দরিদ্র শিশুদের মৃত্যু হার ২৫.৬% কমেছে যা প্রকল্প গ্রহণের সময় ১৫% হবে বলে অনুমান করা হয়েছিল। প্রকল্প গ্রহণের সময় পাঁচ বছরের কম বয়সের শিশুদের অপুষ্টির মাত্রা ১০% কমবে বলে অনুমান করা হয়েছিল তা অর্জিত হয়েছে (উৎসঃ এশীয় উন্নয়ন ব্যাংক প্রকল্প সমাপ্ত প্রতিবেদন সেপ্টেম্বর ২০১৪, পৃষ্ঠা ১৫)।

প্রকল্প এলাকায় স্যাটেলাইট ক্লিনিক ও Outreach কার্যক্রম প্রাইমারি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করেছে। খানা পরিদর্শন ও খানা ভিত্তিক সেবা প্রদান বর্ধিত সেবা প্রদানের সহায়ক হয়েছে। VCCTC প্রায় ১১ লক্ষ যোগাযোগ স্থাপন করেছে। PECC Orbis International প্রকল্পের PHCC মাধ্যমে চক্ষু সেবা প্রদান করে এবং এই সেবা দক্ষতার সাথে প্রদান করেছে।

PA NGO দের সেবার মান সাধারণভাবে ভাল হয়েছে। সিটি কর্পোরেশনে সেবার মান পৌরসভার PA NGO দের চেয়ে ভাল হয়েছে। সাভার পৌরসভা ছাড়া অন্যসব পৌরসভায় PA NGOদের কার্যক্রমের মান দক্ষতার সূচকের ক্রম মানের নিচের দিকে ছিল। ২০০৮ সালের শেষের দিকে দাতা সংস্থা সিডার অনুরোধে পিএ এনজিও Bangladesh Women's Health Condition (BWHC) এর সাথে তিনটি পার্টনারশিপ চুক্তি (ঢাকায় দুইটি, মাধবদী একটি) বাতিল করা হয়। এনজিও নিয়োগে সমস্যার কারণে সিটি কর্পোরেশনের স্বাস্থ্য বিভাগ সেবা প্রদান করে। প্রকল্প বাস্তবায়ন ইউনিটের Quality Assurance Unit, Integrated Supervisory Instrument (ISI) ও PA NGOদের Quality Assurance Cell এর মাধ্যমে পিএ এনজিওদের কাজের মান নিশ্চিত করা হয়। তবে Quality Assurance Unit Cell কাঙ্ক্ষিত প্রভাব সৃষ্টি করতে পারে নাই। সার্বিক বিবেচনায় পিএ এনজিও প্রাইমারি স্বাস্থ্যসেবা তাদের স্ব স্ব এলাকায় কার্যকরভাবে প্রদান করেছে। পিএ এনজিও তাদের লক্ষ্যমাত্রার চেয়ে অধিক সেবা প্রদান করেছে।

আচরণ পরিবর্তন যোগাযোগ ও বিপণন (BCCM) কার্যক্রমে প্রকল্প, মন্ত্রণালয় ও পিএ এনজিও এর ৭১৬ জন কর্মকর্তাকে প্রশিক্ষণ প্রদান করা হয়। যাতে করে কর্মকর্তাগণ BCCM কার্যক্রম সঠিকভাবে ডিজাইন, বাস্তবায়ন ও পরিবীক্ষণ করতে পারেন। BCCM Advocacy প্রোগ্রামের আওতায় প্রায় ৫,০৭০ জনকে প্রশিক্ষণ প্রদান করা হয়। এই কার্যক্রমের ফলে স্থানীয় নেতা ও সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গের মধ্যে সচেতনতা সৃষ্টি হয় এবং প্রকল্প বাস্তবায়নে ও সেবা প্রদানে সহায়ক হয়। সেবা প্রদানকারীদেরকেও একইভাবে প্রশিক্ষণ প্রদান করা হয় যাতে স্থানীয় BCCM পরিকল্পনা তৈরি ও অধিক কার্যকরীভাবে বাস্তবায়ন করতে পারে। BCCM কার্যক্রম প্রচারের জন্য BCCM এর আওতায় ১৩ পর্বের একটি টেলিভিশন নাটক তৈরি হয়। এর মাধ্যমে প্রাইমারি স্বাস্থ্যসেবার মান উন্নয়ন এবং সেবা গ্রহীতাদেরকে সেবা কেন্দ্রে আকৃষ্ট করা এবং কেন্দ্রের আওতার বাহিরেরর প্রায় ৭০ লক্ষ মানুষের সচেতনতা সৃষ্টি হয়েছে (উৎস ঃ এশীয় উন্নয়ন ব্যাংক প্রকল্প সমাপ্ত প্রতিবেদন সেপ্টেম্বর ২০১৪, পৃষ্ঠা ৪, অনুচ্ছেদ ৯)।

প্রকল্প এলাকায় মানুষের দৃষ্টিভঙ্গির পরিবর্তন হয়েছে। অধিক সংখ্যক লোক ক্লিনিক থেকে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করছেন। গর্ভকালীন, গর্ভপরবর্তী সেবা ও টিকা গ্রহণের ক্ষেত্রে দৃষ্টিভঙ্গির পরিবর্তন হয়েছে। মা ও শিশু স্বাস্থ্যসেবার ক্ষেত্রে সচেতনতা বৃদ্ধির জন্য কার্যক্রম পরিচালনা করা হচ্ছে। ক্লিনিকগুলিও দরিদ্র জনগণের আস্থা অর্জনে সমর্থ হয়েছে।

সংশ্লিষ্ট কেন্দ্র ব্যবস্থাপনা প্রতিদিনের ব্যবহৃত বর্জ্য একটি নির্দিষ্ট আধারে সংরক্ষণ করে যা দিন শেষে প্রিজম সংগ্রহ করে শহরের বাহিরে নিয়ে যায়। এখানে বর্জ্য বিভিন্ন শ্রেণিতে পৃথক করা হয় এবং কোন কোন অংশ রি-সাইক্লিং করে এবং কিছু অংশ মাটিতে পুতে রাখা হয়। প্রিজম পুরো কাজটি পরিবেশ বান্ধব পদ্ধতিতে সম্পন্ন করে।

ZZxq Aa¨vq

DcKvi‡fvMx‡`i Z_¨ I gZvgZ

প্রকল্পটির অন্যতম উদ্দেশ্য ছিল শহরের দরিদ্র নারী ও শিশুদের স্বাস্থ্যমান উন্নয়নের জন্য প্রকল্প এলাকায় প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিসেবায় দরিদ্র মানুষের সুযোগ ও ব্যবহার বৃদ্ধি করা। প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার মান উন্নত করা এবং কম-খরচে প্রাথমিক স্বাস্থ্য চাহিদা পূরণ করা। প্রকল্প শেষ হওয়ার পর উপকারভোগীদের সাক্ষাৎকারের মাধ্যমে তাদের তথ্য ও মতামত সংগ্রহ করা হয়। প্রকল্পের শুরুতেও এসকল তথ্য বেইজলাইন সার্ভের মাধ্যমে সংগৃহিত হয়। প্রভাব মূল্যায়নে প্রাপ্ত তথ্যাদি বেইজলাইন তথ্যের সাথে তুলনা করে প্রকল্পের প্রভাব মূল্যায়ন করা হয়।

প্রকল্পের প্রভাব সমীক্ষায় মোট ১০০০ খানা থেকে তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। তথ্য সংগ্রহের পূর্বে খানাটি প্রকল্প সময়ে এখানে বসবাস করছে কিনা এবং প্রকল্প থেকে সেবা গ্রহণ করছে কিনা তা নিশ্চিত হয়েই তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। যে সকল খানা প্রকল্প এলাকায় ৫ বছর বা তার চেয়ে বেশি সময় যাবৎ প্রকল্প এলাকায় বসবাস করছে তাদের নিকট থেকে তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। এ সকল তথ্য থেকে দেখা যায় যে আট বছর বা তার চেয়ে বেশী সময়কাল যাবৎ প্রকল্প এলাকায় বসবাস করছে ৬৬% খানা। বাকী ৩৪% খানা ৫-৮ বছর যাবৎ প্রকল্প এলাকায় বসবাস করছে। উত্তরদাতা সব খানাই প্রকল্পের স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে কোন না কোন প্রকার স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করেছে। খানার এলাকায় বসবাসের চিত্র ৩.১ নং সারণিতে উপস্থাপন করা হল। এখানে উল্লেখ করা যায় যে সমীক্ষার সব খানাতেই ৫-৮ বছরের অন্তত একটি শিশু ছিল।

সারণি ৩.১ঃ উত্তরদাতার প্রকল্প এলাকায় বসবাসের সময়

বসবাসের সময় (বছর)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
৫ বছর	৯.৩
৬-৭ বছর	১৬.৮
৮ বছর	৭.৯
৮ বছরের বেশী	৬৬.০
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	১০০০

খানায় পুরুষ ও নারী সদস্যদের বয়স সংগ্রহ করা হয়েছে। খানায় সদস্যদের বয়স বেইজলাইন সার্ভের সময় যেভাবে শ্রেণীবিন্যাস করা হয়েছিল সেভাবেই শ্রেণীবিন্যাস করা হয়েছে। প্রাপ্ত তথ্য থেকে জানা যায় যে ৫-৯ বছর পর্যন্ত বয়সের শিশুর হার সমস্ত শ্রেণীর একক হারের চেয়ে বেশি যা দ্রুত জনসংখ্যার বৃদ্ধির আভাস। মহিলা সদস্যদের ক্ষেত্রেও একই প্রকার তথ্য পাওয়া যায়। বেইজলাইন সার্ভের সময় ৫-৯ শ্রেণীতে পুরুষ সদস্যদের সংখ্যা ছিল ১২.৪% এবং বর্তমানে ১৮.৫%, ০-৪ বছর শ্রেণীতে ছিল ১১.৪% যা বর্তমানে ১৪.৭%। ৪৫-৪৯ বৎসর শ্রেণী থেকে ওপরের সকল শ্রেণীর লোক সংখ্যার হার কমে গিয়েছে।

খানার মহিলা সদস্যদের সংখ্যা হার পুরুষ সদস্যদের সংখ্যা হারের মতই। এখানে ১৫ বছরের নীচে সদস্যাদের হার ৪৪.৮% এবং খানার গড় সদস্য সংখ্যা ৬.৪ জন। জাতীয় গড়ের চেয়ে এই সংখ্যা ১.৫ জন বেশি। এতে প্রতীয়মান হয় যে সুবিধাভোগী পরিবারে দরিদ্র জনগোষ্ঠীর জনসংখ্যা বৃদ্ধির হার বেশি। প্রকল্প থেকে পরিবার পরিকল্পনার আরও কার্যকরী পদক্ষেপ নেয়া প্রয়োজন।

খানা সদস্যদের পেশা প্রায় বেইজলাইন সার্ভের সময় যে সকল পেশা ছিল প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষায়ও প্রায় একই ধরনের পেশা পাওয়া গিয়েছে। তবে নতুন কিছু পেশাও পাওয়া গিয়েছে। নতুন পেশার মধ্যে দর্জি/এম্ব্রয়ডারি, খাদ্য প্রক্রিয়াকরণ ও কুটির শিল্প। পেশার উপাত্ত থেকে দেখা যায় যে দক্ষ শ্রমিক, ক্ষুদ্র ব্যবসা, চাকরি, রিকশা/ভ্যান চালনা, গৃহিণী, ছাত্রদের সংখ্যা বেড়েছে। পরিবারের সদস্যদের পেশা সারণি নং ৩.২ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২ঃ পরিবারের সদস্যদের পেশা

†ckv	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
দক্ষ শ্রমিক	২.৭	১১.৩
ব্যবসা, ক্ষুদ্র ব্যবসায়ী	৬.৯	৭.৮
চাকরি	৪.৯	৯.১
দরজি, এম্ব্রয়ডারি	০.০	০.৮
খাদ্য প্রক্রিয়াকরণ	০.০	১.৭
শিল্পী-কুটির শিল্প	০.০	০.২
রিকশা, ভ্যান চালক	৪.২	৫.৮
গৃহিণী	২০.৪	২৫.০
ছাত্র	১৯.২	৩০.০
অন্যান্য	১৫.২	৮.৩
উত্তরদাতা খানার সদস্য সংখ্যা (N)	৩১২১১১	৫৩৫৯

3.1 Lvbvi m`m¨‡`i wk¶vi nvi

প্রভাব মূল্যায়নে খানার পুরুষ সদস্যদের শিক্ষার হারের বেশ উন্নতি লক্ষ্য করা যায়। বেইজলাইন জরিপে লেখা পড়া জানেন না এমন পুরুষ সদস্য ছিল ৪২.১%। কিন্তু বর্তমান জরিপে এই হার পাওয়া গেছে ৩৪.৭%। প্রথম থেকে ৫ম শ্রেণী পর্যন্ত শিক্ষার হার ছিল ৩১.৩% যা বেড়ে প্রভাব মুল্যায়নে হয়েছে ৪২%। এখানে আরও উল্লেখ করা যায় যে, প্রকল্পের পূর্বে এসএসসি এবং এর উপরে শিক্ষিত পুরুষ সদস্য ছিল না এবং বর্তমান এসএসসি পাশ এবং তদুর্ধ পুরুষ সদস্যের সংখ্যা ৭.৬%। খানার পুরুষ সদস্যদের শিক্ষার চিত্র সারণি নং ৩.৩ তে উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.৩ঃ পরিবারের সদস্যদের শিক্ষা

বিবরণ	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)		প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)	
	পুরুষ	মহিলা	পুরুষ	মহিলা
লেখাপড়া জানেন না	৪১.৪	৪৬.০	৩৪.৭	৩৪.৭
প্রথম থেকে পঞ্চম শ্রেণী পর্যন্ত	৩১.৬	৩১.৩	৪২.৩	৪৩.১
৬ষ্ঠ-৮ম শ্রেণী পর্যন্ত	১৫.৯	১৫.৯	১২.৩	১৩.৩
দশম শ্রেণী	১০.৮	৬.৯	৩.১	৩.৬
এস.এস.সি	০.০	০.০	৪.৯	৩.৯
এইচ.এস.সি	০.০	০.০	১.৯	১.১
বিএ	০.০	০.০	০.৫	০.২
এম.এ	০.০	০.০	০.৩	০.২
উত্তরদাতা খানার পুরুষ সদস্যেদের সংখ্যা (N)	১৫৫২৫২	১৫৬৮৫৯	৩১০০	৩৩০০

পুরুষ সদস্যদের মত মহিলা সদস্যদেরও শিক্ষার হারের উন্নয়ন লক্ষ্য করা যায়। বেইজলাইন সার্ভেতে লেখাপড়া জানেন না এমন সদস্যদের সংখ্যা ছিল ৪৬% এবং বর্তমান জরিপে এর হার ৩৫%। পূর্বে প্রথম থেকে ৫ম শ্রেণী পর্যন্ত শিক্ষিত মহিলা সদস্যাদের হার ছিল ৩১.৩%, যা বেড়ে হয়েছে ৪৩%। এসএসসি এবং তদুর্ধ শিক্ষিত মহিলা সদস্যদের বর্তমানে হার হল ৫.৪% এবং বেইজলাইন জরিপের এরূপ শিক্ষিত কোন মহিলা পাওয়া যায়নি। মহিলা সদস্যদের শিক্ষার হার সারণি নং ৩.৩ এ উপস্থাপন করা হল।

3.2 cwiev‡ii gwnjv m`m¨‡`i ˆeewnK Ae¯v

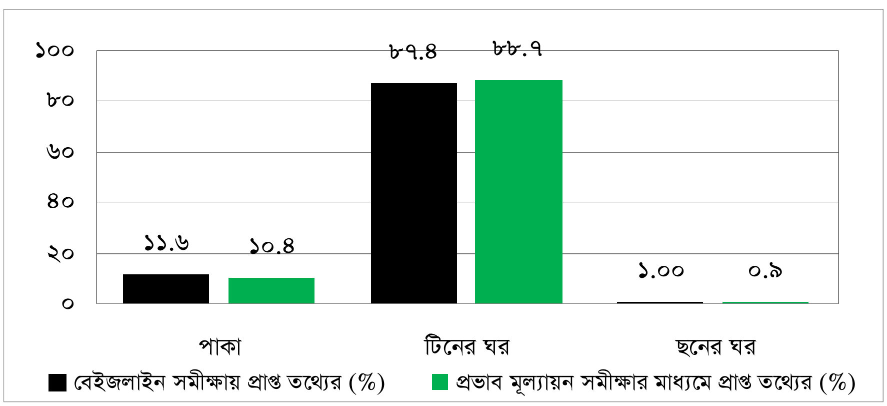
মহিলা সদস্যদের বৈবাহিক অবস্থা স্বাস্থ্য সেবা প্রদানে/প্রয়োজনে এক গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। বর্তমান জরিপে বিবাহিত মহিলা সদস্যদের হার ৪৯% এবং বেইজলাইন জরিপে হার ৫০%। উপরন্তু অবিবাহিত নারী সদস্যের সংখ্যা বিপুল পরিমাণে বেড়েছে। যেমন, বেইজলাইন জরিপের সময় ৪৩% এবং বর্তমানে ৫০%। তালাক প্রাপ্ত নারী সদস্যের সংখ্যাও বৃদ্ধি পেয়েছে। মহিলা সদস্যদের বৈবাহিক অবস্থা চিত্র সারণি নং ৩.৪ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.৪ঃ পরিবারের মহিলা সদস্যদের বৈবাহিক অবস্থা

বৈবাহিক অবস্থা	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
বিবাহিত	৪৯.৪	৪৮.৫
অবিবাহিত	৪২.৯	৫০.০
তালাকপ্রাপ্ত	০.২	১.৩
বিধবা/বিপত্নীক	৩.০	০.১
আলাদা	৩.৯	০.২
উত্তরদাতা খানার মহিলা সদস্যদের সংখ্যা (N)	৭১১০০	৬৪০০

3.3 Lvbvi m`m¨‡`i Avevm¯‡ji AeKvVv‡gvi aib

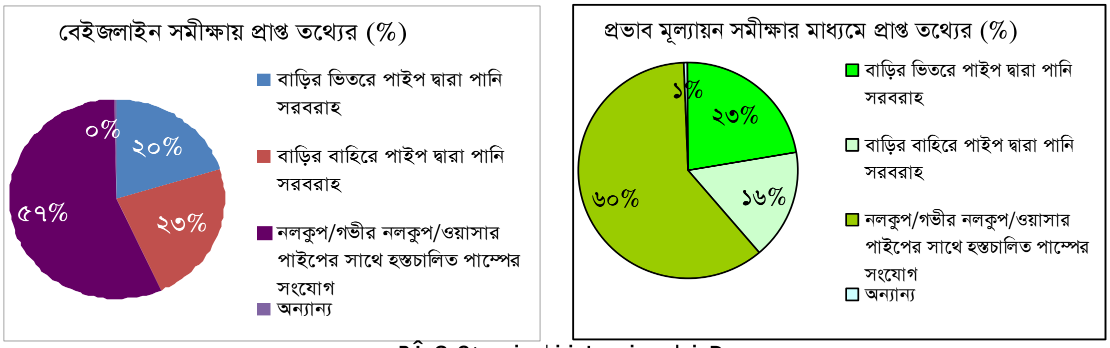
জরিপকৃত খানার অধিকাংশ সদস্য টিনের ঘরে বসবাস করেন, ১০ ভাগের এক ভাগ সদস্য পাকা বাড়িতে বসবাস করেন, তবে প্রায় এক শতাংশ সদস্য ছনের ঘর/বাঁশ/পলিথিনের ঘরে বসবাস করেন। জরিপকৃত খানার আবাসস্থলের অবকাঠামোর ধরন চিত্র নং ৩.১ এ উপস্থাপন করা হল। বেইজলাইন সার্ভে অপেক্ষা বর্তমানে কম সংখ্যক সদস্য ছনের ঘরে বসবাস করেন। এতে অনুমিত হয় যে অর্থনৈতিক অবস্থার বেশ উন্নতি হয়েছে।



wPÎ 3.1 t RwicKZ Lvbvi Avevm¯‡ji AeKvVv‡gvi aib

3.4 Lvevi cwbi Drm

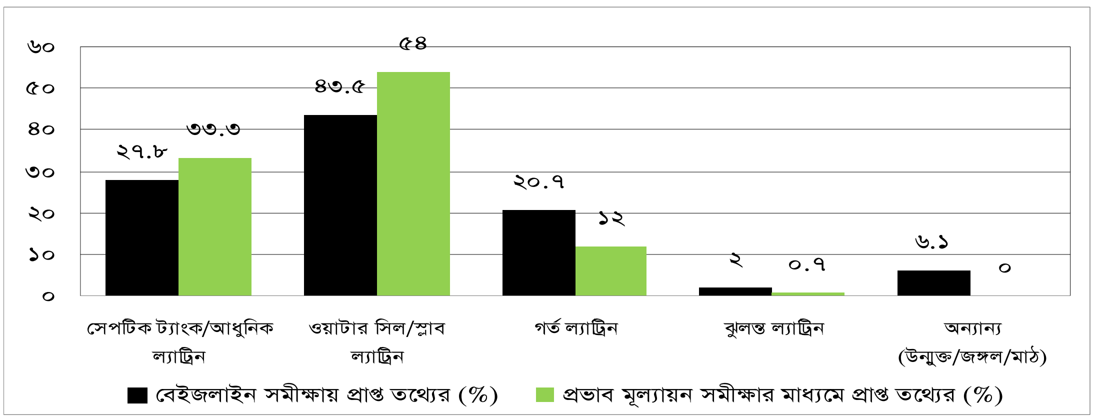
প্রায় সকল খানাই সরবরাহকৃত পানি পানের জন্য ব্যবহার করে। বেইজলাইন সার্ভেতেও একই রকম চিত্র ছিল। তবে বর্তমানে বাড়ির ভিতরে এবং বাড়ির বাহিরে পাইপ দ্বারা পানি সরবরাহের হার কমেছে। নলকূপ/গভীর নলকূপ/ওয়াসার পাইপের সাথে হস্তচালিত পাম্প সংযোগ করে পানের পানি সংগ্রহের মাত্রা বেড়েছে। পানি প্রাপ্তির উৎসের চিত্র নং ৩.২ এ উপস্থাপন করা হল।



wPÎ 3.2t cwievi‡ii Lvevi cwbi Drm

3.5 Lvbvi m`m¨‡`i j¨vwU‡bi e¨envi

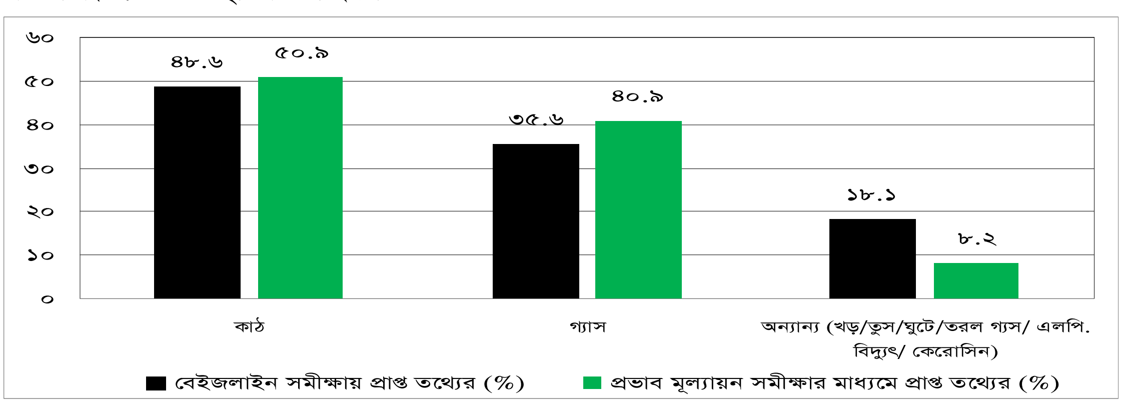
খানার সদস্যদের ল্যাট্রিন ব্যবহারে বেশ উন্নতি লক্ষ্য করা যায়। বেইজলাইন তথ্য দেখা যায় ৫% সদস্য উন্মুক্ত টয়লেট ব্যবহার করতেন। তবে প্রভাব মূল্যায়ন জরিপে উন্মুক্ত টয়লেট ব্যবহারের পরিমাণ শূন্য। ওয়াটার সিল/স্লাব ল্যাট্রিনের ব্যবহারে লক্ষণীয় উন্নতি হয়েছে (৪৪% থেকে ৫৪%)। ল্যাট্রিন ব্যবহারের ধরন চিত্র নং ৩.৩ এ উপস্থাপন করা হল।



wPÎ 3.3t cwievi‡ii m`m¨‡`i e¨eüZ j¨vwU‡bi aib

3.6 cwievi‡ii Rvjvbx e¨env‡ii aib

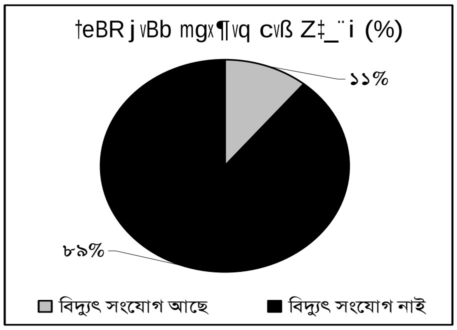
সমীক্ষাধীন খানার মধ্যে অর্ধেকের চেয়ে বেশি সংখ্যক খানা জ্বালানী হিসাবে কাঠ ব্যবহার করে। কাঠের ব্যবহার গ্যাসের চেয়ে বেশি। বেইজলাইনের তুলনায় গ্যাসের ব্যবহার বেড়েছে তবে অন্যান্য জ্বালানী ব্যবহার কমেছে। জ্বালানী ব্যবহারের ধরন চিত্র নং ৩.৪ এ উপস্থাপন করা হল।

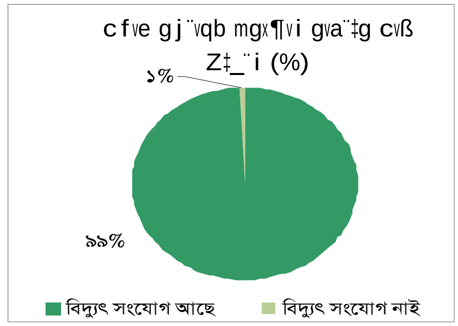


wPÎ 3.4t cwievi‡ii Rb¨ e¨eüZ Rvjvbxi aib

3.7 Lvbvi we`¨r ms‡hvM

প্রায় সকল খানার বাসস্থানেরই বিদ্যুৎ সংযোগ রয়েছে কিন্তু প্রকল্পের বেইজলাইন জরিপের সময় ৮৯% খানায় বিদ্যুৎ সংযোগ ছিল। খানায় বিদ্যুৎ সংযোগের চিত্র নং ৩.৫ এ উপস্থাপন করা হল।





wPÎ 3.5t evm¯v‡bi we`¨r ms‡hv‡Mi Ae¯v

3.8 Lvbvi K¶ msL¨v

অর্ধেকের চেয়ে বেশি খানাই এক কক্ষ বিশিষ্ট। এক চতুর্থাংশ খানার আবাসস্থলের কক্ষ সংখ্যা দুই। তিন বা এর চেয়ে বেশি সংখ্যক কক্ষ আছে এমন খানার সংখ্যা প্রায় এক পঞ্চমাংশ। বাসস্থানের কক্ষ সংখ্যার চিত্র সারণি নং ৩.৫ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.৫ঃ বাড়ির কক্ষের সংখ্যা

কক্ষের সংখ্যা	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
এক কক্ষ	৫৪.৯
দুই কক্ষ	২৫.২
তিন কক্ষ	১৩.৩
তিন কক্ষ+	৬.৬
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	১০০০

3.9 Lvbvi gwmK Avq

সমীক্ষার তথ্য থেকে দেখা যায় যে, খানার মাসিক আয় লক্ষণীয়ভাবে বেড়েছে। বেইজলাইন সার্ভে থেকে দেখা যায় যে, পূর্বে ৫৪% খানার আয় ৫০০০ টাকার মধ্যে এবং অবশিষ্ট ৪৬% খানার আয় ৫০০০ টাকার উপরে। প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্য অনুযায়ী মাত্র ১২% খানার মাসিক আয় ৫০০০ টাকা পর্যন্ত এবং ৮৮% খানার মাসিক আয় ৫০০০ টাকার উপরে। মাসিক আয়ের চিত্র সারণি ৩.৬ তে উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.৬ঃ খানার মাসিক আয়

টাকার পরিমাণ	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
<=৩০০০	২১.১	২.১
৩০০১-৪০০০	১৫.৩	৩.৩
৪০০১-৫০০০	১৭.৫	৬.৮
৫০০১-৭০০০	২০.৩	২২.৮
৭০০১-১০০০০	১৬.৭	৩১.৯
১০০০০+	৯.১	৩৩.১
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২৩,০২৯	১০০০
গড় মাসিক আয় (টাকা)		১০,১৮৩.৭৬

প্রাপ্ত তথ্য থেকে প্রতীয়মান হয় যে অনেক স্বচ্ছল খানাকেও লালকার্ড দেওয়া হয়েছে। বেইজলাইন সার্ভেতে ৩৫% খানার মাসিক আয় ছিল ৩০০০ টাকার নীচে এবং সেখানে বর্তমানে মাত্র ৪% খানার মাসিক আয় ৩০০০ টাকার নীচে। লালকার্ডধারী ১৪% সদস্যদের মাসিক আয় ১০,০০০ টাকার বেশি যাহা কার্ড প্রাপ্যতার মাপ কাঠিতে অনেক বেশি। তুলনামূলকভাবে বেইজলাইন জরিপে ধনী লালকার্ডধারী সদস্যদের সংখ্যা ঢাকার চেয়ে অন্যান্য সিটি কর্পোরেশনে কম। লালকার্ডধারী সদস্যদের মাসিক আয়ের চিত্র সারণি ৩.৭ তে উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.৭ঃ লালকার্ডধারীদের খানার মাসিক আয়

টাকার পরিমাণ	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
<=৩০০০	৩৫.৪	৩.৫
৩০০১-৪০০০	১৯.৮	৪.৯
৪০০১-৫০০০	১৬.৩	১২.০
৫০০১-৭০০০	১৪.৫	৩২.৯
৭০০১-১০০০০	১০.১	৩২.৮
১০০০০+	৩.৯	১৩.৯
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	৫০০৪০	৩৮৩
গড় মাসিক আয় (টাকা)		৮,০৯৩.৭৩

3.10 Lvbvi gwmK LiP

প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষায় দেখা যায় যে খানার মাসিক খরচ গড়ে ৯,১৫৫ টাকা। ২.৭% খানার মাসিক খরচ ৩০০০ টাকার নীচে। লালকার্ডধারী অতি দরিদ্র খানার আয় বেড়েছে। প্রকল্প পূর্বে ৩৫.৪% লালকার্ডধারী খানার আয় টাকা ৩০০০ এর নিচে হলেও প্রকল্প শেষে এ হার মাত্র ৩.৫% এর নেমে এসেছে। এছাড়া সাধারণভাবে বেশি আয়ের খানার সংখ্যা বেড়েছে এবং কম আয়ের খানার সংখ্যা কমেছে। ২.১% খানার আয় ৩০০০ টাকার নীচে। খানার ব্যয়ের চিত্র সারণি নং ৩.৮ তে উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.৮ঃ খানার মাসিক খরচ

খানার মাসিক খরচ (টাকা)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
<=৩০০০	২.৭
৩০০১-৪০০০	৪.১
৪০০১-৫০০০	১০.৩
৫০০১-৭০০০	২৪.৬
৭০০১-১০০০০	৩১.৯
১০০০০+	২৬.৪
গড় মাসিক খরচ (টাকা)	৯,১৫৫.২৫

সমীক্ষাকৃত খানার মধ্যে ৩৮.৩% লালকার্ড আছে এবং তাদের মধ্যে ৭০.২% উত্তরদাতা লালকার্ড দেখাতে পেরেছেন এবং বাকী ২৯.৮% দেখাতে পারেন নাই। বেইজলাইন সার্ভের সময় লালকার্ড ছিল এমন খানার সংখ্যা ৪%। লালকার্ডের তথ্য সারণি নং ৩.৯ তে উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.৯ঃ প্রকল্প থেকে লালকার্ড প্রাপ্ত খানার সংখ্যা

কার্ড প্রাপ্তি	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
পেয়েছে	৩.৬	৩৮.৩
পায় নাই	৯৬.৪	৬১.৭
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	৭০৪৯৯	১০০০
দেখাতে পেরেছে	-	৭০.২
দেখাতে পারে নাই	-	২৯.৮

সমীক্ষায় দেখা যায় যে প্রকল্পে সুবিধাভোগীরা সাধারণত শহরের দরিদ্র বিশেষ করে প্রকল্প শহরে মোট জনসংখ্যার ১৮.১০% জনসাধারণকে সেবা দিয়েছে যাদের মধ্যে ৬.৯০% দরিদ্র (সারণি নং ৩.১০) নারী ও শিশু। তাই যে সকল দরিদ্র জনসাধারণ সেবা পেয়েছেন তাঁরা সেবা গ্রহণকারী জনগণের ৩৮.২২%। এশীয় উন্নয়ন ব্যাংকের প্রভাব মূল্যায়ন রিপোর্ট এবং প্রকল্প কর্তৃক নিয়োজিত NIPORT দ্বারা সম্পাদিত প্রতিবেদনে এই হার যথাক্রমে ৩৭%[ক] ও ৩৯%[খ] যাহার সাথে বর্তমান প্রভাব মূল্যায়নে প্রাপ্ত হার (৩৮.৩০%) সংগতিপূর্ণ।

সারণি ৩.১০ঃ দরিদ্র লোককে প্রকল্পের মাধ্যমে সেবা প্রদান

সিটি কর্পোরেশন/ পৌরসভা	মোট জনসংখ্যা /১	সেবা প্রদানের সংখ্যা /২	দরিদ্রের সেবা প্রদানের সংখ্যা /২	মোট সেবা প্রদানের হার (%)	দরিদ্রের সেবা প্রদানের হার (%)	সেবা গ্রহণকারীদের মধ্যে দরিদ্রদের হার (%)
১	২	৩	৪	৫	৬	৭
ঢাকা	১২৫১৭৩৬১	১৭০৩২৬৬	৬২৮৭৯৯	১৩.৬১	৫.০২	৩৬.৯২
চট্টগ্রাম	২০৬৮০৮২	৬৬৬৩২৭	২৬৫১২৪	১২.৮২	১২.৮২	৩৯.৭৯
রাজশাহী	৭৬৩৯৫২	১৬৯৫৬৭	৪৯৮০৩	৬.৫২	৬.৫২	২৯.৩৭
খুলনা	১০৪৬৩৪১	২৪০০৪৮	৯৫৯২৬	২২.৯৪	৯.১৭	৩৯.৯৬
সিলেট	৫০০০০০	৬৯৩২৫	২৯৩২০	১৩.৮৭	৫.৮৬	৪২.২৯
বরিশাল	২২৪৩৮৯	৭৮৫১০	৪৮৮৪৮	৩৪.৯৯	২১.৭৭	৬২.২২
বগুরা	৩৪৯৬৫৯	৭৫৯৮২	৩৮৬০০	২১.৭৩	১১.০৪	৫০.৮০
কুমিল্লা	৩৪৬২৩৮	১০৫২৭৭	৪৯৯২১	৩০.৪১	১৪.৪২	৪৭.৪২
মাধবদি	১৫৬৭৯৮	৮৬৪৭০	১৭৫৮৮	৫৫.১৫	১১.২২	২০.৩৪
সাভার	১২৪৮৮৫	৩৮৫৬৫	১২৯৯১	৩০.৮৮	১০.৪০	৩৩.৬৯
সিরাজগঞ্জ	৬৫৮৯৭	৫৪৬৯২	১৬৬৩০	৮৩.০০	২৫.২৪	৩০.৪১
মোট	১৮,১৬৩,৬০২	৩,২৮৮,০২৯	১,২৫৩,৫৫০	১৮.১০	৬.৯০	৩৮.২২

Source: /1, BBS, 2011, /2, UPHCP-II, Quarterly Performance Report 2012
ক ADB PCR 2014, খ, End-line Household Survey under Second Urban Primary Health Care Project 2012

3.11 DËi`vZv‡`i bMi ¯^v¯'¨‡K›` m¤ú‡K Ávb

উত্তরদাতাদের মধ্যে সকলেই নগর স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম শুনেছেন। তবে বেইজলাইন সার্ভের সময় ৫৯% উত্তরদাতা জানিয়েছেন যে, তারা নগর স্বাস্থ্য সম্পর্কে জানতেন। এ সময় ঢাকার উত্তরদাতাগণের নগর স্বাস্থ্যকেন্দ্র সম্পর্কে জ্ঞান ছিল সব চেয়ে কম। খানা থেকে নগর স্বাস্থ্যকেন্দ্রের দূরত্ব ৯৪% উত্তরদাতার এক কিলোমিটারের মধ্যে। ঢাকায় ৯৮% উত্তরদাতার খানা থেকে নগর স্বাস্থ্যকেন্দ্রের দূরত্ব এক কিলোমিটারের চেয়ে কম।

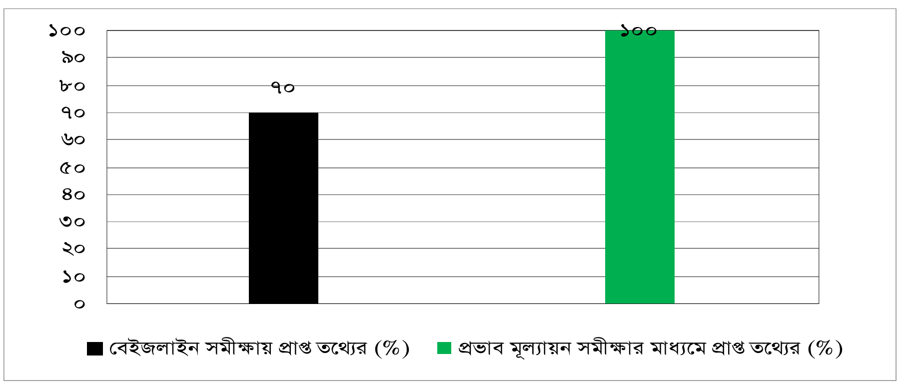
3.12 **UPHCP** KZK c`Ë ¯^v¯'¨‡mevi aib

UPHCP বিভিন্ন ধরনের স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করেঃ পরিবার পরিকল্পনা, আরটিআই/এসটিআই, সাধারণ স্বাস্থ্যসেবা, নবজাতকের যত্ন, শিশু স্বাস্থ্য/টিকা, অপুষ্টি সংক্রান্ত, ভিটামিন এ ক্যাপসুল সংক্রান্ত, প্রাথমিক চক্ষু সেবা, সার্ভিক্যাল ক্যান্সার স্ক্রিনিং, কিশোরী স্বাস্থ্যসেবা ইত্যাদি। সবগুলি সেবা গ্রহণের সংখ্যা অনেক বেড়েছে। সেবা প্রদানের সংখ্যা সারণি নং ৩.১১ তে উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.১১ঃ UPHCP কর্তৃক প্রদত্ত স্বাস্থ্য সেবার ধরন

সেবার ধরন	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
পরিবার পরিকল্পনা	৬২.৯	৯১.০
আরটিআই/এসটিআই	১৫.১	৩৩.৩
গর্ভধারণ/প্রসব	৪৯.৯	৮০.৪
সাধারণ স্বাস্থ্য সেবা	৫০.৫	৬৫.৯
নবজাতকের যত্ন	১৮.৩	৫২.৯
শিশু স্বাস্থ্য /টিকা	৫৩.০	৮৩.২
অপুষ্টি সংক্রান্ত	৬.১	৪৫.২
ভিটামিন এ ক্যাপসুল সংক্রান্ত	১৪.১	৫১.৮
প্রাথমিক চক্ষু সেবা	৪.৭	১৮.৫
সার্ভিক্যাল ক্যান্সার স্ক্রিনিং	০.২	২.৭
কিশোরী স্বাস্থ্য সেবা	৯.৮	২৬.৩
অন্যান্য	৪.৭	৪.০
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	১৩৯৫২	১০০০

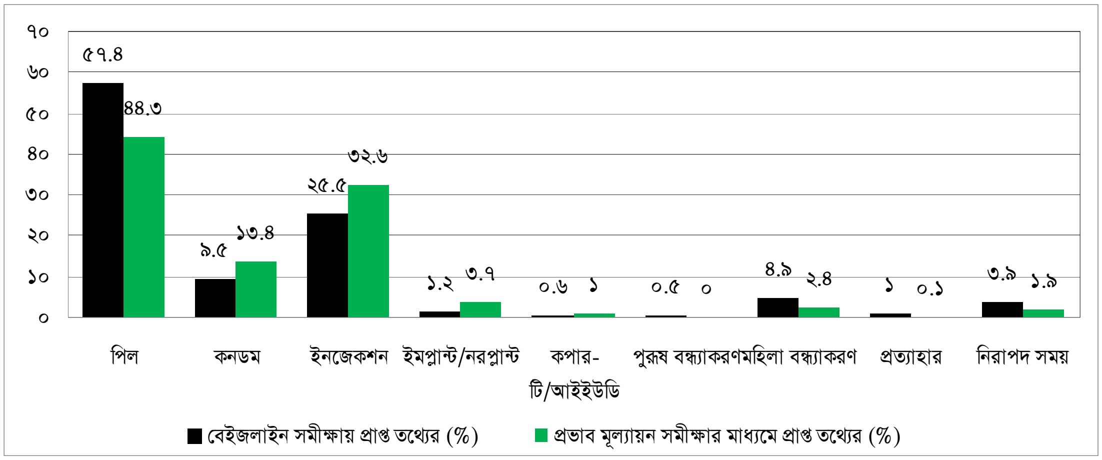
UPHCP থেকে বর্তমানে সকল উত্তরদাতাই সেবা গ্রহণ করে বলে জানিয়েছেন। বেইজলাইনের সময় মাত্র ৭০% খানা UPHCP থেকে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করতেন বলে জানিয়েছেন। সেবা গ্রহণ করতে অর্থ প্রদান করতে হয় বলে জানিয়েছেন ৫৮% উত্তরদাতা; যে হার পূর্বে ছিল ৬৯%। টাকা প্রদানের রশিদ প্রদান করে বলে জানিয়েছেন ৮৫% উত্তরদাতা যাহা বেইজলাইন সময়ের চেয়ে সামান্য কম। সেবা গ্রহণের চিত্র ৩.৬ এ উপস্থাপন করা হল।



wPÎ 3.6t **UPHCP** †_‡K DËi`vZvMY ¯^v¯'¨mev MnY K‡i‡Qb

3.13 cwievi cwiKíbv c×wZ e¨envi

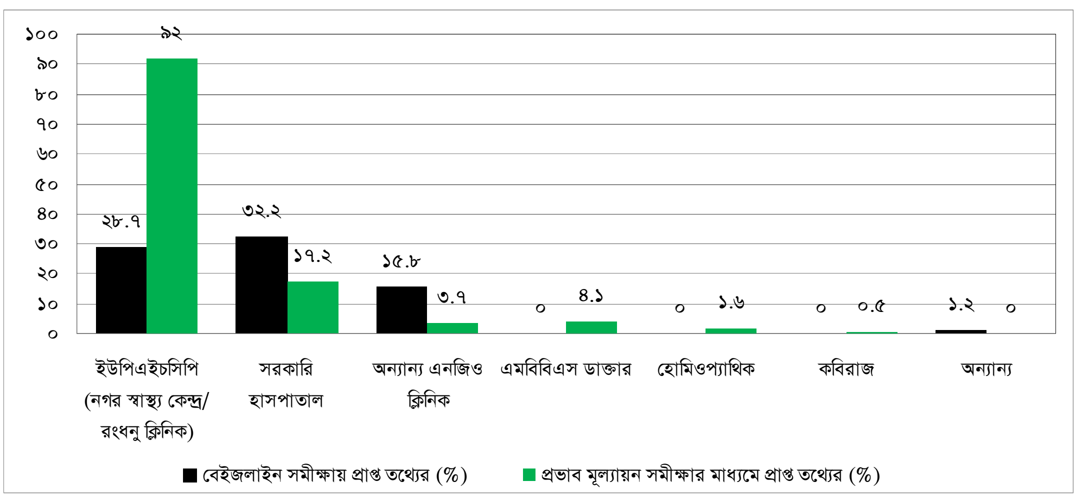
বর্তমানে প্রায় ৮৬% উত্তরদাতা কোন না কোন প্রকার পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি ব্যবহার করেন। এই পদ্ধতিগুলোর অন্যতম পিল, কনডম, ইনজেকশন, ইমপ্লান্ট/নরপ্লান্ট, কপার-টি/আইইউডি, মহিলা বন্ধ্যাকরণ, প্রত্যাহার, নিরাপদ সময়। পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি ব্যবহারের চিত্র নং ৩.৭ এ উপস্থাপন করা হল।



wPÎ 3.7t DËi`vZv/Zvi ¯vgx cwievi cwiKíbv c×wZ e¨envi‡ii aib

জরুরি গর্ভনিরোধক বড়ি সম্পর্কে ধারণা আগের চেয়ে বেড়েছে (৯.৭% থেকে ২২.৪% হয়েছে)। গর্ভকালীন সময় স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের সংখ্যাও উল্লেখযোগ্যভাবে বেড়েছে (৬৭% থেকে ৯৭% হয়েছে)। ২.৮% উত্তরদাতা গর্ভকালীন সময়ে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করেন নাই।

প্রকল্প চলাকালীন মোট ১০০০ জনের মধ্যে ৯৫.৮% উত্তরদাতা গর্ভধারণ করেছে এবং এদের ৯৫.৫% উত্তরদাতা কোন না কোন প্রকার (Antenatal Care-ANC) স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের স্থানসমূহের অন্যতম UPHCP (নগর স্বাস্থ্যকেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক), সরকারী হাসপাতাল, অন্যান্য এনজিও ক্লিনিক, এমবিবিএস ডাক্তার, হোমিওপ্যাথিক ও কবিরাজ থেকে সেবা গ্রহণ করেছেন। গর্ভকালীন সময়ে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের হার চিত্র নং ৩.৮ এ উপস্থাপন করা হল।



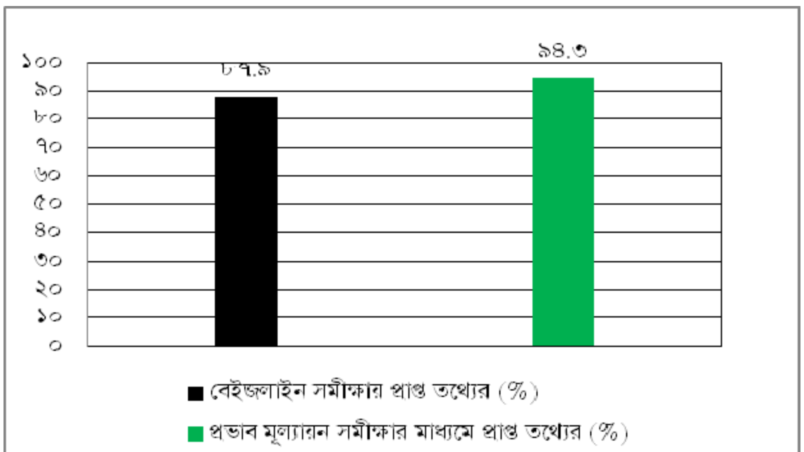
wPÎ 3.8t **ANC** ‡mev Mn‡Yi ¯vb

প্রকল্প চলাকালীন গর্ভধারণকৃত মহিলাগণ এক বা একাধিকবার ANC সেবা গ্রহণ করেছেন। চারবার বা চারবারের বেশি ANC সেবা গ্রহণ করেছেন ৭৬% উত্তরদাতা। ANC সেবা গ্রহণের হার সারণি নং ৩.১২ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.১২ঃ উত্তরদাতা গর্ভধারণের সময় স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ

সময়	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
একবার	২৯.২	৪.২
দুইবার	৪১.০	৭.৮
তিনবার	২৯.৭	১৪.১
চারবার	০.০	২৫.৪
চারবারের বেশি	০.০	৪৭.৭
স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করেননি	০.০	০.৮
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২০৫১	১০০০

সমীক্ষায় ৯৪% উত্তরদাতা জানিয়েছেন যে তাহারা গর্ভকালীন সময়ে টিটি টিকা গ্রহণ করেছেন এবং ৯২% জানিয়েছেন যে টিটি টিকা নগর স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে গ্রহণ করেছেন। উত্তরদাতাগণ একাধিক স্থানের কথাও উল্লেখ করেছেন। স্থানগুলির অন্যতম হল UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক এর ডাক্তার/নার্স/ প্যারামেডিক), সরকারি হাসপাতাল, অন্যান্য এনজিও ক্লিনিক, প্রাইভেট ক্লিনিক, প্রাইভেট ডাক্তার, কবিরাজ ইত্যাদি। টিটি টিকা গ্রহণের হার চিত্র নং ৩.৯এ উপস্থাপন করা হল।



wPÎ 3.9t DËi`vZv Mfavi‡Yi mgq wUwU wUKv Mn‡Yi Ae¯v

3.14 3-8 eQi wkïi Rb¥

প্রাপ্ত তথ্য থেকে দেখা যায় যে, বর্তমানে স্বাস্থ্যকেন্দ্র, হাসপাতাল ও শিশুর জন্মদানের সংখ্যা অনেক বেড়েছে। এতে প্রকল্প থেকে বা অন্য মাধ্যম থেকে উত্তরদাতাদের সচেতনতা বৃদ্ধির ফসল। প্রতিটি CRHCC তে প্রয়োজনীয় ডেলিভারি ফ্যাসিলিটির ব্যবস্থা রয়েছে। দরিদ্র মানুষের প্রসবকালীন স্বাস্থ্যসেবা প্রদান প্রকল্পের একটা উল্লেখযোগ্য দিক। প্রকল্প চলাকালীন এবং বেইজলাইন সার্ভের সময়ের শিশু জন্মের স্থানের একটা চিত্র সারণি নং ৩.১৩ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.১৩ঃ ৩-৮ বছরের শিশুদের জন্মের স্থান

শিশু জন্মের স্থান	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক)	৫.০	৪০.২
সরকারি হাসপাতাল	১৩.৫	১২.৩
অন্যান্য এনজিও ক্লিনিক	১.৬	৩.০
প্রাইভেট ক্লিনিক	৫.০	৩.২
নিজের বাসা	৫৬.১	৩৭.৬
পিতা-মাতার বাসা	১৬.৫	৬.৩
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২৯৭৬	১০০০

প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষায় দেখা যায় যে, একই মহিলা একাধিক শিশু প্রসবকালে সাধারণ প্রসব এবং সিজারিয়ানের উভয় মাধ্যমে প্রসব করেছেন। সাধারণ প্রসবে তিনটি পর্যন্ত শিশু এবং সিজারিয়ানে দুইটি পর্যন্ত শিশু জন্ম গ্রহণ করেছে। সাধারণ প্রসব এবং সিজারিয়ানের মাধ্যমে প্রসবের শতকরা হার প্রকল্পের পূর্বে এবং বর্তমানে মোটামুটি একই রকম। তথ্য থেকে আরও প্রতীয়মান হয় যে, প্রসব জটিলতার হার একই রকম রয়েছে। শিশু জন্মের চিত্র সারণি নং ৩.১৪ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.১৪ঃ ৩-৮ বছরের শিশুদের ডেলিভারির ধরন

প্রসবের ধরন	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
সাধারণ প্রসব	৯০.০	৮৩.২
সাধারণ প্রসবের সংখ্যা		
১		৬৫.৯
২		২৭.৬
৩		৬.৫
সিজারিয়ান প্রসব	১০.০	১৮.১
সিজারিয়ান প্রসবের সংখ্যা		
১		৮৩.২
২		১৬.৮
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২৯৭৬	১০০০

প্রসবের সময় মহিলাদের প্রয়োজনীয় প্রধান সহযোগিতাকারী প্রতিষ্ঠান হল নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিকের ডাক্তার/নার্স, নগর স্বাস্থ্যকেন্দ্র /রংধনু ক্লিনিকের আয়া, এনজিও এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক, সরকারি হাসপাতালের ডাক্তার/নার্স/ প্যারামেডিক, প্রাইভেট ক্লিনিকের ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক, অন্যান্য প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত টিবিএ, প্রশিক্ষণ বিহীন টিবিএ ইত্যাদি। প্রকল্প এলাকায় নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্রের সহযোগিতা অনেক বেড়েছে। প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত নয় এমন টিবিএদের সহযোগিতা অনেক কমেছে। প্রকল্প বা অন্যান্য উৎসের মাধ্যমে সচেতনতার সৃষ্টি ও স্বাস্থ্য সেবা প্রদানের সুযোগ সৃষ্টিই প্রসবকালীন স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের অন্যতম প্রধান কারণ। প্রসবকালীন সহযোগিতাকারীদের হার সারণি নং ৩.১৫ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.১৫ঃ প্রসবের সময় সহযোগিতাকারী

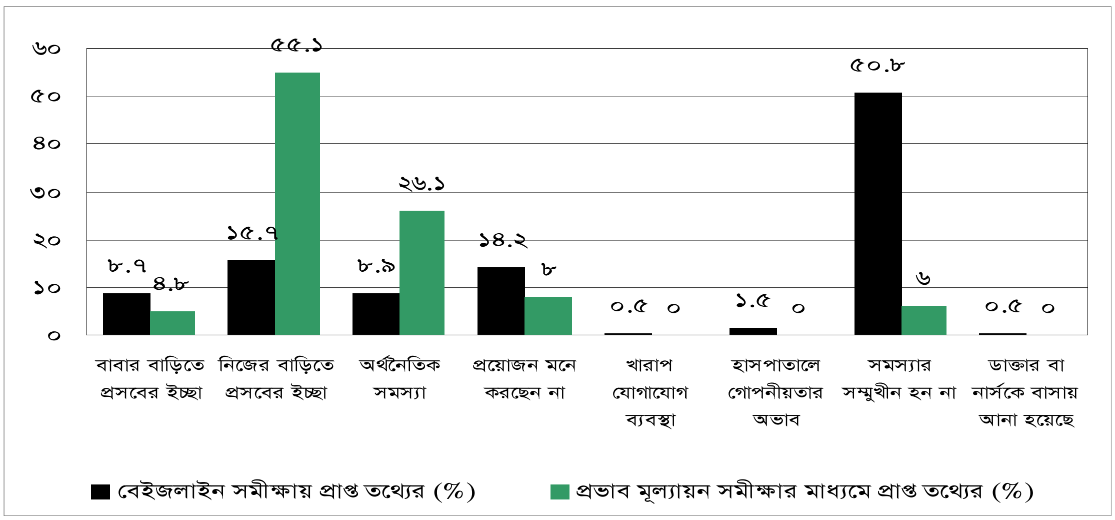
সহায়তাকারী	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক এর ডাক্তার/নার্স	৫.১	৪১.১
নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক এর আয়া	১.৭	১.৮
এনজিও এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক	১.৩	৩.১
সরকারি হাসপাতাল এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক	১২.৪	১১.৭
প্রাইভেট ক্লিনিক এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক	৫.৮	৪.১
অন্যান্য প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত টিবিএ	৩০.৭	১৪.৬
প্রশিক্ষণ বিহীন টিবিএ	৪৪.৪	২০.৭
অন্যান্য	০.০	২.৯
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২৯৭৬	১০০০

শিশু জন্মের পর শিশুর ওজন নেওয়া/পরিমাপ করা যে জরুরি সে সম্পর্কে উত্তরদাতাদের সচেতনতার অভাব রয়েছে। প্রায় এক তৃতীয়াংশ ক্ষেত্রে শিশু জন্মের পর ওজন নেওয়া হয় নাই। বেইজলাইন জরিপেও শিশুর ওজন সম্পর্কে কোন তথ্য নাই। শিশু জন্মের পর ওজন নেয়ার চিত্র সারণি নং ৩.১৬ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.১৬ঃ শিশুদের জন্মের সময়ে ওজন নেওয়ার সম্পর্কিত তথ্য

ওজন নেওয়ার ধরন	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
ওজন নেওয়া হয়েছে	৭১.৬
ওজন নেওয়া হয় নাই	২৮.৪

উত্তরদাতা প্রসূতি মাতাদের ৩৭.৬% বাড়িতে সন্তান প্রসব করেন। বাড়িতে সন্তান প্রসব করার প্রধান কারণগুলি হচ্ছে নিজের বাড়িতে প্রসবের ইচ্ছা (৫৫%), অর্থনৈতিক সমস্যা (২৬%), প্রয়োজন মনে করছেনা (৮%), সমস্যা হতে পারে মনে করেন না (৬%) এবং বাবার বাড়িতে সন্তান প্রসবের ইচ্ছা (৫%)। তবে বাড়িতে প্রসবের ধারণা দিনে দিনে কমে যাচ্ছে। বেইজলাইন সার্ভের সময় এই সংখ্যা ছিল ৪৭% কিন্তু প্রভাব মূল্যায়নের সময় এ হার মাত্র ৬%। উত্তরদাতাদের সচেতনতা অর্থনৈতিক সচ্ছলতা, ঝুঁকি ইত্যাদি বিবেচনা করে হাসপাতাল/ক্লিনিকে প্রসব করার প্রবণতা বাড়ছে। বাড়িতে প্রসবের চিত্র নং ৩.১০ এ উপস্থাপন করা হল।



wPÎ 3.10t wbR ewo‡Z cme Kivi KviY

3.15 Mfve¯vq RwUjZv m¤ú‡K Ávb

সকল উত্তরদাতারই গর্ভ অবস্থায় জটিলতা সম্পর্কে ধারণা আছে। তাদের ধারণা অনুযায়ী গর্ভ অবস্থায় জটিলতার মধ্যে হল তীব্র মাথা ব্যথা, ঝাপসা দৃষ্টি, পা/হাত/মুখ ফুলে যাওয়া, রক্তপাত, প্রসবের সময় বা পরে অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ, খিচুনি, গন্ধযুক্ত স্রাব, উচ্চ মাত্রায় জ্বর, দীর্ঘ প্রসব ব্যাথা প্রধান। জটিলতার মধ্যে প্রায় তিন চর্তুথাংশ উত্তরদাতা তীব্র মাথা ব্যথার কথা উল্লেখ করেছেন। এরপরে রয়েছে পা, হাত, মুখ ফুলে যাওয়া, ঝাপসা দৃষ্টি। তবে প্রায় ৩% উত্তরদাতা জানিয়েছেন যে, গর্ভ অবস্থায় জটিলতা সম্পর্কে তাদের কোন ধারণা নাই। উপাত্ত থেকে দেখা যায় যে, উত্তরদাতাদের সচেতনতা আগের চেয়ে অনেক বেড়েছে। গর্ভ অবস্থায় জটিলতা সম্পর্কে জ্ঞান সারণি নং ৩.১৭ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.১৭ঃ গর্ভাবস্থায় জটিলতা সম্পর্কে জ্ঞান

গর্ভাবস্থায় জটিলতার ধরন	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
তীব্র মাথা ব্যথা	৫৯.০	৭১.৮
ঝাপসা দৃষ্টি	৪৪.৮	৫৭.৮
পা/হাত/মুখ ফুলে যাওয়া	৬৩.২	৬৯.১
রক্তপাত	২৪.২	২৮.৯
প্রসবের সময় বা পরে অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ	১২.০	১৩.৩
খিচুনি	৪২.২	৩৬.৬
গন্ধযুক্ত স্রাব	৪.৯	৩.৮
উচ্চ মাত্রায় জ্বর	১৩.৭	১১.৫
দীর্ঘ প্রসব বেদনা	৭.৬	১৪.৮
জানিনা/বলতে পারিনা	৯.৪	২.৪
অন্যান্য	৩.৩	০.৭
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২৩৫০০	১০০০

একাধিক উত্তর

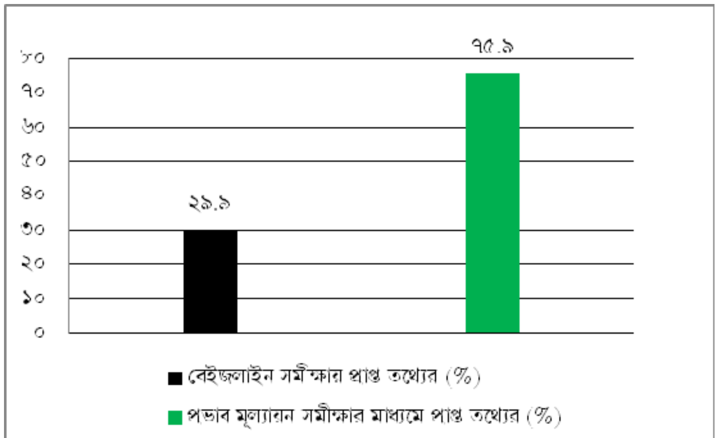
কিশোরী মাতাদের গর্ভাবস্থায় যে ধরনের সমস্যা হয় সে সম্পর্কে উত্তরদাতাদের সুন্দর ধারণা আছে এবং অনেক ধরনের সমস্যাই তাদের জানা। সমস্যাগুলির মধ্যে রক্তশূন্যতা, মা মারা যেতে পারে, নবজাতক মারা যেতে পারে, কম ওজনের শিশুর জন্ম, স্বাস্থ্য ভেঙ্গে যেতে পারে, তীব্র মাথা ব্যথা, ঝাপসা দৃষ্টি, পা/হাত/মুখ ফুলে যাওয়া, রক্তপাত, প্রসবের সময় বা পরে অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ, খিচুনি, গন্ধযুক্ত স্রাব, দীর্ঘ প্রসব বেদনা অন্যতম। তবে কিছু সংখ্যক (৪.৩%) উত্তরদাতা সমস্যার বিষয়ে জানেন না। বেইজলাইন সার্ভের সময়ের চেয়ে সমস্যা সম্পর্কে ধারণা/ জ্ঞান বৃদ্ধি পেয়েছে। প্রকল্পের সচেতনতামূলক কর্মকান্ডের ফলে উত্তরদাতাদের জ্ঞান বৃদ্ধি পেয়েছে। উত্তরদাতাদের কিশোরী মাতাদের সমস্যা সারণি নং ৩.১৮ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.১৮ঃ কিশোরী মাতা গর্ভাবস্থায় সমস্যার ধরন সম্পর্কে জ্ঞান

সমস্যার ধরন	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
রক্তশূন্যতা	৪৫.১	৬৬.৭
মা মারা যেতে পারে	৫৭.৬	৭১.২
নবজাতক মারা যেতে পারে	৪১.৭	৫৪.২
কম ওজনের শিশু	২০.৮	৩৮.২
স্বাস্থ্য ভেঙ্গে যেতে পারে	২৭.৪	৩৪.৪
তীব্র মাথা ব্যথা	২০.৯	১৪.৪
ঝাপসা দৃষ্টি	১৯.৫	৬.২
পা/হাত/মুখ ফুলে যাওয়া	২৫.৩	১৩
রক্তপাত	১০.৬	৩.৫
প্রসবের সময় বা পরে অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ	৬.৮	২.৪
খিচুনি	২৯.৭	১১.২
গন্ধযুক্ত স্রাব	১.৬	০.৩
দীর্ঘ প্রসব বেদনা	৫.১	২.৩
জানিনা/ বলতে পারিনা	১৫.৭	৪.৩
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২৩৫০০	১০০০

একাধিক উত্তর

গর্ভকালীন সময়ে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের বিষয়ে যেমন সচেতনতা বৃদ্ধি পেয়েছে তেমনি প্রসব পরবর্তী স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের জন্য সচেতনতা বৃদ্ধি পেয়েছে। প্রকল্প শুরুতে ৩০% উত্তরদাতা প্রসব পরবর্তী স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করতেন এবং প্রকল্প শেষে প্রায় ৭৬% উত্তরদাতা প্রসবোত্তর স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করেন। এই মাত্রায় সচেতনতা এবং স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ প্রকল্পের অবদান। তবে রেডিও, টেলিভিশন ও অন্যান্য মিডিয়ারও যথেষ্ট অবদান রয়েছে। প্রসবের ৪২ দিনের মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণে বেইজলাইন ও প্রভাব মূল্যায়নের তুলনামূলক হার - চিত্র নং ৩.১১ এ উপস্থাপন করা হল।



wPÎ 3.11t cm‡ei 42 w`‡bi g‡a¨ ¯^v¯'¨‡mev MnY

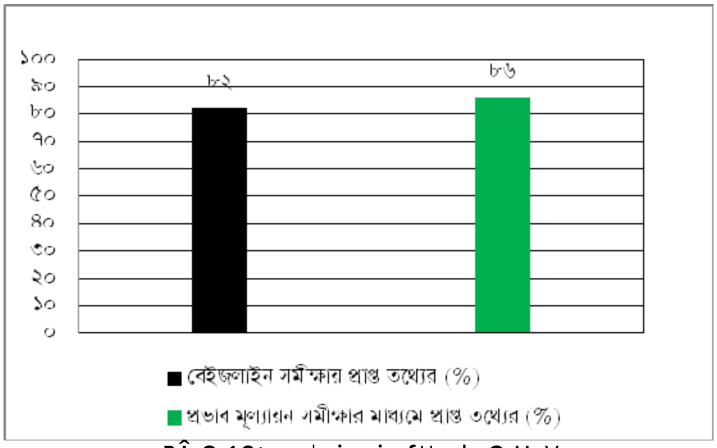
3.16 ¯^v¯'¨‡mev Mn‡Yi ¯'vb

প্রসবোত্তর ৪২ দিনের মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের প্রধান স্থান হল নগর স্বাস্থ্যকেন্দ্র। তবে প্রসবোত্তর ৪২ দিনের মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের আরও স্থান রয়েছে। যেগুলোর মধ্যে নগর NSDP এর ডাক্তার/নার্স/ প্যারামেডিক প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত টিবিএ, হোমিওপ্যাথি, কবিরাজ এবং ফার্মেসী। স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের স্থানসমূহ সারণি ৩.১৯ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.১৯ঃ স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের স্থান

সেবা গ্রহণের স্থান	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক এর ডাক্তার/নার্স	৩৬.৯	৮৫.৪
নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক	১১.৩	০.৭
NSDP এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক	৬.৯	১.২
অন্যান্য প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত টিবিএ	০.৮	৭.১
হোমিওপ্যাথি	২.৩	৩.৬
কবিরাজ	০.৫	০.৪
ফার্মেসী	০.৫	০.০
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২১১৮	৭৫৯

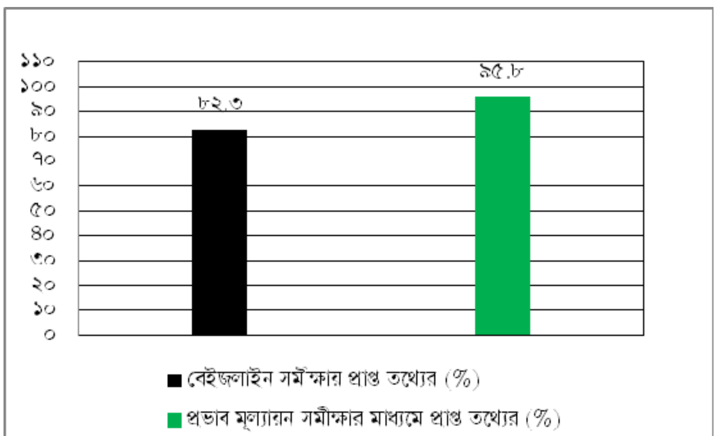
প্রসবের পর ভিটামিন-এ গ্রহণের সংখ্যাও পূর্বের তুলনায় বেড়েছে। পূর্বে ৮২% প্রসূতি ভিটামিন এ গ্রহণ করতেন এবং বর্তমানে এ হার ৮৬%। ভিটামিন-এ গ্রহণে বেইজলাইনের সাথে প্রভাব মূল্যায়নের তুলনামূলক হার ৩.১২ নং চিত্রে এ উপস্থাপন করা হল।



wPÎ 3.12t cm‡ei ci wfUwgb-G MnY

3.17 12-23 gvm eq‡mi wUKv

প্রকল্প এলাকায় ১২-২৩ মাস বয়সের ৯৬% শিশুদের সব কয়টি টিকা প্রদান করা হয়েছে পূর্বে যা ছিল ৮২%। বেইজলাইন ও প্রভাব মূল্যায়নের সময় সব কয়টি টিকা প্রদানের তুলনামূলক হার ৩.১৩ নং চিত্রে উপস্থাপন করা হল।



wPÎ 3.13t 12-23 gvm eq‡mi wkï‡`i me KqwU wUKv c`v‡bi Zjbv

3.18 MfeZx gv‡q‡`i cwbkb¨Zvi j¶Y

গর্ভবতী মায়েদের পানিশূন্যতার লক্ষণ প্রায় ৯২% উত্তরদাতা জানেন। লক্ষণ হিসেবে উত্তরদাতাগণ জানিয়েছেন চোখ বসে যাওয়া, অবসন্নতা, প্রস্রাব কম হওয়া, চামড়া কুঁচকে যাওয়া ও আস্তে আস্তে পূর্বাবস্থায় আসা, তীব্র পিপাসা, দুর্বলতা, অজ্ঞান হওয়া, খিচুনি, বমি ইত্যাদি। চোখ বসে যাওয়া উল্লেখ করেছেন ৬৫%, দুর্বলতা ৫৯%, প্রস্রাব কম হওয়া ৪৭% ও অবসন্নতা ৪৫%। পূর্বে এ বিষয়ে সচেতনতা অনেক কম ছিল। গর্ভবতী মায়েদের পানি শূন্যতার লক্ষণগুলি সম্পর্কে ধারণা সারণি ৩.২০ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২০ঃ গর্ভবতী মায়েদের পানি শূন্যতার লক্ষণ সম্পর্কে ধারণা

পানি শূন্যতার লক্ষণ	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
চোখ বসে যাওয়া	৫৭.০	৬৫.৩
অবসন্নতা	২২.৩	৪৪.৬
প্রস্রাব কম হওয়া	১৪.৬	৪৬.৬
চামড়া কুঁচকে যাওয়া ও আস্তে আস্তে পূর্বাবস্থায় আসা	১০.৪	২০.৫
তীব্র পিপাসা	৩৮.২	২৮.৭
দুর্বলতা	৭৮.৭	৫৮.৯
অজ্ঞান হওয়া	৬.৯	৯.৬
খিচুনি	৮.১	১৭.৪
বমি	০.৭	০০.০
জানি না/বলতে পারি না	৭.১	৭.১
অন্যান্য	৫.০	০.৩
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২৩৫০০	১০০০

একাধিক উত্তর

3.19 wkï R‡b¥i ci RwUj †ivM

এক তৃতীয়াংশের বেশি (৩৮.৮%) উত্তরদাতা জানিয়েছেন যে শিশু জন্মের পর নিউমোনিয়া, ডায়রিয়া, জ্বর, হাম ও শ্বাসনালীর সংক্রমণ ইত্যাদি রোগে আক্রান্ত হয়েছে। জটিল রোগের ধরন সারণি নং ৩.২১ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২১ঃ জটিল রোগের ধরন

জটিল রোগের ধরন	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
নিউমোনিয়া	২০.২
শ্বাসনালীর সংক্রমণ	০.৩২
ডায়রিয়া	৯.৪
ঘাম	৪.৪
জ্বর	৪.৫
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	১০০০

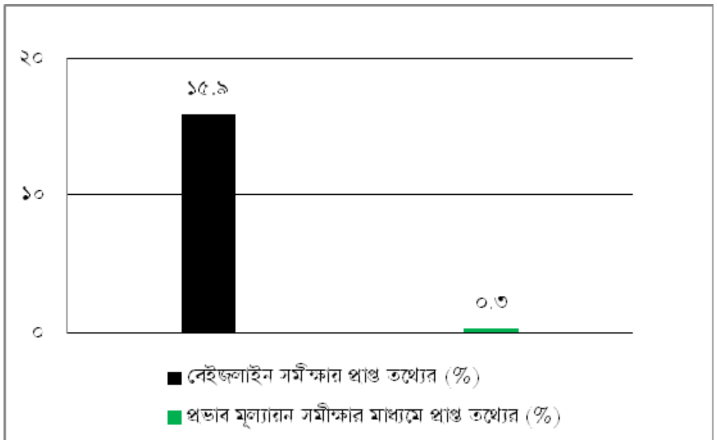
শিশুর নিউমোনিয়ায় আক্রান্তের লক্ষণ সম্বন্ধে মায়েদের ধারণা রয়েছে। তাছাড়া নিউমোনিয়া আক্রান্তের যে সকল লক্ষণের কথা উল্লেখ করেছেন তা হল দ্রুত নি:শ্বাস, বুক ওঠানামা, নি:শ্বাস গ্রহণে কষ্ট, বুকের দুধ খেতে সমস্যা, ক্লান্ত, জ্বর, কফ প্রভৃতি। নিউমোনিয়া আক্রমণের লক্ষণের বিষয়ে উত্তরদাতার ধারণা সারণি নং ৩.২২ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২২ঃ শিশুর নিউমোনিয়া আক্রান্তের লক্ষণ

নিউমোনিয়ার লক্ষণ	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
দ্রুত নিশ্বাস	৪২.৫	৬৮.৪
বুক ওঠানামা	২৩.২	৬৯.১
নিশ্বাস গ্রহণে কষ্ট	৬৮.২	৬৬.৫
বুকের দুধ খেতে সমস্যা	১২.৫	৪৫.২
ক্লান্ত	৭.৫	৬.৯
জ্বর	৫০.৬	৩৩.৭
কফ	৫৪.৮	৬.৩
জানি না/বলতে পারি না	১১.৩	৪.৯
অন্যান্য	০.২	০.০
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২৩৫০০	১০০০

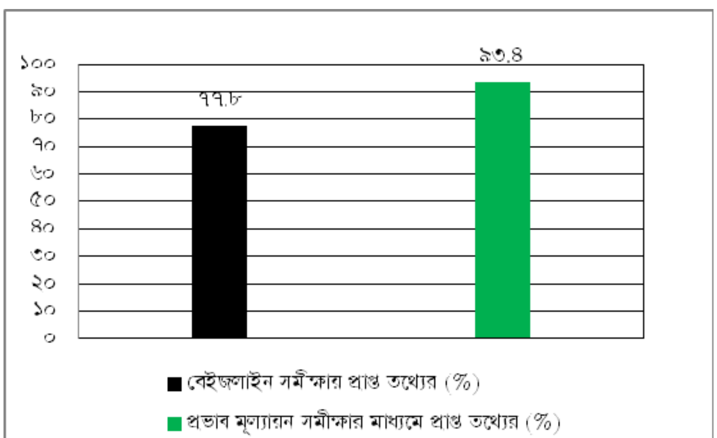
একাধিক উত্তর

জন্মের পর অনেক শিশুরই শ্বাসনালীর সংক্রমণ হয়। শ্বাসনালীর সংক্রমণের হার পূর্বের তুলনায় বেশ কমেছে। বেইজ লাইনে শিশু জন্মের পর শ্বাসনালীর সংক্রমণের হার ছিল ১৬% কিন্তু প্রভাব মূল্যায়নের সময় এই হার কমে হয়েছে ১% । তবে চিকিৎসা গ্রহণের হার পূর্বের তুলনায় অনেক বেড়েছে। চিকিৎসা গ্রহণের হার বাড়ার কারণ প্রধানত দুইটি ঃ মানুষের মধ্যে বর্ধিত সচেতনতা, চিকিৎসার সুযোগ, এবং সচেতনতা মূলক প্রচার। শ্বাসনালীর সংক্রমণের হার চিত্র নং ৩.১৪ এ উপস্থাপন করা হল।



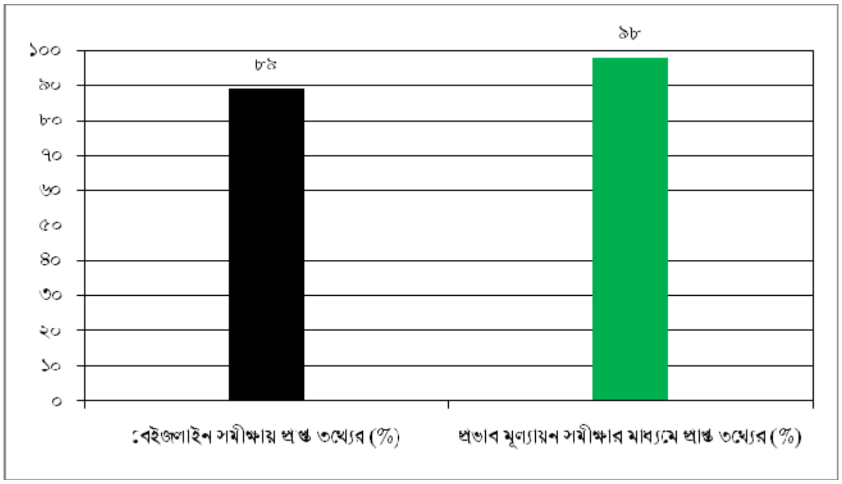
wPÎ 3.14t Zxe kvmbvjxi msµgY

যে সকল শিশুর শ্বাসনালীর সংক্রমণ হয় তাদের মধ্যে পূর্বে ৭৮% চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করত এবং বর্তমানে এই হার হল ৯৩% । চিকিৎসা গ্রহণের চিত্র চিত্র নং ৩.১৫ এ দেখানো হল।



wPÎ 3.15t শিশু kvmbvjx msµg‡Yi wPwKrmv MnY

শিশু জন্মের এক ঘন্টার মধ্যে শাল দুধ খাওয়ানোর অভ্যাসও পূর্বের তুলনায় বেড়েছে। শাল দুধ খাওয়ানোর উপকারিতা সম্পর্কে প্রকল্প এলাকার জনগণের সচেতনতা বৃদ্ধি পেয়েছে। পূর্বে ৮৯% ক্ষেত্রে শাল দুধ খাওয়ানো হত কিন্তু বর্তমানে এর হার ৯৮% । শাল দুধ খাওয়ানোর হার ৩.১৬ নং চিত্রে উপস্থাপন করা হল। শিশুকে বুকের দুধ খাওয়ানোর হারও ৮৬% থেকে বেড়ে ৯৯% হয়েছে।



wPÎ 3.16t wkï‡K kvj `a LvIqv‡bv

3.20 wkï‡K m¤úiK Lvevi †`Iqv

শিশুকে সম্পূরক খাবার খাওয়ানোর বিষয়ে প্রকল্প এলাকায় মানুষের বিশেষ করে মায়েদের সচেতনতা অনেক বেড়েছে। পূর্বে ছয় মাস বয়সের ৩৪% শিশুদের সম্পূরক খাবার দেওয়া হত কিন্তু প্রকল্প শেষে ৯৮% হয়েছে। সম্পূরক খাবারের মধ্যে খিচুড়ি, মাছ, মাংস, ডিম, সবজি, ফল/ফলের জুস, গুড়া দুধ/গরু/ছাগলের দুধ, চাউলের গুড়া, সুজি, বিস্কুট প্রধান। তবে খিচুড়িই বেশিরভাগ (৯০%) শিশুকে খাওয়ানো হয়। তাছাড়া ডিম ও সুজিও সম্পূরক খাদ্য হিসেবে খাওয়ানো হয়। সম্পূরক খাবারের ধরন সারণি নং ৩.২৩এ প্রদান করা হল।

সারণি ৩.২৩ঃ সম্পূরক খাবারের ধরন

সম্পূরক খাবারের ধরন	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
খিচুড়ি	৫৭.৬	৮৯.৯
মাছ	৩০.১	৩৯.৬
মাংস	৯.৩	৩২.৮
ডিম	১১.৯	৫৫.১
সবজি	১১.২	৫০.৩
ফল/ফলের জুস	১২.৬	৩২.৪
গুড়া দুধ/গরু/ছাগলের দুধ	২২.৪	৪৫.৩
চাউলের গুড়া	৩০.৭	৪১.১
সুজি	৩৪.৫	৪৯.৯
বিস্কুট	০.২	২৯.২
কিছুই না	০.২	০
অন্যান্য	১.১	৩.৭
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	১০৮৬	১০০০

একাধিক উত্তর

আয়োডিন যুক্ত লবণের উপকারিতা সর্ম্পকে প্রায় ৯৭% উত্তরদাতার ধারণা রয়েছে যা প্রকল্প পূর্বের আয়োডিন যুক্ত লবণ সম্পর্কে ধারণার সমান। আয়োডিন যুক্ত লবণের উপকারিতা সম্পর্কে প্রায় এক দশমাংশ উত্তরদাতা জানেন না। আয়োডিন যুক্ত লবণের উপকারিতা সম্পর্কে উত্তদাতাদের ধারণা সারণি নং ৩.২৪ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২৪ঃ আয়োডিন যুক্ত লবনের উপকারিতা

আয়োডিন যুক্ত লবণের উপকারিতা	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
বুদ্ধিমত্তা বাড়ায়	৩৩.৬	৭১.৮
শিশুদের শারীরিক ও মানসিক ভাবে ভাল রাখে	২৫.০	৪৭.৩
অক্ষম শিশু জন্ম দেওয়া থেকে রক্ষা করে	১২.৪	৩০.৮
গর্ভপাতের ঝুঁকি কমায়	৭.২	৩১.৫
গলগন্ড প্রতিরোধ করে	৫৯.৯	৯.৯
জানি না/বলতে পারি না	২৪.৭	৯.৫
অন্যান্য	১.১	৯.৭
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২২৪৩৯	১০০০

একাধিক উত্তর

3.21 †hŠb‡iv‡Mi aviYv

যৌনরোগ বলতে প্রধানত উত্তরদাতাগণ এইচআইভি এইডস, সিফিলিস ও গণোরিয়াকে বুঝিয়েছেন। পূর্ব থেকে HIV/AIDS সম্পর্কে প্রায় সকল উত্তরদাতারই ধারণা ছিল। বর্তমান সমীক্ষাতেও এর প্রমাণ পাওয়া গেছে। প্রায় ৯৪% উত্তরদাতার HIV/AIDS সম্পর্কে ধারণা আছে। উত্তরদাতাগণ জানিয়েছেন যে, বিভিন্ন উৎস থেকে HIV/AIDS সম্পর্কে তাহারা জেনেছেন। HIV/AIDS সম্পর্কে জানার প্রধান উৎসগুলি হল UPHCP নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক, সরকারি হাসপাতাল, প্রাইভেট ক্লিনিক, NGO ক্লিনিক, প্রাইভেট ডাক্তার, ফার্মেসী, সরকারি স্বাস্থ্য সেবিকা, UPHCP এর স্বাস্থ্য সেবিকা, NGO এর স্বাস্থ্য সেবিকা, রেডিও, টেলিভিশন, খবরের কাগজ, ম্যাগাজিন, বন্ধু/প্রতিবেশী, ক্লিনিক (সূর্যের হাসি ক্লিনিক)। HIV/AIDS সম্পর্কে জানার উৎসগুলি সারণি নং ৩.২৫ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২৫ঃ HIV/AIDS সম্পর্কে জানার উৎস সমূহ

HIV/AIDS সম্পর্কে জানার উৎস	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
UPHCP নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/ রংধনু ক্লিনিক	২.২	৬৭.০
সরকারি হাসপাতাল	৩.১	৯.৩
প্রাইভেট ক্লিনিক	০.৬	২.২
NGO ক্লিনিক	১.০	৩.০
প্রাইভেট ডাক্তার	০.২	০.১
ফার্মেসী	০.৫	৩.০
সরকারি স্বাস্থ্য সেবিকা	১.৬	৯.০
UPHCP এর স্বাস্থ্য সেবিকা	০.৮	২২.৮
NGO এর স্বাস্থ্য সেবিকা	৩.৪	৯.০
রেডিও	৩.৪	১.৪
টেলিভিশন	৯১.৫	৭৮.৪
খবরের কাগজ	৪.০	১.৯
ম্যাগাজিন	২.০	০.৬
বন্ধু/প্রতিবেশী	৪০.৪	৩৩.৩
ক্লিনিক (সূর্যের হাসি ক্লিনিক)	০.৫	০.০
অন্যান্য	০.৬	১.০
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২১১৩৫	৯৩৫

একাধিক উত্তর

HIV/AIDS যে ভাবে বিস্তার লাভ করে সে সম্পর্কেও উত্তরদাতাদের সুস্পষ্ট ধারণা রয়েছে। তবে প্রায় এক দশমাংশ উত্তরদাতা কিভাবে HIV/AIDS বিস্তার লাভ করে সে সম্পর্কে কিছু জানেন না। HIV/AIDS যে ভাবে বিস্তার লাভ করে বলে জানিয়েছেন তা হল যাদের HIV/AIDS আছে তাদের দ্বারা যৌন ক্রিয়ায় কনডম ব্যবহার না করলে, গর্ভাবস্থায় মায়ের কাছ থেকে শিশু আক্রান্ত হওয়া, HIV/AIDS আক্রান্ত ব্যক্তির কাছ থেকে রক্ত নিলে এবং HIV/AIDS ব্যক্তির ব্যবহৃত সিরিঞ্জ ব্যবহার করলে। HIV/AIDS বিস্তারের পদ্ধতির ধারণা সারণি নং ৩.২৬ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২৬ঃ HIV/AIDS বিস্তারের পদ্ধতি সম্পর্কে জ্ঞান

HIV/AIDS বিস্তারের পদ্ধতি	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
যাদের HIV/AIDS আছে তাদের যৌন ক্রিয়ায় কনডম ব্যবহার না করলে	৭৫.৫	৮২.৫
গর্ভাবস্থায় মার কাছ থেকে শিশু আক্রান্ত হয়	২৭.৬	৪২.৩
HIV/AIDS আক্রান্ত ব্যক্তির কাছ থেকে রক্ত নিলে	৩৯.০	৪৯.৩
HIV/AIDS ব্যক্তির ব্যবহৃত সিরিঞ্জ ব্যবহার করলে	৪৪.৪	৫৫.৬
জানি না/ বলতে পারি না	১৮.০	৮.৫
অন্যান্য	৩.২	০.২
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২১১৩৫	১০০০

একাধিক উত্তর

HIV/AIDS থেকে বাঁচার উপায়সমূহ জানেন প্রায় তিন-চর্তুথাংশ উত্তরদাতা। তাঁদের উল্লিখিত বাঁচার উপায়সমূহ হল কনডম ব্যবহার, রক্ত গ্রহণের আগে HIV/AIDS ভাইরাস পরীক্ষা করা, জীবানুমুক্ত যন্ত্রপাতি ব্যবহার করা, প্রত্যেকের জন্য পৃথক সিরিঞ্জ ব্যবহার করা। উত্তরদাতাদের ধারণা বেইজলাইন সার্ভের চেয়ে বেড়েছে। বাঁচার উপায় সম্পর্কে উত্তরদাতাগণ সরকারি ও বেসরকারি প্রচার মাধ্যম এবং নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র কর্তৃক প্রচারই জানতে সাহায্য করেছে। HIV/AIDS ছাড়াও অন্যান্য যৌন সংক্রমণ সম্পর্কে ৫৫% উত্তরদাতাদের সম্যক ধারণা রয়েছে। HIV/AIDS থেকে বাঁচার উপায় সম্পর্কে উত্তরদাতাদের ধারণা সারণি নং ৩.২৭ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২৭ঃ HIV/AIDS থেকে বাঁচার উপায়

HIV/AIDS থেকে বাঁচার উপায়	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
কনডম ব্যবহার	৬১.৫	৭২.৭
রক্ত গ্রহণের আগে HIV/AIDS ভাইরাস পরীক্ষা করা	৪৭.৩	৫২.৪
জীবানুমুক্ত যন্ত্রপাতি ব্যবহার করা	১৯.৩	৩৩.৬
প্রত্যেকের জন্য পৃথক সিরিঞ্জ ব্যবহার করা	২১.৫	৪৮.১
সীমিত সংখ্যক লোকের সঙ্গে মিলিত হওয়া যাদের HIV/AIDS নাই	২০.৮	২৪.৪
অন্যান্য	০.৩	০.৮
জানি না/ বলতে পারি না	২৩.৯	৮.৮
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	২১১৩৫	১০০০

একাধিক উত্তর

উত্তরদাতাগণের মধ্যে অনেকে সিফিলিসে আক্রান্তের লক্ষণগুলি সম্পর্কে জানেন। তাহারা যে সমস্ত লক্ষণগুলো বলেছেন তা হল কুঁচকি ফুলে যাওয়া, জ্বর, পুংলিঙ্গে ব্যথা ছাড়া আলসার। তবে এক তৃতীয়াংশের বেশি উত্তরদাতা সিফিলিসে আক্রান্ত লক্ষণগুলি জানেন না এবং প্রকল্পের পূর্বে এক চর্তুথাংশের বেশি উত্তরদাতা জানতেন না। সিফিলিসে আক্রান্তের লক্ষণগুলি সম্পর্কে উত্তদাতাদের ধারণা সারণি নং ৩.২৮ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২৮ঃ সিফিলিসে আক্রান্তের লক্ষণসমূহ

লক্ষণ সমূহ	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
কুঁচকি ফুলে যাওয়া	৪৫.১	৩৪.৩
জ্বর	৩৫.১	৪৬.৫
পুংলিঙ্গে ব্যথা ছাড়া আলসার	৬১.৬	৪১.৯
জানি না/ বলতে পারি না	১০.৬	৩৭.৭
অন্যান্য	০.০	০.২
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	৩১৬৯	৫৬৫

একাধিক উত্তর

সিফিলিসের মত গণোরিয়ার লক্ষণ সম্পর্কে উত্তরদাতাদের ধারণা রয়েছে। গণোরিয়ার লক্ষণ সম্পর্কে উত্তরদাতাদের ধারণা হল পেনিস/ভ্যাজিনা থেকে পুঁজ বের হওয়া, প্রস্রাবের সময় ব্যথা, সাদা স্রাব হওয়া প্রভৃতি। গণোরিয়া আক্রান্তের লক্ষণসমূহ সারণি নং ৩.২৯ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.২৯ঃ গণোরিয়ায় আক্রান্তের লক্ষণসমূহ

লক্ষণসমূহ	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
পেনিস/ভ্যাজিনা থেকে পুঁজ বের হওয়া	৪৭.৫	৫১.৩
প্রস্রাবের সময় ব্যাথা করে	৭৪.৯	৪৬.৯
সাদা স্রাব হওয়া	০.১	৪৫.৫
জানি না/ বলতে পারি না	১৩.৯	২৫.৫
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	৩২১৮	৫৬৫

একাধিক উত্তর

3.22 GjvKvq MYms‡hvM

এলাকায় স্বাস্থ্য সচেনতা বৃদ্ধিসহ স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের জন্য প্রকল্পের পক্ষ থেকে গণসংযোগের উদ্দোগ নেয়া হয়েছিল। সমীক্ষায় উত্তরদাতাগণের ৮৩% এ ব্যাপারে অবগত। গণসংযোগ সভার আলোচ্য বিষয়গুলো ছিল এএনসি, এইডস, যক্ষা, টিকা দেওয়া, স্বাস্থ্য সচেতনতা, সাধারণ স্বাস্থ্য সমস্যা, পরিবার ছোট রাখা, ডায়রিয়া, পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি, পরিষ্কার পরিছন্নতা ইত্যাদি। গণসংযোগের আলোচনার বিষয়সমূহ ও উত্তরদাতাদের প্রদত্ত তথ্য সারণি নং ৩.৩০ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.৩০ঃ গণ সংযোগ সভার আলোচ্য বিষয়সমূহ

আলোচ্য বিষয়সমূহ	বেইজলাইন সমীক্ষায় প্রাপ্ত তথ্যের (%)	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
এএনসি	২১.৪	৩৭.৭
এইডস	২৩.৩	৪৭
যক্ষ্মা	৬.২	২২
টিকা দেওয়া	১৭.৭	৬০.১
স্বাস্থ্য সচেতনতা	২১.৫	২১.২
সাধারণ স্বাস্থ্য সমস্যা	৩.২	২৬.১
পরিবার ছোট রাখা	১০.৩	৪২
ডায়রিয়া	৪.১	১৬
পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি	৫.৪	৩৭
পরিষ্কার থাকা	৫.৮	১০.৬
অন্যান্য	১০.৪	০.২
কখনো যাননি	৩.৯	৬.৪
জানি না/ বলতে পারি না	২.৩	০.০
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	৯৯১	১০০০

একাধিক উত্তর

3.23 bMi ¯v¯'¨‡K‡›`i †mev Dbq‡bi Rb¨ civgk

নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্রের স্বাস্থ্যসেবা উন্নয়নের জন্য ৯৫% উত্তরদাতা বিভিন্ন পরামর্শ দিয়েছেন। এই পরামর্শের মধ্যে চিকিৎসকের সংখ্যা বাড়ানো, প্যাথলজিসহ অন্যান্য টেস্টের ব্যবস্থা রাখা, পর্যাপ্ত ঔষধ রাখা, অ্যাম্বুলেন্স রাখা, লালকার্ড এর আয় সীমা বাড়ানো, আরও বেশি সংখ্যক কেন্দ্র চালু করা, ঔষধ ও টেস্টের মূল্য কমানো, হত দরিদ্র রোগীর জন্য স্বল্পমূল্যে পথ্যাদী সরবরাহ করা প্রধান। তাঁদের পরামর্শগুলি সারণি নং ৩.৩১ এ উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৩.৩১ঃ উত্তরদাতার পরামর্শসমূহ

পরামর্শসমূহ	প্রভাব মূল্যায়ন সমীক্ষার মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্যের (%)
চিকিৎসকের সংখ্যা বাড়ানো	৬১.২
প্যাথলজিসহ অন্যান্য টেস্টের ব্যবস্থা রাখা	৩৬.০
পর্যাপ্ত ঔষধ রাখা	৭২.৪
অ্যাম্বুলেন্স রাখা	২৩.৭
লালকার্ড এর আয় সীমা বাড়ানো	৫৮.১
আরও বেশী সংখ্যক কেন্দ্র চালু করা	৩১.৯
ঔষধ ও টেস্টের মূল্য কমানো	৩৭.৭
হত দরিদ্র রোগীর জন্য স্বল্পমূল্যে পথ্যাদী সরবরাহ করা	৪৯.১
অন্যান্য	৪.৬
উত্তরদাতাদের সংখ্যা (N)	১০০০

একাধিক উত্তর

PZ_ Aa¨vq

cKí m¤ú‡K© mswkøóR‡bi gZvgZ

দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্পের প্রভাব জানার জন্য ৭৮ জন Key Informant Interview এর মাধ্যমে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গের মতামত গ্রহণ করা হয়। এই সকল ব্যক্তিবর্গের মধ্যে ছিলেন ক্লিনিক ম্যানেজার, ওয়ার্ড কমিটির সদস্য, প্যারামেডিক ডাক্তার, এ্যাডমিন এসিস্ট্যান্ট, মেডিকেল অফিসার, কোয়ালিটি এ্যাসুরেন্স অফিসার, ফিল্ড সুপারভাইজার, ওয়ার্ড কাউন্সিলর, ফ্যামিলি প্লানিং কোঅর্ডিনেটর, মনিটরিং অফিসার, কনসালটেন্ট (গাইনী), সহকারী অধ্যাপক ও সমাজ সেবক।

সমীক্ষা দেখা যায় যে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গের প্রকল্পের উদ্দেশ্য সম্পর্কে সুস্পষ্ট ধারণা রয়েছে। এই সব ধারণাগুলোর মধ্যে প্রধানগুলি হচ্ছে জন্ম নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি কার্যকর করা, মাতৃ মৃত্যু, শিশু মৃত্যুরোধে কাজ করে, ইপিআই শতভাগ কাজ করা, সাধারণ রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা দেওয়া, প্রসব পূর্ব, প্রসবকালীন ও প্রসব পরবর্তী সেবা, জনসাধারণকে সচেতন করা, টিকা দেওয়ার ব্যবস্থা করা ও দরিদ্রদের বিনামূল্যে/স্বল্পমূল্যে উন্নত স্বাস্থ্য সেবা নিশ্চিত করা।

প্রকল্পের স্বাস্থ্যসেবা প্রদান সম্পর্কে উত্তরদাতাগণ মতামত প্রদান করেছেন। অর্ধেকের চেয়ে বেশী উত্তরদাতা প্রকল্পের অবকাঠমো সুবিধাগুলি পর্যাপ্ত মনে করেন। একটি বিষয় লক্ষণীয় যে, সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গ সকলেই প্রকল্পটির প্রয়োজনীয়তার কথা অনুভব করেন। প্রকল্পের অন্যান্য সেবা যে গুলি থাকলে ভাল হত বলে উল্লেখ করেছেন সেগুলি হল ঃ সব ধরনের ভ্যাক্সিন, ল্যাবকে আরো উন্নত করা, ইউএসজি প্রত্যেক পিএইচসিসিতে রাখা ও ব্লাড ব্যাংক, আইসিইউ, মা ও শিশুর সকল সেবা থাকলে ভাল হয়। এছাড়া গ্যাস সংযোগ এবং জেনারেটরের ব্যবস্থা করা, আল্ট্রাসোনোগ্রাম, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, চোখ, হৃদরোগের চিকিৎসা থাকলে আরও ভালো হত। তাহারা মনে করেন যে দক্ষ ডাক্তারের অভাব দূর করা, ২৪ ঘন্টা ল্যাব খোলা রাখা ও ২ শিফট চালু রাখা, রক্ত সঞ্চালন সেন্টার, রোগীর বেড বাড়ানো, NVD, X-ray, USG, ECG দরকার। প্রকল্পের স্বাস্থ্য সেবা সম্পর্কে তাহারা পর্যাপ্ত বলেছেন ৭৭%, অপর্যাপ্ত বলেছেন ২২% এবং ১% বলেছেন খুব কম। স্বাস্থ্যসেবার মান সম্পর্কে ভাল বলেছেন ৫৮%, খুব ভাল বলেছেন ৩৭%, তেমন ভাল নয় বলেছেন ৫%। প্রকল্পের জনবল অপর্যাপ্ত বলেছেন অধিকাংশ উত্তরদাতা। জনবলের কারিগরি দক্ষতা খুব ভাল বলেছেন ২৮%, ৬০% বলেছেন ভাল এবং ১২% বলেছেন তেমন ভাল নয়।

কেন্দ্র ব্যবস্থাপনা সম্পর্কে একতৃতীয়াংশ উত্তরদাতার ধারণা হল খুব সন্তোষজনক, অর্ধেকের চেয়ে বেশী সংখ্যকের মতামত হচ্ছে সন্তোষজনক। কিছু উত্তরদাতার মতামত হল কেন্দ্র ব্যবস্থাপনা সন্তোষজনক নয়। কেন্দ্রের পরিচ্ছন্নতা সম্পর্কে ৯০% উত্তরদাতার ধারণা হল মানসম্মত। ১০% উত্তরদাতাদের মতে কেন্দ্রের পরিচ্ছন্নতা মানসম্মত নয়। কেন্দ্রের রোগী ব্যবস্থাপনা আরও উন্নত হওয়া দরকার বলে মতামত দিয়েছেন অর্ধেকের বেশী সংখ্যক উত্তরদাতা। সেবা গ্রহীতাদের সন্তুষ্টির মাত্রা উচ্চ বলে জানিয়েছেন অর্ধেকের কিছু কম উত্তরদাতা। প্রায় সকল উত্তরদাতা জানিয়েছেন যে, সেবা গ্রহণকারীদের সন্তুষ্টি মাত্রা মধ্যম। অধিকাংশ উত্তরদাতা জানিয়েছেন কেন্দ্রের সার্বিক সুনাম ভাল। তবে স্বল্প সংখ্যক উত্তরদাতা ভাল নয় বলে জানিয়েছেন।

স্বাস্থ্য সেবার মান উন্নয়নের জন্য অধিকাংশ উত্তরদাতাগণ পরামর্শ দিয়েছেন। পরামর্শগুলোর মধ্যে অন্যতম হল ঃ প্রতিটি পিএইচসিসিতে কম খরচে ডেলিভারির সুবিধা। এছাড়া প্রতিটি পিএইচসিসিতে ইউএসজি, এমআরও আল্ট্রাসনোগ্রাম এর সুবিধা, ল্যাব এ অধিক পরিমাণ অতি জরুরি টেস্টের ব্যবস্থা করা, স্টাফদের ট্রেনিং এর ব্যবস্থা ও অটোক্লেভ করার জন্য গ্যাস সরবরাহ জরুরি। অন্যদিকে পর্যাপ্ত ঔষধ সরবরাহ, মাসিক মিটিং এর মাধ্যমে কর্মীদের জবাবদিহিতা নিশ্চিত করা, হেলথ কার্ড সেবা গ্রহীতাদের ৫০% ছাড় দেওয়া উচিত, ব্যাপক প্রচার প্রচারণার মাধ্যমে জনসাধারণকে সচেতন করা, সব ধরনের রোগীদের ক্লিনিকে আসার ব্যবস্থা করা, এবং ফ্রি চিকিৎসা ও বিনা মূল্যে ঔষধ দেয়ার পরামর্শ রয়েছে। বর্তমান সেন্টার ভাড়া বাড়ির পরিবর্তে নিজস্ব ভবন, দক্ষ চিকিৎসকের ব্যবস্থা, উন্নত প্রযুক্তির মাধ্যমে সেবার ব্যবস্থা, গর্ভকালীন ও প্রসবকালীন জটিল আক্রান্ত রোগীদের চিকিৎসা নিশ্চিত করা। অধিকাংশই ২ শিফটে ল্যাব টেকনিশিয়ান, ভিসিটি সেন্টারের HIV, AIDS সেবা, কর্মকর্তা ও কর্মচারীদের আবাসিকের ব্যবস্থা ও যাতায়াত ভাতার ব্যবস্থা করার পক্ষে মতামত দিয়েছেন।

প্রায় সকল উত্তরদাতা দক্ষ জনবল, আল্ট্রাসনোগ্রামের জন্য অভিজ্ঞ ডাক্তার, ফ্যামিলি প্লানিং এর সব ধরনের সুবিধা, FPI টেকনিক্যাল সার্পোট, একজন ফার্মাসিস্টের কথা বলেছেন। কেহ কেহ ক্লিনিকের সংখ্যা আরও বাড়ানো, জেনারেটর, যক্ষ্মা রোগীদের সেবার জন্য আলাদা জায়গা, কেন্দ্রের সার্বিক মনিটরিং করা দরকার বলে জানান। সেবার মান ভাল করতে হলে সেবাদানকারীদের অর্থনৈতিক ও অন্যান্য সুবিধা দিতে হবে। এনজিও কর্মীদের ছুটির নিয়ম ও প্রকল্পের কর্মকর্তা কর্মচারীদের ছুটির নিয়ম এক হলে ভাল হয় মনে করেন অনেকে। একজন শিশু রোগ বিশেষজ্ঞ, দাঁতের ও নাক কান গলার ডাক্তার থাকলে ভাল হয় বলে মনে করেন অনেকেই।

cÂg Aa¨vq

†dvKvm M"c Av‡jvPbv I ¯vbxq IqvKkc

প্রভাব মূল্যায়নে সংখ্যাবাচক ও গুণবাচক উভয় প্রকার তথ্য সংগ্রহ ও ব্যবহার করা হয়েছে। সংখ্যাবাচক তথ্যগুলো বিভিন্ন নথি থেকে এবং মাঠ পর্যায়ে সংগ্রহ করা হয়। গুণগত তথ্য হিসেবে ফোকাস গ্রুপ আলোচনা, কেস স্টাডি এবং স্থানীয় পর্যায়ে স্টেকহোল্ডারের কর্মশালার মাধ্যমে সংগ্রহ করা হয়। পরামর্শকগণ দশটি ফোকাস গ্রুপ আলোচনা, মাঠ পর্যায়ের আর্থিক ব্যবস্থাপনার কেস স্টাডি এবং একটি স্থানীয় পর্যায়ে স্টেক হোল্ডারদের কর্মশালার আয়োজন করেন। ফোকাস গ্রুপ আলোচনা, কেস স্টাডি এবং স্থানীয় পর্যায়ে কর্মশালা থেকে প্রাপ্ত গুণগত তথ্য নিম্নে আলোচনা করা হল।

5.1 †dvKvm M"c Av‡jvPbv

মূল্যায়ন পরামর্শ দল প্রত্যেক নির্বাচিত পিএ এনজিওর এলাকায় একটি করে মোট ১০টি ফোকাস গ্রুপ আলোচনা করেন। ১০টি ফোকাস গ্রুপ আলোচনায় মোট ১১০ জন আলোচক অংশগ্রহণ করেন।

উপস্থিত অংশগ্রহণকারী সকল সদস্যেরই আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্প সম্পর্কে ভাল ধারণা রয়েছে। তাদের মতে আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্প এলাকার দরিদ্র, অসহায় ও হতদরিদ্রদের স্বাস্থ্যসেবার এক অনন্য ব্যবস্থা। এই প্রকল্প থেকে স্বাস্থ্যসেবার বিষয়ে সচেতনতা বৃদ্ধি এবং মা ও শিশুর স্বাস্থ্যসেবা প্রয়োজন মোতাবেক দেয়া হয়েছে। শহরে বসবাসকারী দরিদ্র জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের লক্ষ্যে NGOদের মাধ্যমে দরিদ্র জনগণকে স্বল্পমূল্যে প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করা এই প্রকল্পের লক্ষ্য ও উদ্দেশ্য। তাদের জ্ঞানানুসারে এই প্রকল্পের আওতাধীন সমস্ত PHCC ও CRHCC কার্যক্রম ও দরিদ্র মানুষের কল্যাণের জন্য প্রতিষ্ঠিত।

আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেন্টার থেকে অনেক প্রয়োজনীয় স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা হয়, যেমনঃ শিশু স্বাস্থ্য, শিশুকে মাতৃদুগ্ধ দান বিষয়ে পরামর্শ, বিভিন্ন টিকা, শ্বাসতন্ত্রের মারাত্মক সংক্রমণ, শিশুদের ডায়রিয়া, নিউমোনিয়া, শিশুদের ঠান্ডা কাশি, ম্যালেরিয়া, হাম, জন্ডিস, শিশুদের টিকা প্রদান, শিশুদের স্বাস্থ্যসেবা, বৃদ্ধদের স্বাস্থ্যসেবা ও অপুষ্টি সংক্রান্ত স্বাস্থ্যসেবা। এছাড়া নবজাতকের যত্ন, শিশু স্বাস্থ্য, টিকাদান কর্মসূচি, অপুষ্টি, ভিটামিন-এ ক্যাপসুল ক্যামপেইন, ডায়রিয়া, নিউমোনিয়া, শ্বাসকষ্ট, হাম ইত্যাদি রোগ প্রতিরোধক মূলক সচেতনতা বৃদ্ধির জন্য জনসভা করা হয়।

আরবান হেলথ কেয়ার সেন্টারে গর্ভবতী মায়েদের চেক্ আপ, পরিবার পরিকল্পনা, ডেলিভারি, সিজারের মাধ্যমে সন্তান প্রসব, মহিলাদের গাইনী বিষয়ক চিকিৎসা বা সেবা প্রদান, প্রজনন স্বাস্থ্য, প্রসবকালীন পরিচর্যা, নিরাপদ প্রসব, প্রসবোত্তর পরিচর্যা, আর.টি.আই/এস.টি.আই, পরিবার পরিকল্পনা সেবা, গর্ভবতী মায়ের সেবা ও মাতৃস্বাস্থ্যসেবা দেওয়া হয়। PHCC তে ANC, PNC, EPI, STI, RTI, পেপটিক আলসার, সাধারণ জ্বর, সর্দি কাশি, ডায়রিয়া প্রায় সকল ধরনের প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবাও দিয়ে থাকে।

অংশগ্রহণকারীগণ আরও জানান যে অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবার মধ্যে যক্ষ্মা, কুষ্ঠ, গণোরিয়া, ডেঙ্গু, কৃমি, মারাত্মক রক্তপাত, পোড়া, রাতকানা রোগ, রক্ত স্বল্পতা ও গলগন্ড প্রভৃতি রোগের সেবা দেওয়া হয়। এছাড়া প্রকল্প থেকে নারী নির্যাতনের বিরুদ্ধে সচেতনতা বৃদ্ধির জন্য পদক্ষেপ নেওয়া, গ্রহীতা বান্ধব সেবা প্রদানে যোগাযোগ রক্ষা এবং বিসিসি কাউন্সিলিংও করা হয়।

অধিকাংশ অংশগ্রহণকারীর মতামত যে আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেন্টারের সেবার মান বেশ ভাল, কেহ কেহ মনে করেন যে সেবার মান মোটামুটি ভাল। অনেকের মতে সেবার মান বাড়ানো প্রয়োজন। দরিদ্র রোগীদের জন্য PHCC বিশেষ ভূমিকা পালন করে এবং খুব সহজেই সাধারণ রোগীরা চিকিৎসা সেবা পেয়ে থাকে। তাঁহারা পরামর্শ দেন যে সেবার মান বাড়াতে অতিরিক্ত একজন পুরুষ ডাক্তার হলে ভাল হয়। ডাক্তার ও অন্যান্যের ব্যবহার ও চিকিৎসার মান ভাল। PHCC তে কোন রোগের সেবা প্রদান সম্ভব না হলে CRHCC তে স্থানান্তর করা হয়। এক্ষেত্রে তাহারা অ্যাম্বুলেন্স এর ব্যবস্থা করার পরামর্শ প্রদান করেন।

আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেন্টার থেকে সেবা গ্রহণের জন্য পরিবারের সদস্যদেরকে গ্রুপমিটিং, কাউন্সিলিং, ব্রশিউর, পোস্টার বিতরণের মাধ্যমে উদ্বুদ্ধ করা হয়। আরবান ক্লিনিক কর্মীরা বাসায় বাসায় গিয়ে ক্লিনিকের সেবা সম্পর্কে কাউন্সিলিং করে এবং আরবান হেলথ কেয়ার সেন্টার থেকে সেবা গ্রহণের জন্য পরিবারের সদস্যদের উদ্বুদ্ধ করে থাকে। আরবান কেন্দ্র থেকে সেবা নেওয়ার জন্য মাঠ কর্মীরা মাঠ পর্যায়ে বাড়ি যেয়ে কেন্দ্র থেকে সেবা গ্রহণের জন্য উদ্বুদ্ধকরণ করে থাকে। এই স্বাস্থ্য কেন্দ্রে যারা মাঠ কর্মী হিসেবে কর্তব্যরত আছেন তারা প্রতি ওয়ার্ডে এবং পাড়ায় পাড়ায় সাপ্তাহিক সভা করে থাকেন। এই সভায় বিভিন্ন রোগ বালাই নিয়ে তারা সাধারণ মানুষকে সচেতন করেন এবং মানুষকে উদ্বুদ্ধ করে তোলেন। সেন্টার থেকে সেবা গ্রহণের জন্য পরিবারের ও অন্যদেরকে উদ্বুদ্ধ করার জন্য মাঠকর্মী ও সুপারভাইজারগণ মিটিং, সেমিনার, কাউন্সিলিং, লিফলেট বিতরণ ও মাইকিং এর ব্যবস্থা করে থাকেন। বিভিন্ন ঔষধের দোকান, এনজিও কর্মী, সমাজ কর্মী ও শিক্ষিত ব্যক্তিদের দ্বারা প্রচার হচ্ছে তবে আরও ব্যাপক প্রচার দরকার। আরবান প্রাইমারি হেলথ এর FWV ও অন্যান্য স্বাস্থ্য কর্মীরা প্রতিটি দরিদ্র, সুবিধা বঞ্চিত মানুষের বাড়িতে গিয়ে স্বাস্থ্য সচেতনতা সম্পর্কে অবহিত করেন। অনেক সময় পাবলিসিটি বা মাইকিং করে টিটি টিকা, ভিটামিন-এ ক্যাপসুল, পোলিও ও নানা ধরনের কাম্পেইন করা হয়।

আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্পের প্রচার ও উদ্বুদ্ধকরণ কার্যক্রম খুব ভাল। প্রকল্পের পূর্বে প্রচার-প্রচারনার চেয়ে কার্যক্রম কম ছিল। নগর স্বাস্থ্য সম্পর্কে কিছুটা সচেতন থাকলেও মধ্যবিত্ত ও উচ্চবিত্ত পরিবারের লোকজনের নগর স্বাস্থ্য সম্পর্কে জ্ঞান ছিল সীমিত। মাসে একটা নাটক না করে এর সংখ্যা বাড়িয়ে তিনটা করার অনুরোধ রয়েছে। প্রচার ও উদ্বুদ্ধকরণ কার্যক্রমে আরও মাঠ কর্মী প্রয়োজন। হেলথ সেন্টারের উদ্বুদ্ধকরণ মান ভাল তবে প্রচারের জন্য উদ্যোগ নিতে হবে।

অতি দরিদ্র পরিবারকে লালকার্ড প্রদান করা হয় এবং এই কার্ডের মাধ্যমে প্রকল্পের সমস্ত সেবা ও ঔষধ তারা বিনামূল্যে পেয়ে থাকেন। অতি দরিদ্র পরিবার আরবান হেলথ কেয়ার সেন্টার থেকে তাদের নিজ নিজ পরিবার প্রকল্পে সহায়তা প্রদান করে থাকে। কোন দরিদ্র এলাকায় এমন কোন লোক খুঁজে পাওয়া যাবে না যাহার রেডকার্ড নাই। প্রত্যেক অসহায় ও দরিদ্র লোকদের নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্রের মাধ্যমে রেডকার্ডের মাধ্যমে বিনামূল্যে সেবা পাওয়ার ব্যবস্থা করা হয়েছে। দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্প থেকে জরিপের মাধ্যমে অতি দরিদ্র পরিবার নির্বাচন করে তাদেরকে রেডকাড সম্পূর্ণ ফ্রি সার্ভিস ও ঔষধ দেওয়া হয়। অতি দরিদ্র রোগীদের নরমাল ডেলিভারি ও সিজার বিনা মূল্যে করা হয়। বিশেষ ক্ষেত্রে বিনামূল্যে ঔষধ সরবরাহ করা হয়ে থাকে। কেন্দ্রে প্রকল্পের তিন ধরনের সুবিধা আছেঃ (ক) যদি কোন রোগী প্রকল্পের নির্ধারিত ফি দিতে সক্ষম হন এবং অর্থ প্রদানে রাজি থাকেন তবে ফি নেওয়া হয়; (খ) রোগী চিকিৎসার ফির চেয়ে সামান্য কম টাকা এনেছেন তারপরও তাকে চিকিৎসা প্রদান করা হয়; এবং (গ) কোন রোগী এত দরিদ্র যে তার আর্থিক সামর্থ্য নেই রোগের চিকিৎসার ফি দেবার মত, তাকে বিনা মূল্যে চিকিৎসা ও ঔষধ দেওয়া হয়।

দরিদ্র পরিবার প্রকল্প থেকে সেবা নিয়ে নিজেরা সুস্থ থাকছে এবং আশেপাশের কমিউনিটি লেভেলের সকল লোককে সেবা নিতে উৎসাহিত করছে। ফলে প্রকল্প এলাকায় মাতৃমৃত্যু ও শিশুমৃত্যুর হার কমে আসছে। সন্তোষজনক চিকিৎসা পেয়ে রোগীরা নিজেই আরবান হেলথ কেয়ার সেন্টারে আসে এবং স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করে।

স্থানীয় কমিটির কার্যক্রম ঃ WUPHCC কমিটি ও ইউজার ফোরাম কমিটি গঠন করে এর মাধ্যমে সেবা দেওয়া হয়। এই দুইটি কমিটিতে বিভিন্ন সমাজসেবা ও স্থানীয় প্রতিনিধি, লালকার্ডধারী, সরকারি ও এনজিও লোকদের নিয়ে দুটি কমিটি গঠন করা হয়েছে। এই কমিটি সেবার মান সম্পর্কে বিভিন্ন পরামর্শ দেন। আরবান হেলথ কেয়ার সেন্টারে স্থানীয় কমিটি কিভাবে সেবার মান উন্নয়ন করা যাবে এবং রোগীদের কিভাবে এই প্রকল্পের সেবা মুখী করতে হবে তার উদ্যোগ গ্রহণ করে থাকে। এই প্রকল্পের কাজকে আরো ভাল করার লক্ষ্যে প্রতিটি পাড়ায়, মহল্লায় এবং প্রতি ওয়ার্ডে ছোট ছোট সভা করে সাধারণ মানুষদের চিকিৎসা সেবায় উদ্বুদ্ধ করা হয়। প্রতিটি PHCC ও CRHCC দরিদ্র জনগোষ্ঠির জন্য রেডকার্ড এর সীমা বৃদ্ধি করে প্রত্যেকটি দুঃস্থ ও গৃহহীন বস্তিবাসী অসহায় পীড়িত লোকদের তালিকা করে তাদের প্রত্যেককে স্বাস্থ্যসেবার আওতায় এনে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের ব্যবস্থা করা উত্তরদাতাদের বিশেষ আবেদন।

পরিবেশ উন্নয়নের ক্ষেত্রে মাঠপর্যায়ে আরও প্রচার-প্রচারনা চালাতে হবে। প্রকল্প বর্জ্য ব্যবস্থাপনা গুরুত্ব সহকারে নিয়েছে। এই পর্যায়ে তারা PRISM Bangladesh সাথে চুক্তিবদ্ধ। শহরে বসবাসরত ব্যক্তিদের স্বাস্থ্য সম্মত পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার বিষয়ে সচেতন করে তুলতে এবং প্রত্যেককে নিজ নিজ দায়িত্বে পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার কাজে এগিয়ে আসতে হবে। এতে

পরিবেশের উন্নয়ন করা সম্ভব। পরিবেশ উন্নয়নের জন্য স্থানীয় জন প্রতিনিধি, কমিটির সদস্যবৃন্দ ও সংশ্লিষ্ট কর্তৃপক্ষের সমন্বয় প্রয়োজন। সাথে সাথে এলাকার জনগণের মাঝে ব্যাপক প্রচার ও উদ্বুদ্ধ করতে হবে।

দরিদ্র পরিবারের সুনির্দিষ্টভাবে শিশু স্বাস্থ্য, প্রজনন স্বাস্থ্য, অপুষ্টিজনিত রোগ সমূহ, সংক্রামক রোগ সমূহের সেবা প্রদান করা হয়। সার্ভিক্যাল ক্যান্সার, জরায়ু ক্যান্সার, ব্রেস্ট ক্যান্সার বিষয়ও সীমিত সেবা প্রাদন করা হয়। গৃহহীন লোকদের প্রাইমারি স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের পাশাপাশি দরিদ্রদের লালকার্ড প্রদান ও প্রতি ৩ মাসে একবার স্কুলের মাধ্যমে ঔষধপত্র এবং সেবা প্রদান করা হয়।

রাজশাহী সিটি কর্পোরেশনে আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেন্টারের সাথে অন্যান্য প্রতিষ্ঠানের যোগাযোগ খুবই ভাল। কারণ অন্যান্য প্রতিষ্ঠানের লোক আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার কমিটির সাথে সংযুক্ত। আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেন্টারের সাথে বিভিন্ন এনজিও, সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতাল, ক্লিনিকসহ আরও বহু প্রতিষ্ঠানের সংযোগ রয়েছে। অতি দরিদ্র, দরিদ্র ও গৃহহীন লোকদের স্বাস্থ্যসেবার মান নিশ্চিত করার জন্য স্থানীয় স্বাস্থ্য সম্পর্কিত প্রতিষ্ঠানের সাথে যোগাযোগ ব্যবস্থা যথেষ্ট ভাল। ব্র্যাক, সিডিসি, পল্লী চিকিৎসক, বেসরকারি মেডিকেল সংস্থা, শাহ্ মখ্দুম হাসপাতাল, বরেন্দ্র মেডিকেল ইত্যাদি প্রতিষ্ঠানের সাথে ভাল সম্পর্ক আছে। আরবান হেলথ কেয়ার সেন্টার প্রায় প্রতিটি স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানের সাথে সম্মিলিত ভাবে সমন্বয় করে কাজ করে থাকে। সূর্যের হাসি, সবুজ ছাতা, কমিউনিটি ক্লিনিক, সরকারি হাসপাতাল এবং এনজিও ক্লিনিক সবার সাথে সমানভাবে যোগাযোগ রেখে কাজ করে থাকে।

গর্ভাবস্থায় জটিলতা, ডায়বেটিস, অবসট্রাকটেড লেবার, হৃদপিন্ডের সমস্যা এবং শিশুদের মারাত্মক নিউমোনিয়া, জন্ডিস রোগীদের অন্যত্র রেফার করা হয়। আরবান হেলথ কেয়ার সেন্টার থেকে যে সব মারাত্মক রোগের চিকিৎসা প্রদান করা সম্ভব নয় যেমনঃ আল্ট্রাসনোগ্রাম ও অন্যান্য রোগীদেরকে ঢাকা মেডিকেল ও সোহ্রাওয়ার্দী হাসপাতালে রেফার করা হয়। বেশিরভাগ গুরুতর ডেলিভারির রোগীদেরকে অন্যত্র রেফার করা হয়। ক্যান্সার, টিউমারের রোগী, সাধারণত কঠিন ও জটিল রোগী যেমনঃ গর্ভবতী মায়ের বড় ধরনের কোন সমস্যা হলে বিশেষ করে গুরুত্বপূর্ণ কোন অপারেশন করার প্রয়োজন হলে, গুরুতর রোগের শিশু, এমআর এ ধরনের রোগীকে অন্যত্র রেফার করা হয়। শিশু চিকিৎসক ও গাইনী চিকিৎসক না থাকায় PHCC থেকে CRHCC তে রোগী রেফার করা হয় এবং বিভিন্ন পরীক্ষার জন্য পাঠানো হয়।

প্রকল্প এলাকায় নির্বাচিত সুবিধাভোগীদের প্রতি বছর গড়ে আগমন ঘটে প্রায় ২০% এবং অন্যত্র চলে যায় প্রায় ১৫%। ফসল কাটার সময় ৪০% লোক গ্রামে চলে যায় এবং ফসল তোলার পর আবার চলে আসে। পুরাতন রোগী আছে এবং প্রতি বছর গড়ে ৪০% নতুন রোগী তালিকাভূক্ত হয়।

আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্পের সেবার মান উন্নয়নে কর্মীদের জন্যঃ (ক) ট্রেনিং, (খ) বেতন ভাতা বৃদ্ধি, (গ) মনিটরিং এবং সুপারভিশন, (ঘ) জনশক্তি বৃদ্ধি ইত্যাদির মাধ্যমে সেবার মান উন্নয়ন করা যেতে পারে। এই প্রতিষ্ঠানে ইসিজি মেশিন এবং এক্স-রে মেশিন এর ব্যবস্থা করা যেতে পারে। কর্মীদের বেতনের সাথে বোনাস ও বাৎসরিক ছুটির ব্যবস্থা ও কর্মীদের সাথে প্রতি মাসে একবার মতবিনিময় সভার ব্যবস্থা করা যেতে পারে। PHCC কে ওয়ানস্টপ সার্ভিসের আওতায় নিয়ে আসতে হবে। এই প্রকল্পের সাথে যারা সংশ্লিষ্ট আছে তাদের কর্মদক্ষতা বৃদ্ধি এবং আন্তরিকতার সাথে কাজ করার ব্যবস্থা করা সেই সাথে ডাক্তার, নার্স ও প্রয়োজনীয় সরঞ্জামাদি পর্যাপ্ত থাকতে হবে যাতে করে দরিদ্র অসহায় রোগীরা খুব সহজেই চিকিৎসা সেবা পায়।

প্রতিটি PHCC এর ডেলিভারি, USG সুবিধা এবং Lab এর অধিক পরিমাণ অতীব জরুরি Test এর ব্যবস্থা থাকা দরকার। ডাক্তারের সংখ্যা ও মেডিসিনের সংখ্যা বাড়াতে হবে। CRHCC তে জরুরি বিভাগ ও সার্জন এবং এনসথিসিট থাকলে ভাল হয়। দক্ষ টেকনিশিয়ান, দক্ষ ল্যাব সহকারী, ECG, USG, Colonoscopy ইত্যাদি পরীক্ষার ব্যবস্থা করা বাঞ্ছনীয়।

5.2 MY‡kŠPvMvi ch‡e¶Y

প্রভাব মূল্যায়নে কোয়ানটেটিভ ও কোয়ালিটেটিভ উভয় প্রকার তথ্য সংগ্রহ এবং ব্যবহার করা হয়েছে। প্রকল্প থেকে মোট ২৭টি গণশৌচাগার নির্মাণ করা হয়। এ সকল গণশৌচাগার শহরের ব্যস্ততম এবং ঘনবসতি পূর্ণ এলাকা যেখানে প্রতিদিন বিপুল সংখ্যক লোকের সমাগম হয় সে সব স্থানে স্থাপন করা হয়েছে। পাবলিক হেলথ, স্যানিটেশন ও হাইজিন উন্নয়নের

জন্যে এ সকল গণশৌচাগার সঠিকভাবে রক্ষণাবেক্ষণ ও ব্যবহার নিশ্চিত করা বাঞ্ছনীয়। প্রভাব মূল্যায়নে ১০টি নির্বাচিত পিএ এনজিও এলাকা থেকে ১০টি গণশৌচাগারের উপর কেস স্টাডি করার ব্যবস্থা রয়েছে। নিম্নে একটি ভাল পারফর্মিং গণশৌচাগারের ও একটি মন্দ পারফর্মিং গণশৌচাগারের কেস স্টাডি উপস্থাপন করা হল।

ঢাকা স্টেডিয়াম সংলগ্ন ব্যস্ততম এলাকা ঢাকা দক্ষিণ সিটি কর্পোরেশনের ৭নং ওয়াড অন্তর্ভুক্ত গুলিস্থান এলাকায় (জাতীয় স্টেডিয়ামের ৫নং গেট সংলগ্ন) প্রকল্পের মাধ্যমে একটি গণশৌচাগার নির্মাণ করা হয়। অত্র এলাকায় দিবারাত্র অসংখ্য লোকের সমাগম। বিশেষ করে স্টেডিয়ামে যখন কোন খেলা বা জনসমাগম হয় তখন আরও বিপুল সংখ্যক লোক এ এলাকায় অবস্থান করেন। এখানে একটি স্বাস্থ্যসম্মত গণশৌচাগারের প্রয়োজন অত্র এলাকার সকলের দীর্ঘ দিনের চাহিদা। প্রকল্পের মাধ্যমে এখানে একটি সুপরিসর গণশৌচাগার প্রতিষ্ঠার মাধ্যমে এলাকার সকল ধরনের মানুষের চাহিদা পূরণ করা হয়েছে। দেখা গেছে যে এ গণশৌচাগারটি প্রতিদিন গড়ে ২০০-৩০০ মানুষ ব্যবহার করেন।

২০১০ সালে নির্মিত এ গণশৌচাগারটি (ইট, বালি, রড ও সিমেন্ট দ্বারা তৈরি) পাকা ও বেশ মজবুত করে তৈরি করা। শৌচাগারের ডিজাইন বেশ ভাল। শৌচাগারে সার্বক্ষণিক পানির ব্যবস্থা রয়েছে। মেঝে পাকা, পায়খানা, প্রস্রাব খানা ও গোসল খানার মেঝে টাইলস্ দ্বারা নির্মিত। এখানে বেসিন, লোডাউন প্যান এবং পানির ট্যাপ রয়েছে। পুরুষদের জন্য পৃথক ৩টি টয়লেট ও ৪টি প্রস্রাব খানা রয়েছে। মহিলাদের জন্য পৃথক ২টি টয়লেট ও ২টি প্রস্রাব খানা রয়েছে। এছাড়া গোসলের জন্য পৃথক রুম রয়েছে। সাধারণভাবে হাত ধোয়ার জন্য সাবানের ব্যবস্থা রয়েছে। দিনে কয়েকবার ধোঁয়া মোছা করা হয় বলে শৌচাগারটি বেশ পরিস্কার ও পরিচ্ছন্ন।

সুষ্ঠু পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণের জন্য ঢাকা দক্ষিণ সিটি কর্পোরেশন এ শৌচাগারটি ইজারাদারের মাধ্যমে পরিচালনা করা হয়। বর্তমানে চুক্তিবদ্ধ ইজারাদার মাসিক ১৫,০০০ টাকা হারে ভাড়া প্রদান করেন। ইজারাদার একজন ব্যক্তিকে সার্বক্ষণিক দেখাশোনার দায়িত্বে রেখেছেন। সর্বশ্রেণীর ব্যবহারকারীর নিকট থেকে প্রতিবার টয়লেটের জন্য ৫ টাকা, প্রস্রাবের জন্য ৩ টাকা এবং গোসলের জন্য ১০ টাকা চার্জ গ্রহণ করা হয়।

গণশৌচাগারটি অত্র এলাকায় অবস্থানরত এবং আগত জনসাধারণের জন্যে যেমন অত্যন্ত উপকারী তেমনি এলাকার স্যানিটেশন ও পরিবেশ সংরক্ষণে ব্যাপক ভূমিকা রেখেছে। কেস স্টাডির সময় লক্ষ্য করা যায় যে এলাকায় অনেক ভাসমান মানুষের বাস যা অনাকাঙ্ক্ষিত হলেও এহেন অবস্থা থেকে বেড়িয়ে আসা যায় নাই। এ সকল মানুষের পয়:ব্যবহার কোনরূপ ব্যবস্থা না থাকায় এবং গণশৌচাগার ব্যবহারের সমর্থ না থাকায় এলাকার স্যানিটেশন ও পরিবেশ রক্ষায় কিছুটা সমস্যা রয়েছে। দরিদ্র ও ভাসমান এ সকল মানুষের জন্য বিকল্প ব্যবস্থা থাকলে পরিবেশ সংরক্ষণে আরও সুবিধা হয়।

কেস স্টাডির সময় দেখা গেছে যে ব্যাপক ব্যবহার এবং সকল শ্রেণীর লোক দ্বারা কিছুটা অপব্যবহারের কারণে মেঝে, বেসিন, পানির ট্যাপ, প্যান, কমোড, সিসটার্ন, ইত্যাদি যথাসময়ে মেরামত ও বদলানোর প্রয়োজন হলেও তা করা হয় নাই। সিটি কর্পোরেশন নিজে বা ইজারাদারের দায়িত্বে এ সকল মেরামত কাজ যথাসময়ে না করলে অচিরেই শৌচাগারটি ব্যবহারের অনুপযোগী হয়ে পরবে। তখন এটা চালু করতে আরও অনেক বেশি অর্থের প্রয়োজন হবে। সিটি কর্পোরেশন থেকে ঘনঘন তদারকি এবং করণীয় মেরামতের জন্য নির্দিষ্ট ব্যক্তি বা ইউনিটকে এ ব্যাপারে আরও সচেতন হওয়া বাঞ্ছনীয়। শহরের ব্যস্ততম এলাকায় আরও বেশি সংখ্যক গণশৌচাগার নির্মাণ করা প্রয়োজন। তা না হলে ক্রমবর্ধমান এ শহরের পরিবেশ সংরক্ষণ ঝুঁকির মধ্যেই থেকে যাবে।

রাজশাহী শহরের ব্যস্ততম এলাকায় যেখানে দিনে প্রচুর সংখ্যক লোকের সমাগম হয় কাদিরগঞ্জ ১৪নং ওয়ার্ডের বোয়ালিয়া এমন একটি এলাকা। প্রকল্প থেকে এখানে জনগণের চাহিদার নিরিখে একটি গণশৌচাগার প্রতিষ্ঠা করা হয়। এ শৌচাগারটি পাকা বিল্ডিং এবং প্রয়োজনীয় সকল সুবিধাদি পানি, বেসিন, পানির ট্যাপ, টয়লেট, প্রস্রাবখানা ও গোসলখানা সহকারে তৈরি করা হয়। ব্যবস্থাপনার জন্য একজন ইজারাদারের প্রয়োজন থাকলেও তা করা হয়নি। যে কারণে সিটি কর্পোরেশেনের পক্ষে এ গণশৌচাগারের ব্যবহার, রক্ষণাবেক্ষণ ও নিরাপত্তা নিশ্চিত করা সম্ভব হয় নাই। প্রতিদিন পরিষ্কার করা, সকল মূল্যবান ফিটিংস দেখাশুনা করা এবং এর নিরাপত্তা নিশ্চিত করার জন্য সার্বক্ষণিক লোকের অভাবে এ গণশৌচাগারটি ব্যবহারের অনুপযোগী হয়ে পড়ছে।

বর্তমানে শৌচাগারে পানির ব্যবস্থা নেই এবং ব্যবহাকারীকে দূর থেকে পানি নিয়ে আসতে হয়। শৌচাগারে কোন স্যান্ডেল ও সাবানের ব্যবস্থা নাই। পানি ও পরিচ্ছন্নতার অভাব এবং দেখাশুনার জন্য কোন দায়িত্বশীল জনবল না থাকায় গণশৌচাগারটি অপরিষ্কার ও গন্ধপূর্ণ এবং এলাকার পরিবেশের জন্য ঝুকিপূর্ণ হয়ে উঠেছে। প্রয়োজনীয় পাবলিক সম্পদটি অব্যবস্থা ও রক্ষণাবেক্ষণের অভাবে অচিরেই ব্যবহার অনুপযোগী হয়ে পরতে পারে ফলে প্রকল্পের উদ্দেশ্যেই শুধু ব্যহত হবে না বরং এলাকার গণমানুষের অনেক অসুবিধা হবে। অনতিবিলম্বে রাজশাহী সিটি কর্পোরেশেন এ ব্যাপারে ব্যবস্থা নেওয়া প্রয়োজন।

5.3 gvV chv‡q cK‡íi Aw_K e¨e¯'vcbv ch©‡e¶Y - †Km ÷vwW

পিএ এনজিওদের অর্থের উৎস হল প্রকল্প থেকে প্রাপ্ত (দাতাদের অবদান) অর্থ এবং সেবা প্রদান বাবদ আদায়কৃত অর্থ। প্রকল্প থেকে প্রাপ্ত প্রায় ৭৮% এবং রোগীদের সেবা প্রদান বাবদ আদায়কৃত অর্থ প্রায় ২২%। পিএ এনজিওগণ ২২% এর ওপরে যে পরিমাণ আদায় করতে পারবে সেই পরিমাণ অর্থ প্রকল্পের Sustainable fund এ জমা দিতে হয়। প্রকল্পের উন্নয়ন কাজের জন্য Sustainable fund এর প্রায় ২০% অর্থ খরচ করতে পারে এবং ৮০% অর্থ সিটি কর্পোরেশনের তহবিলে জমা রাখতে হয়। সিটি কর্পোরশন কর্তৃপক্ষ Sustainable fund পরিচালনা করে। সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা তাঁদের বার্ষিক বাজেটের ১% এই ফান্ডে অবদান রাখে।

দরপত্রের মাধ্যমে উন্মুক্ত প্রতিযোগিতায় কারিগরি ও আর্থিক দিক বিবেচনা করে পিএ এনজিওদের নির্বাচন করা হয়। নির্বাচিত পিএ এনজিওদের চুক্তি স্বাক্ষরের সময় ১০% ব্যাংক গ্যারান্টি দিতে হয়। প্রকল্প থেকে সকল ধরনের অবকাঠামো, সেবা প্রদানের সামগ্রী এবং সহায়ক দ্রব্য প্রকল্প সহায়তা হিসেবে প্রদান করা হয়। পিএ এনজিও সেবা প্রদানের জন্য সকল ব্যবস্থা করে এবং সেবা প্রদান করে।

পিএ এনজিও প্রকল্প থেকে প্রাপ্ত অর্থের হিসাব রক্ষণাবেক্ষণের জন্য পৃথক ব্যাংকে হিসাব রাখে। প্রকল্প পরিচালক তিন মাস পরপর চেকের মাধ্যমে পিএ এনজিওদের পাওনা পরিশোধ করেন। পিএ এনিজওদের এই ব্যাংক একাউন্ট (হিসাব) যৌথভাবে পরিচালনা করা হয়। যৌথ পরিচালনায় একজন হলেন প্রকল্প ব্যবস্থাপক (Project Manager বাধ্যতামূলক) এবং অপরজন প্রেসিডেন্ট/কোষাধ্যক্ষ। দৈনিক রশিদের মাধ্যমে সেবা প্রদানের জন্য টাকা আদায় করা হয় এবং দিনের শেষে সংশ্লিষ্ট ব্যাংক একাউন্টে জমা করা হয়। সরাসরি হিসাবরক্ষক সকল ধরনের অর্থ সংক্রান্ত নথি, বই এবং দলিলপত্র সংরক্ষণ করেন। পিএ এনিজও মাসিক হিসাব প্রস্তুত করে এবং প্রকল্প পরিচালকের অফিসে তিন মাস পরপর প্রেরণ করে। অর্থ বছর শেষে Foreign Aided Project Audit Directorate (FAPAD) কর্তৃক এই হিসাব অডিট করা হয়। এছাড়া প্রকল্প কর্তৃক Charterd Accountant ফার্ম দ্বারা যথাযথভাবে নিয়মিত আর্থিক লেনদেন অডিট করা হয়।

প্রকল্প পরিচালক ও পিএ এনজিওদের মধ্যে সম্পাদিত চুক্তি মোতাবেক সব ধরনের আর্থিক লেনদেন পরিচালনা করা হয়। চুক্তিতে যে সকল খাতের কথা উল্লেখ আছে সেই সকল খাতেই আয় ও ব্যয় করতে হয় এবং এই অনুযায়ী হিসাব রাখতে হয়, ভাউচার এবং হিসাব প্রস্তুত করতে হয়। প্রভাব মূল্যায়ন কালে সীমিত ভাবে আর্থিক ব্যবস্থাপনা মূল্যায়ন করা হয় এবং আর্থিক ব্যবস্থাপনা বেশ ভাল বিবেচিত হয়।

এই প্রকল্প থেকে প্রদত্ত রোগী সেবার প্রায় ৩০% সেবা বিনামূল্যে দরিদ্র রোগীদের দেওয়া হয়। বিনামূল্যে সেবা প্রদান করার জন্য প্রত্যেক দরিদ্র খানার জন্য একটি করে লালকার্ড দেওয়া হয়। লালকার্ডধারী খানায় সকল সদস্যকে বিনামূল্যে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করা হয়। একটা নমুনা হিসেবে ঢাকার পিএ এনজিও BAPSA PA-3 হাজারীবাগ এলাকার একটি কেস স্টাডি নিম্নে উপস্থাপন করা হল।

সারণি 5.1 t †ivMx cwZ Mo LiP

UvKv

µwgK msL¨v	weeiY	wmAvi GBPwmwm	wcGBPwmwm (Mo)
A	প্রকল্প সময়কালের আয় (সার্ভিস ফি)	৯,১২৮,৭২২	২,০২২,৬০৪
B	গড় বার্ষিক আয় (সার্ভিস ফি)	১,৬৫৯,৭৬৮	৩৬৭,৭৪৬
C	প্রকল্প সময়কালীন ব্যয়	২২,৭১২,৬৫৪	১০,১৯১,১২৮
D	গড় বার্ষিক ব্যয়	৪,১২৯,৫৭৩	১,৮৫২,৯৩২
E	মোট ঘাটতি (A-C)	-১৩,৫৮৩,৯৩২	৮,১৬৮,৫২৪
F	বার্ষিক ঘাটতি (B-D)	-২,৪৬৯,৮০৫	-১,৪৮৫,১৮৬
G	প্রকল্পকালীন সময়ে মোট রোগীদের সেবা প্রদান	১৬৫,৪৮১	১৪৫,০০১
H	বার্ষিক গড় রোগীর সংখ্যা	৩০,০৮৭	২৬,৩৬৪
I	প্রতি রোগী প্রতিবারের গড় খরচ	১৩৭.২৫	৭০.২৮

সারণি 5.2 t **BAPSA** এর সেবা প্রদানের ইউনিটসমূহ

সেবা প্রদানের ইউনিট	সংখ্যা	স্থান
সিআরএইচসিসি	১	হাজারীবাগ
পিএইচসিসি	৮	কুলা নগর
		আজিমপুর
		নবাবগঞ্জ
		শহীদ নগর
		বৌবাজার
		বকশীবাজার
		ইসলামবাগ
		চান্দিঘাট

5.3.1 †mev c`vb‡bi wd Gi nvi

চুক্তিপত্রে সেবা প্রদানের জন্য ফি এর হার উল্লেখ করা হয়। প্রকল্প কর্তৃপক্ষ মাঝে মাঝে এই হার সংশোধন করেন। সেবার নাম ও সেবা প্রদানের জন্য নির্ধারিত ফি এর পরিমাণ নিম্নে উপস্থাপন করা হল।

সারণি ৫.৩ ঃ সেবার প্রকার এবং ফি এর পরিমাণ

µwgK msL¨v	†mevi bvg	Mo wd/†mev - UvKv
১	রেজিস্ট্রেশন	৫
২	পরিবার পরিকল্পনা	ফ্রি
৩	টিকা প্রদান	ফ্রি
৪	RTI/STI screening and management	১০
৫	এএনসি	৮
৬	পিএনসি	৭
৭	Rh কন্সালটেশন	১০
৮	GH কন্সালটেশন	১০
৯	সাধারণ প্রসব	৩০০
১০	সিজারিয়ান প্রসব	২০০০
১১	শিশু স্বাস্থ্য	১০
১২	অন্যান্য ক্লিনিক্যাল সেবা	১০

µwgK msL¨v	†mevi bvg	Mo wd/†mev - UvKv
১৩	প্যাথলজিক্যাল সেবা	২০
১৪	আল্ট্রাসনোগ্রাম	১০০
১৫	ইসিজি	৬০
১৬	এমআর সার্ভিস	২০০

সেবা প্রদানের জন্য আদায়কৃত অর্থের পরিমাণ নিম্নবর্ণিত সারণিতে উপস্থাপন করা হল ।

সারণি ৫.৪ ঃ প্রকল্পের সময়ে সেবা প্রদানের জন্য আদায়কৃত অর্থের পরিমাণ

µwgK msL¨v	Aw_K eQi	mwfm wd - UvKv		
		ev‡RU	Av`vq	cv_K¨
১	২	৩	৪	5 (4 - 3)
১	২০০৬-২০০৭	৩,৫০২,৪৪০	৩,৪০৩,৩৪৫	-৯৯,০৫৪
২	২০০৭-২০০৮	৩,৬৭৭,৫৬২	৪,৪৫৩,২৩৯	৭৭৫,৬৭৭
৩	২০০৮-২০০৯	৩,৮৬১,৪৪০	৪,৩৭৬,৮২৬	৫১৫,৩৮৬
৪	২০০৯-২০১০	৪,০৫৪,৫১২	৪,৫৬১,৩৩০	৫০৬,৮১৮
৫	২০১০-২০১১	৪,২৫৭,২৩৮	৫,৫৩৫,৩৪২	১,২৭৮,১০৪
৬	জুলাই - ডিসেম্বর-২০১১	২,২৩৫,০৫০	৩,১৫০,৮৩৩	৯১৫,৭৮৩
	†gvU (5.50 eQi)	21,588,242	25,480,915	3,892,673

BAPSA সফলভাবে তাঁদের আর্থিক লক্ষ্যমাত্রা অর্জন করে ১৮% অতিরিক্ত অর্থ আদায় করতে পেরেছে। মোট বাজেট ছিল ২,১৫,৮৮,২৪২ টাকা এবং প্রকৃত পক্ষে সংগ্রহ হয়েছে ২,৫৪,৮০,৯১৫ টাকা। অতিরিক্ত আদায় হয়েছে ৩৮,৯২,৬৭৩ টাকা। এই অতিরিক্ত আদায়কৃত অর্থ Sustainable fund Account এ জমা দেওয়া হয়েছে। প্রকল্প উন্নয়নের জন্য এই অর্থের ২০% ব্যবহার করা যায় এবং অবশিষ্ট টাকা সিটি কর্পোরেশনের একাউন্টে থাকে ।

সারণি ৫.৫ ঃ প্রকল্প অফিস থেকে প্রাপ্ত অর্থ

µwgK msL¨v	A_ eQi	cvß A_ (UvKv)
১	২০০৬-২০০৭	১,০৯,৩৬,২৪২
২	২০০৭-২০০৮	১২,৮৭১,৯৮১
৩	২০০৮-২০০৯	১৩,১৩৭,১৩৮
৪	২০০৯-২০১০	১৫,০৫৬,৩৪৫
৫	২০১০-২০১১	১৬,৮৫৭,৩২০
৬	জুলাই - ডিসেম্বর-২০১১	১৭,২২৬,৪১৫
	†gvU (5.50 eQi)	86,085,401

পিএ - ৩, BAPSA ঃ ঢাকা দক্ষিণ সিটি কর্পোরেশণ

5.3.2 RjvB 2006 †_‡K wW‡m¤i 2011 chš— †gvU e¨q

BAPSA পরিচালিত ১টি সিআরএইসিসি এবং ৮টি পিএইচসিসির ব্যয় সারণি নং ৫.৬ এ উপস্থাপন করা হল। এখানে উল্লেখ থাকে যে প্রত্যেক পিএইচসিসির আওতায় ৪টি করে Satellite কেন্দ্র ছিল এবং BAPSA এর মোট ৩২টি Satellite কেন্দ্র ছিল ।

সারণি ৫.৬ ঃ জুলাই ২০০৬ থেকে ডিসেম্বর ২০১১ পর্যন্ত ব্যয়

µwgK msL¨v	বাজেটের ধরন	বাজেটের পরিমাণ (টাকা)	প্রকৃত ব্যয় (টাকা)	স্থিতি (টাকা)
১.	বিনিয়োগ ব্যয়			
	A. সরঞ্জাম ও আসবাবপত্র	১২২,০০০	৮৯,৬৫১	৩২,৩৪৯
	B. সংস্কার	২১৯,০০০	২১৮,৭৭৮	২২২
	C. জনবল প্রশিক্ষণ	৭২৬,৫০০	৬৯৫,৩৮৭	৩১,১১৩
	মোট বিনিয়োগ	1,067,500	1,003,816	31,335
২.	পৌনঃপনিক ব্যয়			
	A. বেতন			
	1. প্রকল্প অফিস	৮,৫৭৫,১৩১	৮,৫৪৭,৪৭০	২৭,৬৬১
	2. সিআরএইচসিসি	১৮,৪২৩,০৫৭	১৭,৮৮৮,৭৩২	৫৩৪,৩২৫
	3. পিএইচসিসি	২৯,৭৫৫,৮০১	২৯,১৭১,০৫৫	৫৮৪,৭৪৬
	4. Satellite ক্লিনিক	৩০,৯৬৫,২৭৯	৩০,৪৫৯,৭০৭	৫০৫,৫৭২
	উপমোট	87,719,268	86,066,964	1,652,304
	B. ভ্রমণ ও ভাতা	১,২৩২,৪১৭	১,২২৫,১৮৩	৭,২৩৪
	C. প্রশিক্ষণ ও কর্মশালা	৪৬৫,৮৫০	৪৬২,৯৮০	২,৮৭০
	D. সরবরাহ ও ব্যবহার্য			
	1. অফিস সরবরাহ	৮৯১,৪৩৬	৮৯০,৬৭৯	৭৫৭
	2. ক্লিনিক সামগ্রী	১,৭২০,০০৮	১,৬১৬,৮৭৯	১০৩,১২৯
	3. অন্যান্য ব্যবহার্য	২,৫৫০,৮১২	২,৫৪৯,৪৫৬	১,৩৫৬
	4. ঔষধ	৩,৫৭৮,৪৩৯	৩,৫৬৭,৯৯৮	১০,৪৪১
	5. সিআরএইচসিসি ও পিএইচসিসি এ মা ও শিশুদের জন্য সম্পূরক পুষ্টি	১,১০৫,৬৫৭	৮৩৩,৫১৩	২৭২,১৪৪
	E. ঔষধের জন্য তহবিল	৬০০,০০০	৪৫৩,১৬৮	১৪৬,৮৩২
	F. অন্যান্য সরাসরি খরচ			
	1. সংস্কার ও রক্ষণাবেক্ষণ	১,০৩৭,৩৬১	১,০৩৬,৬০২	৭৫৯
	2. বিদ্যুৎ, গ্যাস ও সংরক্ষণ.	২,৪৭৮,০৬১	২,৪৭৩,৯০৮	৪,১৫৩
	3. যানবাহন পরিচালনা ও রক্ষণাবেক্ষণ	১,৪৭১,৯০৫	১,৪৭০,৪৭৫	১,৪৩০
	4. যোগাযোগ	৮৩৩,৫৬৮	৮২৯,৯৯৯	৩,৫৬৯
	5. পুষ্টি শিক্ষা সামগ্রী/প্রশিক্ষণ	৩৪৫,৫১৮	৩৩৯,৩০১	৬,২১৭
	6. পিএইচসিসি শিক্ষা সামগ্রী ও সেবা	২২৮,০৪১	২২৭,১৯২	৮৪৯
	7. ক্লিনিক সমূহ (Satellite ক্লিনিক)	৩৯৩,৮৯১	৩৯৩,৭৯১	১০০
	8. চুক্তি ভিত্তিতে সেবা ক্রয়	৯২৩,৫৭১	৯২২,৮৯৯	৬৭২
	9. ভাড়া	-	-	-
	10. অন্যান্য (ব্যাংক চার্জ ইত্যাদি)	৬২৫,৬৮৪	৫১০,২৩১	১১৫,৪৫৩
	G. খানা জরিপ	৩১৯,৪৫০	৩১৪,৪২৩	৫,০২৭
	উপ মোট	20,801,669	20,118,677	682,992
	মোট পৌনঃপনিক ব্যয় **(B)**	108,520,938	106,185,641	2,335,296
	†gvU e¨q **(A+B)**	109,588,438	107,189,457	2,366,631

ব্যয়ের ক্ষেত্রে পিএ এনিজিও তাঁদের ব্যয় বাজেটের ৯৭.৮১% বাস্তবায়ন করেছে। অব্যবহৃত ব্যয়ের প্রধান প্রধান খাতগুলি হল Satellite ক্লিনিকের বেতন, মা ও শিশুদের সম্পূরক পুষ্টির বাজেট, জরুরি ঔষধ তহবিল, ব্যাংক চার্জ ইত্যাদি।

5.3.3 wnmve i¶Yv‡e¶‡Yi Ae¯v

প্রকল্পের কাজ সম্পাদনের জন্য তারা ৩৬ ধরনের বেশি ফর্ম ও রেজিস্টার ব্যবহার করেন। বিশেষ করে আর্থিক লেনদেনের জন্য তারা নিম্নবর্ণিত হিসাব বই ও রেজিস্টার ব্যবহার করেন। প্রকল্পের সামগ্রিক আর্থিক ব্যবস্থাপনা ভাল।

সারণি ৫.৭ ঃ ব্যবহৃত হিসাব বই ও রেজিস্ট্রারের ধরন

µwgK msL¨v	weeiY	i¶‡Yi Ae¯v
1	ক্যাশ বই	ভাল
2	লেজার বই	ভাল
3	বাউচার	ভাল
4	স্টক রেজিস্ট্রার	ভাল
5	ফিকস্ট এসেট রেজিস্ট্রার	ভাল
6	অন্যান্য আনুষঙ্গিক রেজিস্ট্রার	ভাল

5.4 ¯vbxq chv‡q †÷K‡nvìvi‡`i Kgkvjv

মাঠ পর্যায়ে সমীক্ষার মাধ্যমে তথ্য সংগ্রহ করার সময় স্থানীয় পর্যায়ে স্টেকহোল্ডার নিয়ে একটি কর্মশালার আয়োজন করা হয়। স্থানীয় স্টেকহোল্ডাদের নিয়ে ১৯শে মার্চ ২০১৫ ঢাকার মগ বাজারের বিয়াম সভা কক্ষে স্থানীয় কর্মশালার আয়োজন করা হয়। এই কর্মশালায় আইএমইডি, স্থানীয় সরকার মন্ত্রণালয়ের উর্ধ্বতন কর্মকর্তা ও ৩০ জন স্থানীয় পর্যায়ে সুবিধাভোগী ও সেবা প্রদানকারী সংস্থার ব্যক্তিবর্গ অংশগ্রহণ করেন।

মূল্যায়ন স্টাডি টিম লিডার প্রকল্পের উদ্দেশ্য এবং পটভূমি ব্যাখ্যা করেন। তিনি প্রকল্পের উদ্দেশ্য অর্জনের জন্য কর্মশালার পদ্ধতি ব্যাখ্যা করেন। তিনি স্টাডি ডিজাইন, প্রভাব সূচক, ব্যবহৃত সরঞ্জাম এবং নমুনাসহ সমীক্ষার বাস্তবায়নের বিভিন্ন দিক উপস্থাপন করেন।

অংশগ্রহণকারীদের মতে কেন্দ্রের চিকিৎসা ব্যবস্থা খুব ভাল। যে সকল রোগের চিকিৎসা করা হয় সেগুলি হল যক্ষ্মা, শিশু জন্মের সহায়তা, কিশোরীদের টিকা প্রভৃতি। পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি প্রশিক্ষণ, সাধারণ ও সিজারিয়ান ডেলিভারিতে ডাক্তারা সহযোগিতা করে, বাসায় এসে টিকা দেয়, কেন্দ্রের সহযোগিতায় গুরুতর রোগীদের বড় হাসপাতালে রেফার করা হয়। ছেলে মেয়ে নির্বিশেষে রক্ত, কফ, প্রস্রাব, Ultra Sonogram সহ রাত ১ টা পর্যন্ত স্বাস্থ্যসেবা পাওয়া যায়। লালকার্ডধারীদের বিনামূল্যে চিকিৎসা দেওয়া হয়। যাদের লালকার্ড নাই তারা সামান্য অর্থ দেন। প্রতি মাসে চেকআপ, আয়রন টেবলেট ও ভিটামিন টেবলেট দেওয়া হয়।

গার্মেন্টকর্মীগণ একঘন্টা ছুটি নিয়ে অনেক সময় CRHCC তে আসেন, তখন ডাক্তারদেরকে নির্দেশ দেওয়া আছে যে লাইন ভেঙ্গে যেন তাঁদের সেবা আগে দেওয়া হয়। যাতে তাঁদের চাকরির কোন অসুবিধা না হয়। যথা সম্ভব সর্বোচ্চ সুযোগ সুবিধা গার্মেন্টকর্মীদেরকে দেওয়া হয়। কোন কোন কেন্দ্রে সিজারের পর ব্যবহারের জন্য ভাল ল্যাট্রিন নেই, সিজারের পর কক্ষ পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা দরকার।

পিএইচসিসি শুক্রবার বন্ধ থাকে এবং সিআরএইচসিসি সপ্তাহের সবদিন খোলা থাকে। ডাক্তারদের ব্যবহার ভালো। সিআরএইচসিসিতে ৪ জন ডাক্তার আছে, ডাক্তারগণ শিফটিংএ ডিউটি করেন। একজন ডাক্তারের পরিবর্তে দুইজন হলে ভাল হয়, একজন মিটিংয়ে গেলে অনেক সময় ডাক্তার পাওয়া যায় না। নাইট ডিউটি করার পরদিন ছুটি দিতে হয় ফলে বাকী তিনজন ডাক্তারের মধ্যে থেকে একজন ছুটি নিলে সেবা প্রদানে সমস্যা হয়। আর একজন ডাক্তার নিয়োগ করা প্রয়োজন।

অংশগ্রহণকারীগণ সেবার মান উন্নয়নের জন্য নিম্ন বর্ণিত সুপারিশ করেনঃ

- বেড সংখ্যা বৃদ্ধি করলে ভাল হয় ।
- ওটিতে এসি ভাল নেই ।
- বেতন অপর্যাপ্ত ।
- সরকারি বিধান মোতাবেক ছুটির ব্যবস্থা থাকা দরকার ।
- দুই বছর পর বেতন বৃদ্ধির (Increment) এর কথা থাকলেও সবার হয় না ।
- অন্য প্রকল্পে বেতন বেশি ।
- স্টাফ সংখ্যা বৃদ্ধি করা দরকার ।
- স্যান্ডেল বাহিরে রাখার জন্য পাহারাদার দরকার ।
- এনেসথেসিস্ট এর জন্য পোস্ট নাই বাহির থেকে আনতে হয়, এতে রাতে অপারেশনের অসুবিধা হয় । কম অর্থের জন্য রাতে এনেসথেসিস্ট আসতে চায় না ।
- সার্জন পাওয়া যায় কিন্তু ওটিতে সহযোগিতা করার জন্য কেন্দ্র অর্থ বাড়ায় না ।
- ল্যাব ২৪ ঘন্টা খোলা থাকলে ভাল হয় ।
- PHCC তে দুইজন ডাক্তার দরকার । একজন এনেসথেসিস্ট আবশ্যক এবং প্রয়োজনে এ পদটি সৃষ্টি করতে হবে ।

lô Aa¨vq

cK‡íi mej I `ej w`K Ges P¨v‡jÄ

পরামর্শকগণ প্রকল্প মূল্যায়নকালে প্রকল্প প্রণয়নে ও বাস্তবায়নে কিছু সবল ও দুর্বল দিক লক্ষ্য করেন। প্রকল্প বাস্তবায়নে কিছু প্রতিবন্ধকতা দেখা দেয় যা যথাসময়ে সমাধান করা হয়। প্রকল্প বাস্তবায়ন থেকে বেশ কিছু সবল ও দুর্বল দিক লক্ষ্য করা যায় যা নিম্নে সংক্ষিপ্ত আকারে উপস্থাপন করা হল।

6.1 mej w`K

- প্রকল্প প্রণয়নে ও প্রকল্প বাস্তবায়নে বেসরকারি অংশীদারিত্বের ব্যবস্থা রাখা হয়। এই ব্যবস্থার ফলে প্রকল্প বাস্তবায়নে বেশ সুবিধা হয়েছে, যেমন দরিদ্র জনগোষ্ঠীকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের সাথে সাথে তাঁদের জীবিকা অর্জনের উপায় এবং তাঁদের দক্ষতা বৃদ্ধির সুযোগ সৃষ্টি করে দেয়া যা তাদের ভাগ্যোন্নয়নের জন্য মাইলফলক হিসেবে কাজ করছে।
- প্রকল্পের PHCC এবং CRHCC এর অবস্থান তুলনামূলকভাবে দরিদ্র এবং বস্তি এলাকায়। এতে দরিদ্র জনসাধারণের স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ সহজতর হয়েছে। দরিদ্র জনগণকে বিনামূল্যে চিকিৎসা সেবা প্রদানের জন্য লালকার্ড দেয়া হয়েছে।
- দরিদ্র জনগণের স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত এবং টেকসই করতে নিজস্ব অবকাঠামো নির্মাণ করা হয়েছে।
- দক্ষতার সাথে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গকে প্রশিক্ষণ দেয়া হয়েছে।
- প্রকল্প থেকে সেবা প্রদানের জন্য তুলনামূলক অবস্থা সম্পন্ন ব্যক্তিদের নিকট থেকে আদায়কৃত ফি এর অংশ UPHC Sustainability ফান্ডে ত্রৈমাসিক ভিত্তিতে জমা দেয়া হয়। সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভার রাজস্ব বাজেটের ১% প্রতি বছর UPHC Sustainability ফান্ডে প্রদান করার ব্যবস্থা করা হয়।
- লালকার্ড ছাড়া অন্যান্য রোগীদের নিকট থেকে কম ফি এবং ঔষধের মূল্য কম রাখা হয়।
- প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের জন্য জনসাধারণের মধ্যে সচেতনতা বৃদ্ধির জন্য বিভিন্ন কার্যক্রম গ্রহণ করা হয়েছে।
- CRHCC সেবা প্রদানের জন্য সপ্তাহে সাতদিন এবং দৈনিক ২৪ ঘন্টা খোলা রাখা হয়। এতে কর্মজীবী মহিলাদের স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের জন্য সুবিধা হয়েছে।
- গার্মেন্টস শ্রমিকদের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য কোন সময় সীমা নাই এবং অগ্রাধিকার ভিত্তিতে তাঁদেরকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা হয়। যাতে তাদের চাকরি ক্ষেত্রে কোনরূপ প্রতিকূল অবস্থায় পড়তে না হয়।
- জটিল রোগীর ক্ষেত্রে হেলথ কেয়ার সেন্টারের তত্ত্বাবধানে সঠিক হাসপাতালে প্রেরণের ব্যবস্থা করা হয়। এছাড়া প্রকল্প থেকে শহরের পরিবেশ উন্নয়নের জন্য কমিউনিটি ল্যাট্রিন স্থাপনের ব্যবস্থা করা হয়। প্রকল্পে কাজের মান বজায় রাখার প্রয়োজনে প্রকল্প থেকে পরামর্শক টিমের মাধ্যমে প্রকল্পের কার্যক্রমের সার্বক্ষণিক পরিবীক্ষণ করা হয়।

6.2 `ej w`K

- প্রকল্পে নিয়োজিত ব্যক্তিবর্গের বেতন জাতীয় বেতন স্কেলের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ নয়। ফলে প্রকল্পের কর্মকর্তাগণের টার্নওভার রেট উচ্চ।
- কোন কোন স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রের আর্থিক হিসেব এবং নথি ব্যবস্থাপনার দুর্বলতা, বিল পরিশোধের জন্য প্রকল্পের কার্যক্রম প্রক্রিয়ার দীর্ঘসূত্রিতা এবং অভ্যন্তরীণ নিয়ন্ত্রণের ব্যবস্থাপনার দুর্বলতা রয়েছে।

- PA NGO দের জনবলের বিশেষ করে ডাক্তার পদে উচ্চ টার্ন ওভার এ প্রকল্পের একটি দুর্বলতা যা PA NGO সম্পূর্ণ দূর করতে পারছে না। এক্ষেত্রে বেতন, ভাতা, যাতায়াত ও অন্যান্য সুবিধাদির অপ্রতুলতা এবং অন্যত্র ভাল সুযোগ বড় বাধা। সমীক্ষায় দেখা গেছে যে জরীপকৃত PA NGO তে প্রতি বছর গড়ে ৩ জন ডাক্তার অন্যত্র চলে যান।
- PHCC এবং CRHCC নির্মাণের সময় রোগীর চলাচল এবং শ্রেণী বিবেচনা করা হয় নাই বলে সেবা প্রদানে অসুবিধা হয়।

6.3 P¨v‡jÄ

- ক্রয় ও নির্মাণ কাজে অনেক সময় ব্যয়, অনেক খানা (বিশেষ করে নিম্ন আয়ের এলাকায়) স্থানান্তর ইত্যাদি প্রকল্প বাস্তবায়নের জন্য বড় চ্যালেঞ্জ।
- প্রকল্প এলাকা শহর অঞ্চল বিধায় জমির উচ্চ মুল্য এবং সুবিধাজনক স্থানে প্রয়োজনীয় পরিমাণ জমি পাওয়া যায় না। এছাড়া CRHCC/PHCC নির্মাণ সময় সাপেক্ষ যা প্রকল্প মেয়াদে শেষ করা কঠিন।
- পিএ এনজিওদের সক্ষমতার নিশ্চয়তা প্রকল্প মেয়াদে এরূপ ব্যাপক সেবা কাজে সব সময় পাওয়া কঠিন।

mßg Aa¨vq

mcwik I Dcmsnvi

7.1 mcwik

প্রভাব মূল্যায়নের মাধ্যমে প্রাপ্ত ফলাফলের ভিত্তিতে সমীক্ষা দল নিম্নোক্ত কতিপয় পরামর্শ প্রণয়ন করেন। এ সকল পরামর্শ এরূপ প্রকল্প প্রণয়ন ও বাস্তবায়নে বিশেষ অবদান রাখতে পারে। বিশেষ করে বর্তমানে চলমান প্রকল্পটির তৃতীয় পর্যায়ে এ সকল পরামর্শ প্রয়োজনে ব্যবহার করা যেতে পারে।

(১) ভবিষ্যতে সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভার নিজস্ব জমিতে স্থায়ী PHCC ও CRHCC নির্মাণ করে নিরবিচ্ছিন্নভাবে (Sustainable) প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার সুযোগ প্রদানের জন্য অধিকতর গুরুত্ব দেয়া উচিত।

(২) এখন থেকেই সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভায় এরূপ স্বাস্থ্যসেবার জন্য প্রয়োজনীয় বাজেট বরাদ্দ ও নিজস্ব জনবল রাখা বাঞ্ছনীয়। তবে পাবলিক প্রাইভেট পার্টনারশিপের মাধ্যমে PA NGO দ্বারা সেবা প্রদানের ব্যবস্থাও থাকতে পারে।

(৩) ভবিষ্যতে PHCC ও CRHCC তে জনবল বৃদ্ধি (বিশেষ করে এনেসথেসিস্ট পদ সৃষ্টি), প্যাথলজি টেস্টের সুবিধা, পর্যাপ্ত ঔষধের ব্যবস্থা থাকা বাঞ্ছনীয়।

(৪) প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবায় শহরের বিশেষ করে দরিদ্র জনসাধারণকে আরও সচেতন করে তোলা এবং স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র থেকে অধিকহারে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণে উদ্বুদ্ধ করা খুব জরুরি।

(৫) কস্ট-রিকভারি সিস্টেম আরও জোরদার করে সরকারের ওপর আর্থিক চাপ কমানো যেতে পারে। সামর্থ্যবান সেবা গ্রহণকারীগণের থেকে আয় করে অধিক সংখ্যক দরিদ্র সেবা গ্রহণকারীগণকে বিনামূল্যে সেবাদান অব্যাহত রাখা সম্ভব।

(৬) PA NGO এর সক্ষমতা এরূপ প্রকল্পে গুরুত্বপূর্ণ। PA NGO নির্বাচনে তাহাদের সক্ষমতা যথাযথ ভাবে যাচাই করা বাঞ্ছনীয়। PA NGO এর সক্ষমতা বজায় রাখা বা সক্ষমতা আরও বৃদ্ধিকল্পে প্রকল্প থেকে সহয়তা প্রদান করা উচিত।

(৭) BCCM প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রসারে সহায়ক এবং সুবিধাভোগীদের সচেতনতা বৃদ্ধি ও স্থানীয় গণ্যমান্যদের সার্বিক সহায়তা এবং PA NGO দের কমিটমেন্ট ও কাজের মান উন্নয়নে এটা সহায়ক।

(৮) বিনা মূল্যে সেবা পাওয়ার উপযুক্ততা সঠিকভাবে পোভার্টি ম্যাপিং এর মাধ্যমে নির্ধারণ করা এবং আয়সীমা যৌক্তিকভাবে বাড়ানো প্রয়োজন।

(৯) লালকার্ড পেতে যারা যোগ্য নন কিন্তু পূর্ণমূলে সেবা নিতেও সক্ষম নন তাদের জন্য পৃথক কার্ডের মাধ্যমে স্বল্পমূল্যে সেবার ব্যবস্থা রাখলে একদিকে সুবিধাভোগীর সংখ্যা ও কস্ট রিকভারী কিছুটা বাড়ানো সম্ভব। এ বিষয়টি Piloting করা যেতে পারে।

(১০) সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভাকর্তৃক শহরের ধনী এবং দানশীল সামাজিক ব্যক্তিত্ব ও প্রতিষ্ঠান থেকে (জমি, বাড়ি, অর্থ, ঔষধ, যন্ত্রপাতি) সহায়তা নিয়ে এরূপ সেবা পরিচালনা করতে পারে।

(১১) টেকসই কিন্তু সহজ HMIS এরূপ প্রকল্পের জন্য খুবই প্রয়োজন।

7.2 Dcmsnvi

বেইজলাইন জরিপের সময় প্রাপ্ত তথ্য এবং প্রভাব মূল্যায়ন তথ্য থেকে দেখা যায় যে সামগ্রিক স্বাস্থ্য সম্পর্কে উপকারভোগীদের জ্ঞানের পরিধি বৃদ্ধি পেয়েছে। তাদের মনোভাব, আচরণ, এবং অনুশীলনের অনেক উন্নতি হয়েছে। মা ও শিশুদের সেবা, সাধারণ স্বাস্থ্য এবং বিভিন্ন রোগের সংক্রমণ বিষয়ে শহরের দরিদ্র জনগণের জ্ঞান বৃদ্ধি পেয়েছে। প্রকল্প এলাকার লোকজন কোন কোন রোগের উপসর্গ এবং এ সকল রোগের প্রতিকার করতে পারে। তারা এখন প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা কোথায় পাওয়া যায় তা জানেন। কোথায় টিকা দেওয়া হয় এবং কখন দিতে হবে সে বিষয়েও তাদের সচেতনতা বৃদ্ধি পেয়েছে। প্রকল্প বাস্তবায়নে সরকারি ও বেসরকারি অংশীদারিত্ব সফল প্রমাণিত হয়েছে। দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারি হেলথ কেয়ার প্রকল্পের সার্বিক লক্ষ্য ও উদ্দেশ্য অর্জিত হয়েছে।

BDmd GÛ G‡mwm‡qUm

wØZxq Avievb cvBgvix †nj_ †Kqvi cK‡íi cfve gj¨vqb Rwic

Lvbv Rwi‡ci Rb¨ ckcÎ

[†h mKj Lvbv mswkó **PHCC** ev **CRHCC** Gi GK wK‡jwgUvi `i‡Zi g‡a¨ MZ 5 ermi hver emevm Ki‡Q, Lvbvq Kgc‡¶ GKRb m`m¨ cKí †mev †c‡q‡Qb Ges 3-8 erm‡ii GK ev GKwaK wkï Av‡Q †mB mKj LvbvB †Kej gvÎ Rwi‡ci Ašf³ n‡e]

শিডিউল নাম্বার ☐ সাক্ষাৎকারের তারিখঃ ……………………

উত্তরদাতার নামঃ ………………………………………………………

উত্তরদাতার ঠিকানা :

নামঃ ………………………………… মোবাইল নং ঃ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

বাসাঃ …………………………………………… মহল্লাঃ ……………………………………

রোডঃ ……………………………………………

শহরঃ ………………………………………………………………………..

1. আপনি কত দিন যাবৎ এ এলাকায় বসবাস করছেন? ☐ বছর

2. আপনার খানায় ৩-৮ বৎসরের কোন সন্তান আছে কি? ☐ 1=হ্যাঁ,2=না
(আপনার প্রকল্পের নির্বাচিত উত্তরদাতাকে সেবার জন্য এবং প্রকল্পকালীন সময়ের সেবার প্রভাব নির্ণয় করা জন্য)

3. cwiewiK Z_¨

পরিচিতি সংখ্যা	নাম, বয়স অনুসারে, বড় থেকে ছোট	লিঙ্গ (পুরুষ=1, মহিলা=2)	বয়স (পূর্ণ বছর)	বৈবাহিক অবস্থা	শিক্ষা	পেশা
১	২	৩	৪	৫	৬	৭
১						
২						
৩						
৪						
৫						
৬						
৭						
৮						
৯						
১০						

‡KvW: ˆeewnK Ae¯v

1=বিবাহিত
2=অবিবাহিত
3=বিধবা
4=তালাকপ্রাপ্ত
5=আলাদা

কোড: প্রধান পেশা

1=ভিক্ষা
2=দিন মজুর
3=দক্ষ শ্রমিক
4=কৃষক
5=ব্যবসা, ক্ষুদ্র ব্যবসায়ী
6=চাকুরী
7=দর্জি বিজ্ঞান, এমব্রডারী
8=মুরগীর খামার
9=খাদ্য প্রকিয়াকরণ
10=শিল্পী ও কুটির শিল্প
11=গরু পালন
12=ছাগল পালন
13=রিক্সা, ভ্যান চালক
14=মাঝি
15=উদ্যান
16=গৃহিনী
17=ছাত্র
18=বেকার
19=অন্যান্য

4. আপনার খানার ধরন	☐	1= পাকা 2= আধা পাকা 3= টিনের ঘর 4= ছনের ঘর
5. খাওয়ার পানির উৎস কি?	☐	1= বাড়ির ভিতরে পাইপ দ্বারা পানি সরবরাহ 2= বাড়ির বাহিরে পাইপ দ্বারা পানি সরবরাহ 3= নলকূপ/গভীর নলকূপ/ওয়াসার পাইপের সাথে হস্তচালিত পাম্পের সংযোগ 4= অন্যান্য (উল্লেখ করুন)
6. আপনার পরিবারের সদস্যগণ কোন ধরনের ল্যাট্রিন ব্যবহার করেন?	☐	1= সেপটিক ট্যাংক/আধুনিক ল্যাট্রিন 2= ওয়াটার সিল/স্লাব ল্যাট্রিন 3= গর্ত ল্যাট্রিন 4= ঝুলন্ত ল্যাট্রিন 5= অন্যান্য (উন্মুক্ত/জঙ্গল/মাঠ)
7. আপনি রান্নার জন্য কি ধরনের জ্বালানী ব্যবহার করেন?	☐	1= কাঠ, 2=গ্যাস 3= অন্যান্য (খড়/তুস/ঘুটে/তরল গ্যাস/এলপি/বিদ্যুৎ/কেরোসিন)
8. আপনার বাসস্থানের বিদ্যুৎ সংযোগ আছে কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
9. আপনার বাড়িতে কয়টি কক্ষ আছে?	☐	সংখ্যা
10. আপনার খানার মাসিক আয় কত?	☐	টাকা
11. আপনার মাসিক খরচ কত?	☐	টাকা
12. আপনি প্রকল্প থেকে কোন কার্ড (রেড কার্ড) পেয়েছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
13. হ্যাঁ হলে, রেড কার্ডটি দয়া করে দেখান	☐	1= দেখাতে পেরেছেন 2= দেখাতে পারেন নাই
14. আপনি টেলিভিশন দেখেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
15. আপনি রেডিও শুনেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
16. আপনি কোথা থেকে স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণ করছেন?	☐☐☐☐	1= UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) 2= সরকারি হাসপাতাল 3= অন্যান্য এনজিও ক্লিনিক 4= প্রাইভেট ক্লিনিক 5= এমবিবিএস ডাক্তার 6= হোমিওপ্যাথিক 7= ফার্মেসী 8= কবিরাজ 9= অন্য প্রকল্প 10= অন্যান্য
17. UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) স্বাস্থ্য সেবাদানকারী সংস্থার নাম শুনেছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
18. আপনার বাসা থেকে UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) এর দূরত্ব এক কিলোমিটারের চেয়ে কম না বেশী?	☐	1 = কম, 2 = বেশি

19. আপনার জানা মতে UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) কি ধরনের সেবা প্রদান করে?	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐	1= পরিবার পরিকল্পনা 2= RTI/STI 3= গর্ভধারণ/প্রসব 4= সাধারণ স্বাস্থ্য সেবা 5= নবজাতকের যত্ন 6= শিশু স্বাস্থ্য/টিকা 7= অপুষ্টি সংক্রান্ত 8= ভিটামিন এ ক্যাপসুল সংক্রান্ত 9= প্রাথমিক চক্ষু সেবা 10= সার্ভিক্যাল ক্যান্সার স্ক্রিনিং 11= কিশোরী স্বাস্থ্য সেবা 12= যক্ষ্মা 13= ভিসিটি (Voluntary Counselling and Testing) 14= ম্যালেরিয়া 15= ডায়রিয়া 16= নিউমোনিয়া 17= শ্বাসকষ্ট 18= জন্ডিস 19= হাম 20= অন্যান্য
20. আপনি স্বাস্থ্য সুবিধা গ্রহণের জন্য UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) স্বাস্থ্য কেন্দ্রে কখনো গিয়েছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
21. সেবা গ্রহণের জন্য আপনি অর্থ প্রদান করেছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
22. সেবা গ্রহণের জন্য অর্থ প্রদানের পর রশিদ পেয়েছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
23. আপনার পরিবারের কারও চোখের সমস্যা ছিল কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
24. উত্তর হ্যাঁ হলে, চোখে কি ধরনের সমস্যা ছিল?	☐☐☐	1= ছানি পড়া 2= ঝাপসা দৃষ্টি 3= চোখ লাল হওয়া 4= চোখ থেকে পানি পড়ে 5= চোখে আঘাত পাওয়া 6= চোখ ব্যাথা 7= অন্যান্য
25. পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি সম্পর্কে আপনি কিছু শুনেছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
26. উত্তর হ্যাঁ হলে, কি ধরনের পদ্ধতির কথা শুনেছেন?	☐☐☐☐	1= পিল 2= কনডম 3= ইনজেকশন 4= ইমপ্লান্ট/নরপ্লান্ট 5= কপার-টি/আইউডি 6= পুরুষ বন্ধ্যাকরণ 7= মহিলা বন্ধ্যাকরণ 8= প্রত্যাহার 9= নিরাপদ সময় 10= জানিনা
27. আপনি/আপনার স্বামী বর্তমানে পরিবার পরিকল্পনার কোন পদ্ধতি ব্যবহার করেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না

28.	উত্তর হ্যাঁ হলে, কোন পদ্ধতি ব্যবহার করছেন?	☐	1= পিল 2= কনডম 3= ইনজেকশন 4= ইমপ্লান্ট/নরপ্লান্ট 5= কপার-টি/আইউডি 6= পুরুষ বন্ধাকরণ 7= মহিলা বন্ধাকরণ 8= প্রত্যাহার 9= নিরাপদ সময় 10= জানিনা
29.	আপনি জরুরী গর্ভনিরোধক বড়ির কথা শুনেছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
30.	শেষ গর্ভধারণের সময় কোন স্বাস্থ্য সেবার গ্রহণ করেছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
31.	ঐ সময় আপনি কোন গর্ভধারণ করেছিলেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
32.	হ্যাঁ হলে ঐ সন্তানটি গর্ভধারণের সময় কোন স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণ করেছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
33.	উত্তর হ্যাঁ হলে, ANC সেবা কোথা থেকে নিয়েছেন?	☐ ☐ ☐	1= UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) 2= সরকারি হাসপাতাল 3= অন্যান্য এনজিও ক্লিনিক 4= প্রাইভেট ক্লিনিক 5= এমবিবিএস ডাক্তার 6= হোমিওপ্যাথিক 7= কবিরাজ 8= অন্যান্য
34.	শেষ গর্ভধারণের সময় কতবার সেবা নিয়েছেন?	☐	সংখ্যা
35.	গত গর্ভধারণের সময় টিটি টিকা নিয়েছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
36.	উত্তর হ্যাঁ হলে, কোথা থেকে টিটি টিকা নিয়েছেন?	☐ ☐ ☐	1= UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) 2= সরকারি হাসপাতাল 3= অন্যান্য এনজিও ক্লিনিক 4= প্রাইভেট ক্লিনিক 5= প্রাইভেট ডাক্তার 6= হোমিওপ্যাথিক 7= কবিরাজ 8= অন্যান্য
37.	আপনার ৩ থেকে ৮ বৎসর বয়সী শিশুর প্রসব কোথায় হয়েছিল?	☐ ☐ ☐	1= UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) 2= সরকারি হাসপাতাল 3= অন্যান্য এনজিও ক্লিনিক 4= প্রাইভেট ক্লিনিক 5= নিজের বাসা 6= পিতা মাতার বাসা
38.	ঐ শিশুদের ডেলিভারি কিভাবে হয়েছিল? সাধারণ প্রসব	☐ ☐	1=হ্যাঁ, 2= না কতবার
	সিজারিয়ান	☐ ☐	1=হ্যাঁ, 2= না কতবার

39. ঐ সময় প্রসবকালীন কে সহযোগিতা করেছেন?

1= UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক
2= UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) এর আয়া
3= NGO এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক
4= সরকারি এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক
5= প্রাইভেট ক্লিনিক এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক
6= অন্যান্য প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত টিবিএ
7= প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত নয় টিবিএ
8= অন্যান্য

40. আপনার শিশুর জন্মের পর ওজন নেয়া হয়েছিল কি?

1=হ্যাঁ, 2= না

41. ঐ সময় নিজ বাড়িতে প্রসব হলে তার কারণ কি?

1= বাবার বাড়িতে প্রসবের ইচ্ছা
2= নিজের বাড়িতে প্রসবের ইচ্ছা
3= অর্থনৈতিক সমস্যা
4= প্রয়োজন মনে করছেন না
5= খারাপ যোগাযোগ ব্যবস্থা
6= হাসপাতালে গোপনীয়তার অভাব
7= সমস্যার সম্মুখীন হন না
8= ডাক্তার বা নার্সকে বাসায় আনা হয়েছে

42. গর্ভাবস্থায় কি কি ধরনের জটিলতা হতে পারে সে সম্পর্কে আপনার ধারনা?

1= তীব্র মাথা ব্যাথা
2= ঝাপসা দৃষ্টি
3= পা/হাত/মুখ ফুলে যাওয়া
4= রক্তপাত
5= প্রসবের সময় বা পরে অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ
6= খিচুনি
7= গন্ধযুক্ত স্রাব
8= উচ্চ মাত্রায় জ্বর
9= দীর্ঘ প্রসব বেদনা
10= জানিনা/বলতে পারিনা
11= অন্যান্য

43. কিশোরী মাতা গর্ভাবস্থায় কি কি ধরনের সমস্যার সম্মুখীন হতে পারেন?

1= রক্ত শূন্যতা
2= মা মারা যেতে পারে
3= নবজাতক মারা যেতে পারে
4= কম ওজনের শিশু
5= শরীর ভেঙ্গে যেতে পারে
6= তীব্র মাথা ব্যাথা
7= ঝাপসা দৃষ্টি
8= পা/হাত/মুখ ফুলে যাওয়া
9= গর্ভাবস্থায় রক্তপাত
10= প্রসবের সময় বা পরে অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ
11= খিচুনি
12= গন্ধযুক্ত স্রাব
13= দীর্ঘ প্রসব বেদনা
14= জানিনা/বলতে পারিনা

44. প্রসবের পর ৪২ দিনের মধ্যে স্বাস্থ্য সেবার জন্য কোথাও গিয়েছিলেন কি?

1=হ্যাঁ, 2= না

45.	উত্তর হ্যাঁ হলে, কোথায় গিয়েছিলেন?	☐	1= UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক 2= UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক) এর আয়া (TTBA) 3= NGO এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক 4= সরকারি এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক 5= প্রাইভেট ক্লিনিক এর ডাক্তার/নার্স/প্যারামেডিক 6= অন্যান্য প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত টিবিএ 7= ফার্মেসী 8= প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত টিবিএ 9= হোমিওপ্যাথিক 10= কবিরাজ
46.	প্রসবের পর ভিটামিন এ খেয়েছিলেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
47.	১২ থেকে ২৩ মাস বয়সে শিশুকে টিকা প্রদানের অবস্থা	☐	1= সব কয়টি, 2= সব কয়টি নয়
48.	গর্ভবর্তী মায়ের পানি শুণ্যতায় লক্ষণ কি কি?	☐☐☐☐☐	1= চোখ বসে যাওয়া 2= অবসন্নতা 3= প্রস্রাব কম হওয়া 4= চামড়া কুচকে যাওয়া ও আস্তে আস্তে পূর্বা অবস্থায় আসা 5= তীব্র পিপাসা 6= দুর্বলতা 7= অজ্ঞান হওয়া 8= খিচুনি 9= জানিনা/বলতে পারি না 10= অন্যান্য
49.	জন্মের পর শিশু জটিল কোন রোগে ভুগে ছিল কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
50.	উত্তর হ্যাঁ হলে কি কি জটিল রোগ হয়েছিল?	☐☐☐☐	1= নিউমোনিয়া 2= শ্বাসনালীর সংক্রমণ 3= ডায়রেয়িয়া 4= হাম 5= জ্বর
51.	শিশুর নিউমোনিয়ায় আক্রান্তের লক্ষণ কি কি?	☐☐☐☐	1= দ্রুত নিশ্বাস 2= বুক ওঠানামা 3= নিশ্বাস গ্রহণে কষ্ট 4= বুকের দুধ খেতে সমস্যা 5= ক্লান্ত 6= জ্বর 7= কফ 8= জানিনা/বলতে পারি না
52.	আপনার শিশু তীব্র শ্বাসনালীর সংক্রমণে আক্রান্ত হয়েছিল কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
53.	যদি হয়ে থাকে তবে শিশুকে কোথাও চিকিৎসা করেছেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
54.	আপনার শিশুকে জন্মের এক ঘন্টার মধ্যে শাল দুধ খাইয়েছিলেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
55.	আপনার শিশুকে বুকের দুধ খাওয়াতেন কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না
56.	আপনার শিশুকে কি ৬ মাস বয়সের পর কোন সম্পূরক খাবার দিতেন?	☐	1=হ্যাঁ, 2= না

57. উত্তর হ্যাঁ হলে, কি কি সম্পূরক খাবার দিতেন?

1= খিচুড়ি
2= মাছ
3= মাংস
4= ডিম
5= সবজি
6= ফল/ফলের জুস
7= গুড়া দুধ/গরু/ছাগলের দুধ
8= চাউলের গুড়া
9= সুজি
10= বিস্কুট
11= অন্যান্য

58. আপনার আয়োডিন যুক্ত লবণ সম্পর্কে জানা আছে কি?

1=হ্যাঁ, 2= না

59. আপনি আয়োডিন যুক্ত লবণ ব্যবহার করেন কি?

1=হ্যাঁ, 2= না

60. আয়োডিন যুক্ত লবণের উপকারিতা কি কি?

1= বুদ্ধিমত্তা বাড়ায়
2= শিশুদের শারীরিক ও মানসিক ভাবে ভাল রাখে
3= অক্ষম শিশু জন্ম দেওয়া থেকে রক্ষা করে
4= গর্ভপাতের ঝুঁকি কমায়
6= গলগন্ড প্রতিরোধ করে
7= জানি না/বলতে পারি না
8= অন্যান্য

61. আপনি HIV/AIDS সম্পর্কে শুনেছেন কি?

1=হ্যাঁ, 2= না

62. HIV/AIDS সম্পর্কে কোথায় থেকে জেনেছেন?

1= UPHCP (নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্র/রংধনু ক্লিনিক)
2= সরকারি হাসপাতাল
3= প্রাইভেট ক্লিনিক
4= এনজিও ক্লিনিক
5= প্রাইভেট ডাক্তার
6= ফার্মেসী
7= সরকারি স্বাস্থ্য কর্মী
8= UPHCP স্বাস্থ্য কর্মী
9= এনজিও স্বাস্থ্য কর্মী
10= রেডিও
11= টেলিভিশন
12= খবরের কাগজ
13= ম্যাগাজিন
14= বন্ধু/প্রতিবেশী
15= অন্যান্য

63. HIV/AIDS কিভাবে বিস্তার লাভ করে?

1= যাদের HIV/AIDS আছে তাদের সাথে যৌন ক্রিয়ায় কনডম ব্যবহার না করলে
2= গর্ভাবস্থায় মার কাছ থেকে শিশু আক্রান্ত হয়
3= HIV/AIDS আক্রান্ত ব্যক্তির কাছ থেকে রক্ত নিলে
4= HIV/AIDS ব্যক্তির ব্যবহৃত সিরিঞ্জ ব্যবহার করলে
5= HIV/AIDS ব্যক্তির দ্বারা থালা বাসন দূষিত হলে
6= HIV/AIDS ব্যক্তিকে স্পর্শ করলে
7= জানি না/বলতে পারি না
8= অন্যান্য

64. HIV/AIDS থেকে বাঁচার উপায় কি কি?

1= কনডম ব্যবহার
2= রক্ত গ্রহণের আগে HIV/AIDS ভাইরাস পরীক্ষা করা
3= জীবানুমুক্ত যন্ত্রপাতি ব্যবহার করা
4= প্রত্যেকের জন্য একটি সিরিঞ্জ ব্যবহার করা
5= সীমিত সংখ্যক লোকের সংগে মিলিত হওয়া যাদের HIV/AIDS নাই
6= অন্যান্য
7= জানিনা/বলতে পারি না

65. HIV/AIDS ব্যতিত অন্যান্য যৌন সংক্রমক ব্যাধি সম্পর্কে শুনেছেন কি?

1=হ্যাঁ, 2= না

66. সিফিলিসে আক্রান্তের লক্ষণগুলো কি কি?

1= কুঁচকি ফুলে যাওয়া
2= জ্বর
3= পুংলিঙ্গে ব্যাথা ছাড়া আলসার
4= জানিনা/বলতে পারি না
5= অন্যান্য

67. গণোরিয়ায় আক্রান্তের লক্ষণগুলো কি কি?

1= পেনিস/ভ্যাজিনা থেকে পুঁজ বের হওয়া
2= প্রস্রাবের সময় ব্যাথা করে
3= সাদা স্রাব হওয়া
4= জানিনা/বলতে পারি না

68. এলাকায় গণ সংযোগের জন্য কোন সভা করা হয় কি?

1=হ্যাঁ, 2= না

69. সভায় কি কি আলোচনা হয়?

1= এএনসি, 2= এইডস, 3= যক্ষ্মা
4= টিকা দেওয়া, 5= স্বাস্থ্য সচেতনতা
6= সাধারণ স্বাস্থ্য সমস্যা
7= পরিবার ছোট রাখা
8= ডায়রিয়া
9= পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি
10= পরিস্কার থাকা
11= অন্যান্য, 12= কখনো যাননি

70. নগর স্বাস্থ্য কেন্দ্রের/রংধনু ক্লিনিকের স্বাস্থ্যসেবা উন্নয়নের জন্য আপনার কোন পরামর্শ আছে কি?

1=হ্যাঁ, 2= না

71. উত্তর হ্যাঁ হলে আপনার পরামর্শগুলো কি কি?

1= চিকিৎসকের সংখ্যা বাড়ানো
2= প্যাথলজিসহ অন্যান্য টেস্টের ব্যবস্থা রাখা
3= পর্যাপ্ত ঔষধ রাখা
4= অ্যাম্বুলেন্স রাখা
5= Red Card এর আয় সীমা বাড়ানো
6= আরও বেশি সংখ্যক কেন্দ্র চালু করা
7= ঔষধ ও টেস্টের মূল্য কমানো
8= হত দরিদ্র রোগীর জন্য স্বল্পমূল্যে পথ্যাদি সরবরাহ করা
9= অন্যান্য (উল্লেখ করুন)

তথ্য সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর
তারিখ:
মোবাইল নং

গ্রুপ লিডারের স্বাক্ষর
তারিখ:
মোবাইল নং

ইউসুফ এন্ড এসোসিয়েটস্

দ্বিতীয় আরবান প্রাইমারী হেলথ কেয়ার প্রকল্পের প্রভাব মূল্যায়ন জরিপ

প্রকল্প সংশ্লিষ্ট বিশিষ্ট ব্যক্তিবর্গের সাক্ষাৎকার

সিডিউল নংঃ ☐ মোবাইল নং ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির নাম ঃ ....

পদবী ঃ..

পেশা ঃ..

সংশ্লিষ্টতা ঃ..

ঠিকানা ঃ

রোড নং .... ওয়াড নং .... মহল্লা ....

১। আপনি UPHCP II প্রকল্পের সাথে কিভাবে জড়িত ঃ	....
২। এই প্রকল্পের উদ্দেশ্য ও প্রয়োজনীয়তা সম্পর্কে আপনার ধারণা কি?	....
৩। এই প্রকল্পে যে সকল স্বাস্থ্য সেবা প্রদান হয় সে ব্যাপারে আপনার মূল্যায়ন কি?	
(ক) অবকাঠামো সুবিধাদি ☐	1=পর্যাপ্ত, ২=অপর্যাপ্ত
(খ) প্রকল্পটির প্রয়োজনীয়তা ☐	1=অতি প্রয়োজনীয়, 2=অতি প্রয়োজনীয় নয়
(গ) অন্যান্য সেবা যে গুলো থাকলে ভাল হত তা উল্লেখ করুন ঃ	....
(ঘ) স্বাস্থ্য সেবা পরামর্শ ☐	1=পর্যাপ্ত, 2=অপর্যাপ্ত, 3=খুব কম
(ঙ) স্বাস্থ্য সেবার মান ☐	1=খুব ভাল, 2=ভাল, 3=তেমন ভাল নয়, 4=মন্দ
(চ) জনবল ☐	1=পর্যাপ্ত, ২=অপর্যাপ্ত
(ছ) জনগণের কারিগরি দক্ষতা ☐	1=খুব ভাল, 2=ভাল, 3=তেমন ভাল না

(জ) কেন্দ্র ব্যবস্থাপনা	☐	1=খুব সন্তোষজনক,2=সন্তোষজনক,3=সন্তোষজনক নয়
(ঝ) কেন্দ্রের পরিচ্ছন্নতা	☐	1=মান সম্মত, 2=মান সম্মত নয়, 3=খুব খারাপ
(ঞ) রোগী ব্যবস্থাপনা কেমন?	☐	1=উন্নত, 2=আরও উন্নত হওয়া উচিত, 3=নিম্নমান
(ট) আপনার জানামতে সেবা গ্রহণকারীদের মধ্যে সন্তুষ্টির মাত্রা কেমন?	☐	1=উচ্চ, 2=মধ্যম, 3=নিচু
(ঠ) আপনার জানা মতে কেন্দ্রের সার্বিক সুনাম কেমন?	☐	1=ভাল, 2=ভাল নয়, 3=মন্দ
৪। এহেন স্বাস্থ্য সেবার মান উন্নয়নে আপনার পরামর্শ আছে কি?	☐	1=হ্যাঁ, 2=না

৫। উত্তর হ্যাঁ হলে, কী কী পরামর্শ দেবেন?

....

....

....

....

....

তথ্য সংগ্রহকারীর স্বাক্ষর
তারিখ ঃ
মোবাইল নং

গ্রুপ লিডারের স্বাক্ষর
তারিখ ঃ
মোবাইল নং

BDmd GÛ G‡mwm‡qUm

wØZxq Avievb cvBgvix †nj_ †Kqvi cK‡íi cfve gj¨vqb Rwic

GdwRwW †PKwj÷ (**Checklist for FGD**)

FGD cwiPvjbvi ¯'vb

বাড়ি নং..রোড..

ওয়ার্ড নং:...সিটি কর্পোরেশন/পৌরসভা ....

---

১. আরবান প্রাইমারী হেল্‌থ কেয়ার প্রকল্প সম্পর্কে অংশগ্রহণকারীদের জ্ঞান ।

২. আরবান প্রাইমারী হেল্‌থ কেয়ার সেন্টার থেকে কি কি সেবা প্রদান করা হয়?

৩. আরবান প্রাইমারী হেল্‌থ কেয়ার সেন্টার থেকে সেবার মান কেমন?

৪. আরবান প্রাইমারী হেল্‌থ কেয়ার সেন্টার থেকে সেবা গ্রহণের জন্য পরিবার সদস্যদেরকে কিভাবে উদ্বুদ্ধ করা হয়?

৫. আরবান প্রাইমারী হেল্‌থ কেয়ার প্রকল্পের প্রচার ও উদ্বুদ্ধকরণ কার্যক্রম কেমন ছিল?

৬. অতি দরিদ্র পরিবার কি ভাবে আরবান প্রাইমারী হেল্‌থ কেয়ার প্রকল্প থেকে সেবা পেত?

৭. স্বাস্থ্য সেবার মানোন্নয়নে দরিদ্র পরিবার কিভাবে প্রকল্পকে সহায়তা করছে?

৮. স্থানীয় কমিটির কার্যক্রম কি ছিল?

৯. বর্তমানের পরিবেশ উন্নয়নের জন্য পরামর্শ কি?

১০. দরিদ্র পরিবারদের সুনির্দিষ্টভাবে কি কি স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করা দরকার?

১১. কিভাবে দরিদ্র পরিবারদেরকে স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা যায়?

১২. গৃহহীন লোকদের স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের জন্য কিকি পদক্ষেপ গ্রহণ করা হয়েছে?

১৩. আরবান প্রাইমারী হেল্‌থ কেয়ার সেন্টারের সাথে অন্যান্য প্রতিষ্ঠানের যোগাযোগ কেমন?

১৪. কি ধরনের রোগীকে অন্যত্র রেফার করা হয়?

১৫. প্রকল্পের অত্র এলাকায় নির্বাচিত সুবিধাভোগীদের প্রতি বৎসর গড়ে কতটি নতুন পরিবারের আগমন ঘটে এবং কতটি পরিবার অন্যত্র চলে যায় ।

১৬. আরবান প্রাইমারী হেল্‌থ কেয়ার প্রকল্পের সেবার মান উন্নয়নের জন্য পরামর্শ কি?