GUTTMACHER INSTITUTE

সারসংক্ষেপ

সিরিজ ২০১২, সংখ্যা ৩

বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণ, অনিরাপদ গর্ভপাত এবং মাতৃস্বাস্থ্য

গত কয়েক দশকে বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যু উল্লেখযোগ্যভাবে হ্রাস পেয়েছে। মাতৃমৃত্যু কী পরিমাণ হ্রাস পেয়েছে তা সুনির্দিষ্টভাবে নির্ণয় করা না গেলেও এসব মৃত্যু হ্রাসের ক্ষেত্রে দেশের বিদ্যমান মাসিক নিয়মিতকরণ কর্মসূচির যথেষ্ট অবদান রয়েছে। মাসিক নিয়মিতকরণ হচ্ছে এমন একটি প্রক্রিয়া যার মাধ্যমে মহিলাদের মাসিক বন্ধ হওয়ার পর তারা যে গর্ভবতী নয় তা নিরাপদভাবে প্রতিষ্ঠিত করা এবং এভাবেই তারা অনিরাপদ গর্ভপাতের আশ্রয় গ্রহণ থেকে পরিত্রাণ পেতে পারে।

বাংলাদেশ ১৯৯০ থেকে ২০১৫ সাল পর্যন্ত তিন-চতুর্থাংশ মাতৃমৃত্যু কমানোর মাধ্যমে সহস্রাব্দ লক্ষ্যমাত্রা পূরণে যথার্থ অগ্রগতি সাধন করেছে। সাধারণভাবে ব্যবহৃত নির্দেশক অনুযায়ী ১৯৯০ থেকে ২০১১ সালের মধ্যে মাতৃমৃত্যুর আনুপাতিক হার (চিত্র-১, পৃষ্ঠা-২) কমপক্ষে ৬০ শতাংশ কমে এসেছে।[২,৩] মাতৃমৃত্যুর ওপর ২০০১[৪] এবং ২০১০[৫] সালে সরকারিভাবে পরিচালিত দুটি গবেষণামূলক কার্যক্রম (বাংলাদেশ ম্যাটারনাল মর্টালিটি অ্যান্ড হেলথ কেয়ার সার্ভিস সার্ভে বা বিএমএমএস নামে পরিচিত*) বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যু অধিক হারে কমে আসার বিষয়টি স্পষ্ট করেছে। এসব প্রাপ্ত তথ্য থেকে দেখা যায়, এক দশকেরও কম সময়ে বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যু দুই-পঞ্চমাংশ কমে এসেছে।

আমরা জানি, বাংলাদেশ মাতৃমৃত্যু কমানোর ক্ষেত্রে উল্লেখযোগ্য উন্নতি সাধন করেছে। কিন্তু কী কী বিষয় এবং কিসের সম্মিলিত প্রয়াস মাতৃমৃত্যু হ্রাসের পেছনে কাজ করেছে সে বিষয়ে আমরা কমই জানি। যদিও অনেক দেশ মাতৃমৃত্যু হ্রাসের ক্ষেত্রে অনুরূপ সাফল্য অর্জন করেছে এবং বাংলাদেশের ক্ষেত্রে এটা প্রমাণিত যে, বাংলাদেশে মাতৃস্বাস্থ্য সেবার প্রবেশাধিকারের ক্ষেত্রে উন্নতি সাধন এবং জন্মহার হ্রাস, বিশেষ করে যেসব জন্মের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্য ঝুঁকি বেশি (যেমন– অধিক সন্তানের জননী) তাদের সেবার মাধ্যমে গর্ভকালীন এবং প্রসবকালীন সময়ে মাতৃমৃত্যু কমিয়ে আনার ক্ষেত্রে সফলতা অর্জন করেছে। এ সময়ের মধ্যে দেশের উল্লেখযোগ্য ঘটনা হচ্ছে সরকারিভাবে স্বীকৃত মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা, মাতৃমৃত্যু কমিয়ে আনার ক্ষেত্রে যথেষ্ট অবদান রেখেছে। এখানে মাসিক নিয়মিতকরণ হচ্ছে মাসিক বন্ধ থাকার পর যে প্রক্রিয়ার মাধ্যমে মহিলা যে গর্ভবতী নয় তা প্রতিষ্ঠিত করা হয়।[৬]

বাংলাদেশে মাতৃস্বাস্থ্য সেবার ক্ষেত্রে এমআর সেবার অসামান্য অবদান ১৯৭০ সালের প্রথম দিক থেকে স্বীকৃত। ১৯৭১ সালে স্বাধীনতা যুদ্ধের সময় ব্যাপক হারে ধর্ষণের কারণে আনেক মহিলা গর্ভবতী হয় এবং স্বাধীনতার পর পরই গর্ভবতী মহিলাদের গর্ভপাতের জন্য অনুমতি প্রদান করা হয়।[৬] বাংলাদেশের বর্তমান দণ্ডবিধি অনুযায়ী যা ১৮৬০ সালে ব্রিটিশ শাসনকাল থেকে চলে আসছে। এতে শুধু জীবন রক্ষা ছাড়া অন্য যে কোনো কারণে মহিলাদের গর্ভপাত আইনত নিষিদ্ধ করা হয়েছে।[৭] দণ্ডবিধির দ্বারা নিয়ন্ত্রিত আইনের এ বৈধতাকে এমআরের ক্ষেত্রে শিথিল বা মুক্ত করা হয় এবং পরবর্তী সময়ে ১৯৭৯ সাল থেকে এ প্রক্রিয়া জাতীয় পরিবার পরিকল্পনা কার্যক্রমের অংশ হিসেবে চলে আসছে।[৮]

প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত চিকিৎসকদের জন্য এমআর সেবাকে শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে দশ সপ্তাহ পর্যন্ত সম্পাদনের অনুমতি প্রদান করা হয়েছে[৯] এবং প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা এবং উপ-সহকারী ও কমিউনিটি মেডিকেল অফিসার (সাকমো) বা প্যারামেডিকদের জন্য এমআর সেবাকে শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে ৮ সপ্তাহ পর্যন্ত সম্পাদনের অনুমতি প্রদান করা হয়েছে।

পরিবার কল্যাণ পরিদর্শকদের শিক্ষাগত যোগ্যতা কমপক্ষে মাধ্যমিক পাস এবং প্রজনন স্বাস্থ্য এবং শিশু স্বাস্থ্যের ওপর রয়েছে ১৮ মাসের প্রশিক্ষণসহ এমআর সেবা সম্পাদনের ওপর প্রশিক্ষণ।[১০] উপ-সহকারী কমিউনিটি মেডিকেল অফিসারদেরও (সাকমো) রয়েছে পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকাদের মতো একই শিক্ষাগত যোগ্যতা এবং তাদের প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা, প্রজনন স্বাস্থ্য এবং শিশুস্বাস্থ্য সেবা বিষয়ে রয়েছে তিন বছরের শিক্ষাগত যোগ্যতা (মৌলিক প্রশিক্ষণ)। সীমিত সংখ্যক চিকিৎসকের দেশে পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকাদের

*সময়ের পরিপ্রেক্ষিতে এই জরিপের নাম পরিবর্তিত হয়েছে। ২০০১ সালে এটা বাংলাদেশ ম্যাটারনাল হেলথ সার্ভিস এবং মর্টালিটি সার্ভে নামে পরিচিত ছিল। কিন্তু ২০১০ সালে তা 'বাংলাদেশ ম্যাটারনাল মর্টালিটি অ্যান্ড হেলথ কেয়ার সার্ভে' নামে করা হয়। যাহোক, এর আদ্যক্ষর একই আছে।

মূল বিষয়গুলো

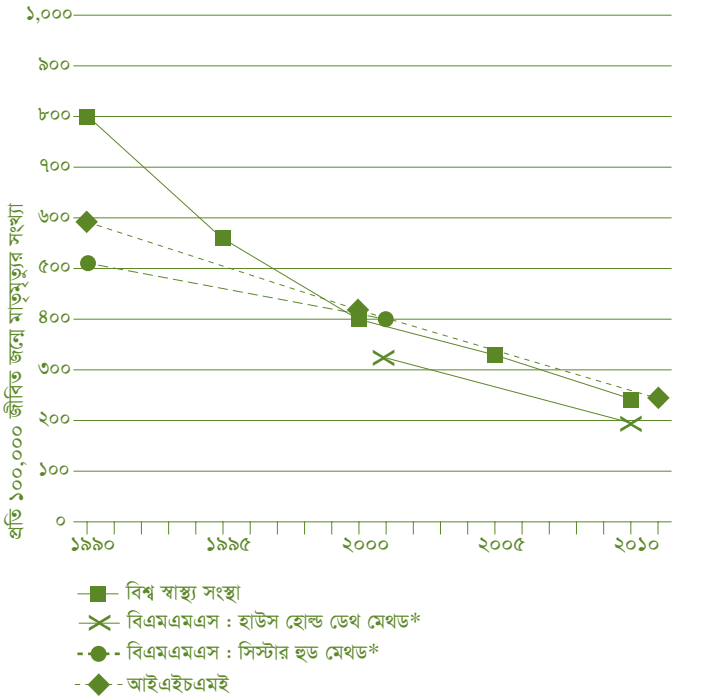
- বাংলাদেশে অনিরাপদ গোপনীয় গর্ভপাত এখনো বিদ্যমান। ২০১০ সালের হিসাব অনুযায়ী প্রায় ২,৩১,০০০ মহিলা স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্র থেকে অনিরাপদ গর্ভপাতের জটিলতার চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করেছেন। কিন্তু ৩,৪১,০০০ মহিলা অনিরাপদ গর্ভপাতের জটিলতার চিকিৎসার জন্য হাসপাতালে যাননি। ওই বছরে মোট ৫,৭২,০০০ মহিলা অনিরাপদ গর্ভপাতের শিকার হন।
- সরকার কর্তৃক অনুমোদিত নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সেবার মাধ্যমে অনিরাপদ গর্ভপাত পরিহার করা যায়। মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা হচ্ছে মাসিক বন্ধের পর মহিলা যে গর্ভবতী নন তা প্রতিষ্ঠা করা তা সাধারণত ম্যানুয়েল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে করা হয়। ২০১০ সালের হিসাব অনুযায়ী ৬,৫৩,০০০ মহিলা এমআর সেরা গ্রহণ করেছেন। প্রজননক্ষম মহিলাদের মধ্যে যার হার প্রতি হাজারে ১৮ জন।
- এমআর জটিলতার চিকিৎসার জন্য যেসব মহিলা ক্লিনিকে আসেন তাদের হার গর্ভপাতজনিত জটিলতার চিকিৎসার জন্য ক্লিনিকে আসা রোগীদের তুলনায় এক-তৃতীয়াংশ। এর আনুপাতিক হার ১,০০০ এমআর এর জন্য ১২০ এবং ১,০০০ স্বপ্রণোদিত গর্ভপাতের জন্য ৩৫৭ জন।
- এমআর সেবার মানোন্নয়নের যথেষ্ট সুযোগ রয়েছে। ২০১০ সালের জরিপে দেখা গেছে, ৪৩ শতাংশ সেবা কেন্দ্রে যারা দক্ষতার সঙ্গে সেবা প্রদান করতে পারতো তারা তা প্রদান করছে না। অধিকন্তু গ্রাম এলাকায় অবস্থিত এক-তৃতীয়াংশ ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র সেবা প্রদান করে না। এসব সেবা কেন্দ্রে পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকারা কাজ করেন এবং তারাই এমআর কার্যক্রমের মূল চালিকাশক্তি হিসেবে পরিচিত। অন্যদিকে এক-তৃতীয়াংশ এমআর রোগী সেবা প্রদান থেকে বঞ্চিত হচ্ছেন।
- গর্ভপাতজনিত কারণে মাতৃমৃত্যু এবং অসুস্থতা কমে আসার প্রবণতা নিশ্চিত করার জন্য প্রয়োজন মহিলাদের ব্যাপকভাবে অনিরাপদ গর্ভপাত পরিহার করা। এ লক্ষ্যে সরকারের

প্রয়োজন এ সেবার ক্ষেত্রে যেসব বাধা রয়েছে তা দূর করা। যেমন– নিরাপদ এমআর সেবা নিশ্চিত করাসহ সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে মহিলাদের সীমিত জ্ঞান, সেবা কেন্দ্র কেন সেবা প্রদান করে না অথবা যারা সেবা পেতে চায় তাদের প্রত্যাখ্যানের কারণ এবং প্রায়ই সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে সেবার গুণ নিম্নমান।

চিত্র- ১

মাতৃমৃত্যু

বাংলাদেশে ১৯৯০ থেকে ২০১১ সালের মধ্যে মাতৃমৃত্যু দ্রুত এবং উলেখযোগ্য হারে কমে এসেছে।



উলেখ্য, ২০০১ সালে বাংলাদেশ ম্যাটারনাল মর্টালিটি সার্ভে-তে (বিএমএমএস) মাতৃমৃত্যু নিরূপণের জন্য দুটি পদ্ধতি ব্যবহার করা হয়েছিল। একটি সিস্টার হুড মেথড এবং অন্যটি হাউস হোল্ড ডেথ মেথড। ১৯৯০ সালের হিসাব নিরূপণের জন্য পেছনের দিকে দৃষ্টিপাত করা হয়েছিল। ২০১০ সালের বিএমএসএস জরিপে শুধু হাউস হোল্ড ডেথ পদ্ধতি ব্যবহার করা হয়েছিল। উৎস : বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা, রেফারেন্স ১, বিএমএসএস ২০০১, রেফারেন্স ৪, বিএমএসএস ২০১০, রেফারেন্স ৫ এবং ইনস্টিটিউট ফর হেল্থ মেট্রিক্স অ্যান্ড ইভালুয়েশন (আইএইচএমই), রেফারেন্স ২।

এমআর সেবা প্রদানের অনুমতি শুধু অত্যাবশ্যকীয় সেবার প্রবেশাধিকার সম্প্রসারণ নয় বরং এতে খরচও অত্যন্ত কম। বাংলাদেশের মতো মুসলিম প্রধান দেশে অনেক মহিলা এবং তাদের স্বামীরা অন্য এক মহিলা সেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে সেবা পেলে অত্যন্ত স্বাচ্ছন্দ বোধ করেন।[১০] ঐ জন্য পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকারা এ কর্মসূচির প্রধান চালিকাশক্তি হিসেবে বহুল পরিচিত। এটি এমআর কার্যক্রমে একটি অতিরিক্ত সংযোজন এবং ইতিবাচক দিক। পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকাদের কর্মস্থল হচ্ছে সমগ্র দেশের প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে, বিশেষ করে ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রে (UH&FWC)। এসব সেবা কেন্দ্রের অবস্থান প্রধানত গ্রাম এলাকায়। সেখানে বাংলাদেশের তিন-চতুর্থাংশ লোক বাস করে।[১১]

এমআর পদ্ধতি সরকার কর্তৃক বিনামূল্যে প্রদান করা হয়। এ পদ্ধতি নিরাপদ এবং এটি সরকারি নিয়ম অনুসরণ করা হয়- ফলে জরায়ু খালি হয়। ২০১২ সলের তথ্য অনুযায়ী এ পদ্ধতির কার্যক্রম প্রাথমিকভাবে ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন (MVA) দ্বারা সম্পাদন করা হয়। এই সেবা দেশব্যাপী স্বাস্থ্য সেবা ব্যবস্থার সকল পর্যায়ে ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র থেকে শুরু করে উচ্চ পর্যায়ের মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল এবং জেলা হাসপাতালগুলোতে অনুশীলন করা হয়। ১৯৭০ সালের শেষের দিক থেকে শুরু করে ১৯৯০ সালের মাঝামাঝি পর্যন্ত সরকার এবং বিভিন্ন আন্তর্জাতিক সংস্থা পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকাদের নিয়োগ এবং প্রশিক্ষণে নিরবিচ্ছিন্ন সহায়তা প্রদান করেছে যাতে নিরাপদ এমআর সেবা সঠিকভাবে সম্পাদন করতে পারে।[১০] ১৯৯৪[১২] সালে পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকাদের নিয়োগ প্রক্রিয়া বন্ধ হয়ে যায় এবং তা সম্প্রতিক আবার চালু করা হয়েছে।[১৩] দুর্ভাগ্যজনকভাবে নিয়োগ প্রক্রিয়া বন্ধ হয়ে যাওয়ার ফলে সৃষ্ট জটিলতায় প্রয়োজনীয় সংখ্যক প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত পরিবাার কল্যাণ পরিদর্শিকার অভাবে কর্মসূচি দারুণভাবে ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছে। ২০১১ সালের শেষ পর্যন্ত স্বাস্থ্য পেশাজীবীদের মধ্যে এমআর প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত চিকিৎসকের সংখ্যা প্রায় ১০,৬০০ এবং ৭,২০০ জন প্যারামেডিকস যারা প্রধানত পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা তাদের মধ্যে ৪,৭০০ জন প্যারামেডিকস এমআরের ওপর পুনঃপ্রশিক্ষণ গ্রহণ করেছেন।[১৪]

যদি বাংলাদেশে এমআর সেবা সর্বজনীনভাবে মহিলাদের কাছে সহজলভ্য করা যেতো তাহলে তাদের ভয়ঙ্কর অনিরাপদ গর্ভপাতের গুরুত্বপূর্ণ চাহিদা অনেকাংশে কমিয়ে আনা সম্ভব হতো। বর্তমানে অসংখ্য মহিলা এমআর সেবা পেতে চান। তারা এই সেবা পেতে অনেক বাধার সম্মুখীন হন। ফলে তাদের মধ্যে অনেকেই অনিরাপদ গর্ভপাত পদ্ধতি নিতে বাধ্য হন। কারণ বাংলাদেশে স্বপ্রণোদিত গর্ভপাত আইনগতভাবে নিষিদ্ধ। এ সমস্ত গর্ভপাত প্রায়ই: ভয়ঙ্কর অস্বাস্থ্যকর অবস্থা এবং অপ্রশিক্ষণপ্রাপ্ত সেবা প্রদানকারীদের মাধ্যমে অথবা উভয় পন্থায় সম্পাদিত হয়ে থাকে। যদি এমআর সেবা দ্বারা অনিরাপদ গর্ভপাত এবং এ সম্পর্কিত স্বাস্থ্যগত জটিলতা পরিহার করা যেতো তাহলে এমআর সেবা মহিলাদের স্বাস্থ্য ও জীবন রক্ষায় গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখতে পারতো।

এ সারসংক্ষেপটিতে বাংলাদেশে এমআর, অনিরাপদ গর্ভপাত এবং মাতৃমৃত্যু এবং জরা ব্যাধির মধ্যে সম্পর্ক নির্ণয়ের চেষ্টা করা হয়েছে। বাংলাদেশে এমআর কর্মসূচির আকার এবং পরিধি (Size) বিবেচনায় রেখে জাতীয় ও বিভাগীয়- উভয় পর্যায়েই এমআর সেবা এবং অনিরাপদ গর্ভপাতের মধ্যে সম্পর্ক যাচাইয়ের প্রয়াস নেয়া হয়েছে। মাতৃমৃত্যু সম্পর্কিত প্রাপ্ত বর্তমান তথ্যের ওপর ভিত্তি করে আমরা মাতৃস্বাস্থ্য এবং জীবন রক্ষার ক্ষেত্রে এমআরের অবদান কতোটুকু তা নির্ণয়ের চেষ্টা করবো। এর অতিরিক্ত হিসেবে আমরা এমআর সেবা প্রদানে বাংলাদেশে যেসকল নতুন বাধা পাওয়া যাচ্ছে তা নিয়েও আলোচনা করবো।

২০১০ সালে এমআর সম্পাদনের পরিমাণ

বর্তমানে বাংলাদেশে এমআর সম্পাদনের সঠিক সংখ্যা নিরূপণ খুবই গুরুত্বপূর্ণ। কিন্তু এটি একটি কঠিন কাজ। যদিও এমআর সেবা সরকারিভাবে অনুমোদিত তবুও এ সেবা সম্পর্কে নিয়মতান্ত্রিক পদ্ধতিতে তথ্য সংগ্রহের প্রচেষ্টা নেয়া হলে বেশির ভাগ ক্ষেত্রে দেখা যাবে, সঠিক প্রতিবেদন তৈরি না হওয়া বা সঠিক সংখ্যার চেয়ে কম সংখ্যায় প্রতিবেদন প্রণয়ন করার জন্য নিয়মিত তথ্য সংগ্রহের প্রয়াস ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছে।[১৫] অবাক হওয়ার কিছু না থাকলেও উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, যখন সরকারি স্থাপনার বাইরে এ সেবা প্রদান করা হয় তখন তথ্য সংরক্ষণ করা হয় না অথবা এমনকি সেবা কেন্দ্রের ভেতরেও তথ্য সংরক্ষণ করা হয় না যদি সরকারি নিয়মানুযায়ী শেষ মাসিকের দিন থেকে সঠিক সময়ের মধ্যে এমআর করা না হয় অথবা এমআর সম্পাদনের ওপরে প্রশিক্ষণ না থাকে।[১৬,১৯] অধিকন্তু, ১৯৯৫ সালে শেষবারের মতো জাতীয় পর্যায়ে এমআর সম্পাদনের সংখ্যা নিরূপণ করা হয়েছিল। ২০১০ সালে আমরা জাতীয় পর্যায়ে প্রতিনিধিত্বকারী সরকারি এবং বেসরকারি পর্যায় থেকে দৈব নমুনাচয়নের মাধ্যমে ৬৭০টি স্থাপনায় এমআর সম্পাদনের সংখ্যা নিরূপণ এবং এ সম্পর্কিত তথ্য (যেমন– এমআর সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে দক্ষতা ও সেবার প্রবেশাধিকার এবং সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে বাধাগুলো; (মেথড বক্স দেখুন) সংগ্রহের জন্য নিরীক্ষা কার্যক্রম পরিচালনা করি। এমআর কার্যক্রমের সাথে জড়িত প্রধান বেসরকারী সংস্থাগুলো (NGO)* এমআর সম্পাদনের তথ্য তাদের প্রধান কার্যালয় থেকে সরবরাহকৃত প্রাপ্ত তথ্যের ভিত্তিতে সংকলিত করা হয়েছে।

*২০১০ সালের উলেখযোগ্য বেসরকারি সংস্থাগুলো হচ্ছে: রিপ্রডাক্টিভ হেলথ সার্ভিসেস ট্রেনিং অ্যান্ড এডুকেশন প্রোগ্রাম (আরএইচস্টেপ), অ্যাসোসিয়েশন ফর প্রিভেনশন অব সেপটিক অ্যাবরশন, বাংলাদেশ (বাপ্সা), বাংলাদেশ উইমেন্স হেলথ কোয়ালিশন ক্লিনিক (বিডব্লিউএইচসি), বাংলাদেশ পরিবার পরিকল্পনা সমিতি (এফপিএবি), আরবান প্রাইমারি হেল্থ কেয়ার প্রজেক্ট (ইউপিএইচসিপি), মেরী স্টোপস, বাংলাদেশ এবং ব্র্যাক, বাংলাদেশ।

সর্বোপরি বাংলাদেশে স্বাস্থ্য স্থাপনাগুলো (বেসরকারি সংস্থাসহ) ২০১০ সালে ৬,৫৩,০০০ এমআর সম্পাদন করেছে। এ হার ১৫৪৪ বছর বয়সী মহিলার মধ্যে প্রতি হাজারে ১৮ জন (সারণি ১)।* [২০] ১৯৯০ সালের মাঝামাঝি নিরূপিত এ হারও ছিল একই অর্থাৎ প্রতি হাজারে ১৮ জন।[২১] প্রজননক্ষম মহিলাদের সংখ্যা অধিক হারে বৃদ্ধির কারণে এমআর সম্পাদনের মোট সংখ্যা ৩৯ শতাংশ বৃদ্ধি পেয়েছে। যা হোক, এ সংখ্যা নিরূপণের জন্য বিভিন্ন পদ্ধতি অনুসরণ করা হয়েছে। কাজেই এ প্রবণতা অত্যন্ত সতর্কতার সাথে অনুধাবন করতে হবে।

দেশব্যাপী সব স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রের মধ্যে দুইতৃতীয়াংশ (৬৭%) সেবা কেন্দ্রে এমআর সম্পাদনের জন্য যোগ্য সেবা প্রদানকারী (ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র বাদে), এমআর সম্পাদনের জন্য ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন যন্ত্রপাতি এবং ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের ওপর প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত একজন কর্মী রয়েছে (সারণি ২ পৃষ্ঠা ৫)।[২২] তা সত্ত্বেও ২০১০ সালে কেবল ৪৮ শতাংশ সেবা কেন্দ্র প্রকৃতপক্ষে এমআর সেবা প্রদান করেছে।

অধিকন্তু এমআর সেবা প্রদান করতে সক্ষম এবং প্রকৃতপক্ষে সেবা প্রদান করে– এ তফাত, সেবা প্রদানকারী কেন্দ্রগুলো বিশেষ করে প্রাইভেট ক্লিনিকগুলোর মধ্যে বেশি। ২০১০ সালে এ সেবা কেন্দ্রগুলোর মধ্যে মাত্র এক তৃতীয়াংশ এমআর সেবা প্রদান করেছে। ৬০ শতাংশ সেবা কেন্দ্রের যন্ত্রপাতি এবং প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মী উভয়েই রয়েছে। অন্যদিকে সরকারি পর্যায়ে মা ও শিশু স্বাস্থ্য কেন্দ্র (এমসিডব্লিউসি) এবং উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সের দক্ষতা ও প্রকৃত সেবা প্রদানের মধ্যে কোনো পার্থক্য নেই। ২০১০ সালে উভয় ধরনের স্থাপনাই গড় সংখ্যার চেয়ে অধিক হারে (৮৬৮৭%) এমআর সেবা প্রদানে সক্ষম ছিল এবং সেবা প্রদান করেছে।

আমরা যখন বিশেষ ধরনের স্থাপনার দিকে দৃষ্টি নিবদ্ধ করি এতে দেখা যায়, সব এমসিডব্লিউসি এমআর সেবা প্রদান করে। অনুরূপ ৮৩ শতাংশ উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স সেবা প্রদান করে (Not shown)। উভয় সেবা কেন্দ্রেই রয়েছে চিকিৎসক, নার্স এবং পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা। যাহোক, সরকারের প্রাথমিক পর্যায়ে অবস্থিত ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রের (ইউএইচঅ্যান্ডএফডব্লিউসি) মাত্র দুই তৃতীয়াংশ সেবা কেন্দ্র এমআর সেবা প্রদান করে। সেখানে পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকারা সেবা প্রদান করেন এবং তারা এমআর সেবা প্রদানের প্রধান চালিকাশক্তি। এসব সেবা কেন্দ্রের ৫৭ শতাংশ এমআর সেবা প্রদান করে।

এমআর সেবা প্রদানের উৎসগুলোর মধ্যে প্রায় দুইতৃতীয়াংশ এমআর সেবা প্রদান করে সরকারি পর্যায়ের ক্লিনিকগুলো (চিত্র ২, পৃষ্ঠা ৫) থেকে। সরকারিভাবে সম্পাদিত ৬৩ শতাংশ এমআর সেবার একমাত্র সাধারণ উৎসের মধ্যে রয়েছে ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (৪৬%) এবং অন্যান্য সরকারি স্থাপনা, যেমন– জেলা হাসপাতাল, মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র (এমসিডব্লিউসি), উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স এবং মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল (১৭%)। বেসরকারি সংস্থাগুলো ২৮ শতাংশ এবং অবশিষ্ট ৯ শতাংশ এমআর সেবা প্রদান করা হয় প্রাইভেট ক্লিনিকগুলো থেকে। এমআর সেবা প্রদানকারী স্থাপনাগুলো এবং এমআরের আনুপাতিক হার প্রশাসনিক বিভাগ অনুযায়ী সেবা প্রাপ্তি এবং প্রবেশাধিকারের ক্ষেত্রে বিশেষ করে ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র এবং বেসরকারি সংস্থাগুলো যারা দুর্গম (Underserved) এলাকায় সেবা প্রদানের জন্য সক্রিয়ভাবে কাজ করছে সেখানে ব্যাপক হারে তারতম্য রয়েছে। (তথ্য সংগ্রহকালীন ছয়টি বিভাগ এবং বর্তমানে সাতটি। সারণি ১)।

গর্ভপাত সংক্রান্ত মাতৃমৃত্যুর ক্ষেত্রে এমআরের সম্ভাব্য প্রভাব

সম্প্রতিক এমআর সেবা ব্যবহারের ব্যাপক প্রচলন এবং পদ্ধতির মোট সংখ্যা সন্দেহাতীতভাবে বৃদ্ধির ফলে একটি গুরুত্বপূর্ণ নীতিগত প্রশ্নের উদ্ভব হয়েছে, এমআর বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যু কমানোর ক্ষেত্রে সাহায্য করছে কি না? অনিরাপদ গর্ভপাত পরিহারের ক্ষেত্রে এমআর সেবার ব্যাপকতা কতোটুকু তা যাচাইয়ের মাধ্যমে আমরা মাতৃমৃত্যুতে এর প্রভাব সম্বন্ধে সিদ্ধান্তে পৌঁছতে পারি। প্রাপ্ত তথ্য থেকে ধারণা করা যায়, গত কয়েক দশকে গর্ভপাতজনিত কারণে মাতৃমৃত্যু নির বিচ্ছিন্নভাবে হ্রাস পাওয়াই মাতৃমৃত্যু কমে আসার গ্রহণযোগ্য চালিকাশক্তি।

উদাহরণস্বরূপ ১৯৭০ থেকে ১৯৮০ সালে যখন এমআর সেবার প্রচলন ব্যাপকভাবে ছিল না তখন বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যুর অন্যতম কারণ ছিল অনিরাপদ গর্ভপাত। ১৯৭৮১৯৭৯ সা লে দেশব্যাপী প্রায় ৮০০ সেবা কেন্দ্রে পরিচালিত গবেষণার ফলে প্রতীয়মান হয়, ২৬ শতাংশ মাতৃমৃত্যুর কারণ ছিল অনিরাপদ গর্ভপাতজনিত জটিলতা।[২৩] পরবর্তী সময়ে ১৯৯৮২০০১ সাল পর্যন্ত জাতীয় পর্যায়ে মাতৃমৃত্যুতে গর্ভপাতের ভূমিকা নিরূপণ করা হয়। উল্লেখ্য, সময়সীমা হচ্ছে দেশে মাতৃমৃত্যু বিষয়ে পরিচালিত দুটি গবেষণামূলক কার্যক্রমের প্রথমটি ২০০১ সালের বাংলাদেশ ম্যাটারনাল হেল্‌থ সার্ভিস অ্যান্ড মর্টালিটি সার্ভে (বিএমএমএস)[৪]। এ গবেষণামূলক কার্যক্রম থেকে প্রতীয়মান হয় মাত্র ৫ শতাংশ মাতৃমৃত্যুর কারণ ছিল স্বপ্রণোদিত গর্ভপাত। তা ১৯৭৮৭৯ সালের ২৬ শতাংশ থেকে উল্লেখযোগ্য হারে কমে এসেছে। অবশ্য শেষোক্ত গবেষণার ক্ষেত্র ভিন্নতর এবং অত্যন্ত নিখুঁত নয় এমন প্রক্রিয়া ব্যবহার করা হয়েছিল। ২০১০ সালে বিএমএমএস জরিপে গর্ভপাতজনিত মাতৃমৃত্যুর হার আরো উল্লেখযোগ্যভাবে কমে এসেছে যা ২০০৮২০১০ সা লে মাত্র ১ শতাংশ।[৫] অবশ্যই মাতৃমৃত্যু এবং গর্ভপাতজনিত কারণে মাতৃমৃত্যু সম্পর্কিত এসব জরিপের ফল পক্ষপাতিত্ব মনে করে এবং নিম্ন রিপোর্টিংয়ের জন্য ক্ষতিগ্রস্ত হয়েছে।[৩] এসব ফল খুবই সতর্কতার সঙ্গে অনুধাবন করতে হবে।

যাহোক, এসব অনিশ্চয়তা সত্ত্বেও ১৮৭৮১৮৭৯ থেকে ১৯৯৮২০০১ সালের মধ্যে গর্ভপাতজনিত মাতৃমৃত্যু উল্লেখযোগ্য পরিমাণ কমে আসা সত্যিকারের পরিবর্তনেরই নির্দেশ করে। এক্ষেত্রে এমআর কি পরিমাণ ভূমিকা পালন করেছে তা দেখার বিষয়। ২০০১ সালের বিএমএমএস এর প্রাপ্ত ফলে দেখা যায়, অসম্পূর্ণ এবং অনিরাপদ গর্ভপাত থেকে মাতৃমৃত্যু অভূতপূর্বভাবে

পদ্ধতি

বিভিন্ন উৎস থেকে এই প্রতিবেদনের তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। এমআর এবং স্বপ্রণোদিত অনিরাপদ গর্ভপাত– উভয় তথ্যই অ্যাসোসিয়েশন ফর প্রিভেনশন অব সেপটিক অ্যাবরশন বাংলাদেশ, (বাপসা) এবং গুটম্যাকার ইনস্টিটিউট (GI) কর্তৃক পরিচালিত গবেষণামূলক কার্যক্রম থেকে সংগ্রহ করা হয়েছে। গবেষণা কার্যক্রমের পরিকল্পনা এবং প্রটোকল বাংলাদেশের সুনির্দিষ্ট অবস্থার প্রেক্ষাপটে পরোক্ষভাবে গর্ভপাতের সংখ্যা নিরূপণের জন্য ব্যাপকভাবে ব্যবহৃত পদ্ধতি অ্যাবরশন ইনসিডেন্ট কমপ্লিকেশন মেথডোলজি (AICM) ব্যবহার করা হয়েছে। গবেষণা কার্যক্রমের তথ্য দুটি যে প্রধান উৎসের মাধ্যমে এবং অন্যান্য সাহায্যকারী উৎস থেকে সংগ্রহ করা হয়েছিল তা নিম্নে বর্ণনা করা হলো

- **স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্র থেকে প্রাপ্ত তথ্য :** জাতীয় পর্যায়ে প্রতিনিধিত্বশীল ৬৭০টি সরকারি এবং প্রাইভেট সেক্টরের স্বাস্থ্য স্থাপনা থেকে কতো এমআর সম্পাদন করা হয় এবং মহিলা অনিরাপদ গর্ভপাতের চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করেন এর তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। সেবার গুণগত মানসহ অন্যান্য বিষয়ের ওপরও তথ্য সংগ্রহ করা হয়। মাঠ পর্যায়ের তথ্য সংগ্রহের সময়সীমা ছিল মে ২০১০ থেকে নভেম্বর ২০১০ পর্যন্ত।

- **বেসরকারি সংস্থা থেকে এমআর সেবার ওপর তথ্য:** বেসরকারি সংস্থাগুলো দেশে উল্লেখযোগ্য সংখ্যক এমআর সম্পাদন করে এবং কম সংখ্যক গর্ভপাত– পরবর্তী জটিলতার চিকিৎসা সেবা প্রদান করে থাকে। আমরা বাংলাদেশে কর্মরত বেসরকারি যেসব বড় সংস্থাগুলো এমআর এবং গর্ভপাত– পরবর্তী জটিলতার চিকিৎসা করে থাকে তাদের তথ্য প্রধান কার্যালয় থেকে সংগ্রহ করে একত্র করেছি। তথ্য প্রদানকারী সংস্থাগুলো তাদের সকল সেবা কেন্দ্র থেকে বিভাগওয়ারি ২০১০ সালে সম্পাদিত এমআর এবং কতো মহিলাকে গর্ভপাতের জটিলতার চিকিৎসা সেবা প্রদান করা হয়েছে এর তথ্য প্রদান করেছে।

- **তথ্য সংগ্রহের অন্যান্য উৎস :** আমরা ১৯৯৯২০০০; ২০০৭ এবং ২০১১ সালে বাংলাদেশ ডেমোগ্রাফিক অ্যান্ড হেল্‌থ সার্ভের মাধ্যমে সংগৃহীত তথ্যের ওপর নির্ভর করেছি। আমরা ২০১০ সালের খানার আয় ও ব্যয়ের জরিপ থেকে প্রাপ্ত তথ্য ব্যবহার করেছি এর মাধ্যমে খানার তথ্য ও মাথাপিছু আয়ের হিসাব পাওয়া যায়। এছাড়া ২০০১ এবং ২০১০ সালের বিএমএসএস থেকেও তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। তা বাংলাদেশের মাতৃমৃত্যু এবং এর কারণগুলো সম্পর্কে তথ্য প্রদান করেছে। এই প্রতিবেদনে বাংলাদেশে আগে সম্পাদিত গবেষণার চিত্রও প্রতিফলিত হয়েছে।

সারণী- ১

এমআর সেবা এবং কোথায় সম্পাদন করা হয়

বাংলাদেশে ২০১০ সালে বিভাগওয়ারি সম্পাদিত এমআরের সংখ্যা, সেবা কেন্দ্রের ধরন অনুযায়ী সম্পাদনের হার এবং বার্ষিক এমআরের হার।

বিভাগ	মোট এমআরের সংখ্যা	শতকরা বণ্টন					বাৎসরিক এমআরের হার (১৫৪৪ বছর বয়সী মহিলাদের প্রতি ১০০০)
		ইউ:স্বা: ও প:ক: কেন্দ্র	অন্য সরকারি ফ্যাসিলিটি*	প্রাইভেট ক্লিনিক	এনজিও	মোট	
বাংলাদেশ	**৬৫৩,০৭৮**	**৪৬.২**	**১৭.১**	**৯.১**	**২৭.৬**	**১০০.০**	**১৮.৩**
বরিশাল	৪২,৭৪০	৪২.০	২৮.৭	৩.২	২৬.১	১০০.০	২০.০
চট্টগ্রাম	৯৯,৪৯৪	৪২.৩	১৯.৪	৩.৪	৩৪.৯	১০০.০	১৫.১
ঢাকা	২২৩,৫৬৯	৪২.৩	১৩.০	১৪.৯	২৯.৮	১০০.০	২০.১
খুলনা	৬১,৮৩৩	৩০.৪	১৩.৩	২০.৮	৩৫.৪	১০০.০	১৩.৭
রাজশাহী†	১৯৭,১৪৮	৬০.২	১৮.৮	৪.২	১৬.৮	১০০.০	২২.০
সিলেট	২৮,২৯৪	৩৩.৭	১৯.৬	২.০	৪৪.৭	১০০.০	১২.৩

* জেলা হাসপাতাল, মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র (এমসিডব্লিউসি), উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স (ইউএসসি) এবং সব সরকারি ও বেসরকারি মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল। আমরা সব সরকারি ও বেসরকারি মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল একত্র করেছি। কারণ খরচ এবং প্রবেশাধিকারের দিক থেকে তারা অনুরূপ। †২০১০ সালের প্রথম দিকে রাজশাহী বিভাগের উত্তরের ৮টি জেলা (রাজশাহী বিভাগের প্রায় অর্ধেক জনসংখ্যা) নিয়ে একটি প্রশাসনিক বিভাগ রংপুর বিভক্ত হয়। এখানে পুরানো রাজশাহী বিভাগের চিত্র প্রতিফলিত হয়েছে। সেবা কেন্দ্র কর্তৃক যথাযথ প্রতিবেদন না হওয়ার জন্য এসব তথ্য সমন্বয় করা হয়েছে। উল্লেখ্য : M.R = মাসিক নিয়মিতকরণ, UH&FWC = ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র, NGO = বেসরকারি সংস্থা, উৎস, রেফারেন্স ২০।

কমে যাওয়ার ঘটনাই সমর্থন করে। এছাড়া উল্লেখ করে যে, নিরাপদ এবং অধিকতর সহজলভ্য এমআর সেবার সম্প্রসারণের কারণেই এটা সম্ভব হয়েছে।[৪]

মতলব এলাকায় দীর্ঘ সময় ধরে সুপরিকল্পিতভাবে পরিচালিত গবেষণায় প্রাপ্ত তথ্য আমাদের গর্ভপাতজনিত মাতৃমৃত্যুর প্রবণতা যাচাইয়ের সুযোগ করে দেয়, এটি জাতীয় পর্যায়ের কোনো জরিপ নয়। মতলব ডেমোগ্রাফিক সার্ভিলেন্স সিস্টেম (ডিএসএস) ১৯৮৯ সাল থেকে (২০০১ সাল বাদে) যে এলাকায় পরিবার পরিকল্পনা সেবার বর্ধিত কার্যক্রম রয়েছে এবং তুলনামূলকভাবে যে এলাকায় কার্যক্রম নেই উভয় এলাকার বার্ষিক এমআর এবং গোপন গর্ভপাতের সংখ্যা নিরূপণ করে।[২৪] এসব তথ্য থেকে আমরা তুলনামূলক এলাকা যেখানে বর্ধিত পরিবার পরিকল্পনা সেবা প্রদান করা হয় নাই সেখানকার এমআরের সঙ্গে গোপন গর্ভপাত সম্পর্কিত একটি তালিকা তৈরি করা হয়েছে এবং এভাবে যাতে দুটি এলাকা সমস্ত দেশের (সর্বগ্রহণযোগ্য প্রাক্কলিত সংখ্যা বা Best Estimate)[১০] প্রতিনিধিত্ব করতে পারে।

ডিএসএস এর তথ্য অনুযায়ী ১৯৮৯ সালে মতলবের তুলনামূলক এলাকায় গোপন গর্ভপাত এবং এমআরের আনুপাতিক হার ছিল ২:১।[২৪] ২০০৮ সালের মধ্যে প্রতিটি গোপন গর্ভপাতের বিপরীতে এমআরের সংখ্যা ছিল ৫। সময়ের ব্যবধানে একই এলাকায় গোপন গর্ভপাতের তুলনায় এমআরের সংখ্যা উল্লেখযোগ্য হারে বৃদ্ধি, গর্ভপাতজনিত কারণে মাতৃমৃত্যু হ্রাসের অবদানই সমর্থন করে। মতলবের তুলনামূলক এলাকায় স্বপ্রণোদিত গর্ভপাতজনিত মাতৃমৃত্যু ১৯৮৬১৯৯০ সালে ১৬ শতাংশ থেকে ২০০১২০০৫ সালে ৯ শতাংশ এ হ্রাস পায়।[১৬,২০,২৬]

পূর্ববর্তী অধ্যায়ের আলোচনায় দেখা যায়, বিভিন্ন সময়ের ব্যবধানে গোপন গর্ভপাতের তুলনায় এমআরের আনুপাতিক হার বৃদ্ধি পেয়ে গর্ভপাতজনিত কারণে মাতৃমৃত্যু কমে এসেছে। এই প্রবণতা মাতৃমৃত্যু কমানোর ক্ষেত্রে এমআরের এর স্পষ্ট প্রভাব দেখানোর জন্য যথেষ্ট শক্তিশালী। মতলবে পরিচালিত অন্য একটি গবেষণামূলক কার্যক্রম একই উপসংহারে উপনীত হয়েছে।[২৭] ঐ গবেষণায় গর্ভপাতজনিত মৃত্যু পরিহারের ক্ষেত্রে এমআরের ভূমিকা স্পষ্টভাবে উল্লেখ করা হয়। এবং গর্ভপাতজনিত মৃত্যুর হার, এমনকি একই সময়ে গর্ভপাতের তুলনায় (এমআর এবং গর্ভপাত) জীবিত জন্মের আনুপাতিক হার বৃদ্ধি পেয়েছে।

অনিরাপদ গর্ভপাতের বিদ্যমান অবস্থা

গর্ভপাতজনিত কারণে মাতৃমৃত্যুর তথ্যাদি থাকা সত্ত্বেও এবং বিপদজ্জনকভাবে গোপন গর্ভপাতের বৃদ্ধির হার কমে এলেও অনিরাপদ গর্ভপাতের ব্যাপকতা এখনো বিদ্যমান। অনিরাপদ গর্ভপাত অনেক সময় মৃত্যুর কারণ না হলেও তা থেকে আঘাত এবং আজীবনের জন্য ভোগান্তির কারণ হতে পারে। দুর্ভাগ্যজনক হলেও এটা সত্য, নিরাপদ এমআর সেবার যথেষ্ট প্রাপ্তি থাকা সত্ত্বেও অনিরাপদ গর্ভপাত থেকে অসুস্থতা এখনো বর্তমান। ২০১০ সালের প্রাপ্ত তথ্য অনুযায়ী গোপনীয়ভাবে গর্ভপাতের ফলে বাংলাদেশি মহিলাদের প্রতি বছর স্বাস্থ্যগত ঝুঁকির পরিমাণ প্রতি হাজারে ১৮ জন।[২০] একই বছর অনিরাপদ গর্ভপাতের জটিলতার কারণে ২,৩১,০০০ মহিলা স্বাস্থ্য কেন্দ্র থেকে চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করেছেন। অধিকন্তু ২০১০ সালের জরিপে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকদের (মেথডোলজি রেফারেন্স ২ দেখুন) কাছ থেকে প্রাপ্ত উত্তরের ধারণা অনুযায়ী যে মহিলাদের গর্ভপাতজনিত জটিলতার চিকিৎসা প্রয়োজন ছিল তাদের মধ্যে ৪০ শতাংশ কার্যত চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করেছেন। এর অর্থ হচ্ছে অতিরিক্ত ৩,৪১,০০০ মহিলা গর্ভপাতজনিত জটিলতায় আক্রান্ত হয়েছিলেন। কিন্তু চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করেনি। এ থেকে বলা যায়, ২০১০ সালে অনিরাপদ জটিলতার কারণে ৫,৭২,০০০ বাংলাদেশি মহিলা জটিলতায় ভুগেছেন।

এমআর এবং আনিরাপদ গর্ভপাতের ফল তুলনামূলকভাবে যখন আলোচনা করা হয় তখন দেখা যায়, অনিরাপদ গর্ভপাতের তুলনায় এমআর সেবা অনেক নিরাপদ। উদাহরণস্বরূপ স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে এমআর জটিলতার চিকিৎসার হার গোপন গর্ভপাতের জটিলতার তুলনায় একতৃতীয়াংশ (সারণি ৩: ১৫ থেকে ৪৪ বছর বয়সী মহিলার মধ্যে প্রতি হাজরে ২.৯ এর বিপরীতে ৬.৫ চিকিৎসা গ্রহণ করেছেন)। অধিকন্তু যেখানে প্রতি বছর ১,০০০ এমআর সম্পাদনের জন্য প্রায় ১২০ জনের জটিলতার চিকিৎসার প্রয়োজন হয় সেখানে তুলনামূলকভাবে ১,০০০ গোপন গর্ভপাতের জন্য ৩৬০ জনের চিকিৎসার প্রয়োজন হয়।

এছাড়া গোপনীয়ভাবে গর্ভপাতের স্বাস্থ্যগত ঝুঁকি এবং আর্থিক খরচও অনেক। ২০১০ সালে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকদের সাক্ষাৎকারের ভিত্তিতে প্রাপ্ত তথ্য অনুযায়ী গ্রাম এলাকায় চিকিৎসক কর্তৃক সম্পাদিত গোপনীয়ভাবে নিরাপদ গর্ভপাতের জন্য ৫০৯১,১০০ টাকা নির্ধারণ করা হয়েছে।[২৮] বাংলাদেশের গ্রামীণ এলাকায় যেখানে মাথাপিছু মাসিক গড় আয় আনুমানিক ২,০০০ টাকা সে প্রেক্ষাপটে এটা একটা অর্থনৈতিক বোঝা।[২৯] শহর এলাকায় গোপন গর্ভপাতের খরচ গ্রাম এলাকার চেয়ে বেশি। শহর এলাকায় চিকিৎসক কর্তৃক সম্পাদিত গর্ভপাতের খরচ ৯০৯২,১০০ টাকা নির্ধারণ করা হয়েছে। সেখানে মাথাপিছু মাসিক গড় আয় ৩,৭৪১ টাকা।[২৯]

এমআর সেবার বাধাগুলো দূরীকরণ

যেখানে নিরাপদ এবং ব্যয় সাশ্রয়ী এমআর সেবা পর্যাপ্ত সেখানে বাংলাদেশি মহিলারা কেন গোপন গর্ভপাতের কারণে অপ্রয়োজনীয়ভাবে স্বাস্থ্যগত এবং জীবনের ঝুঁকির সম্মুখীন হন? নিম্নে আমরা মহিলারা যখন এমআর সেবা পেতে চান তখন তারা কি কি বাধার সম্মুখীন হন তা পরীক্ষা করেছি। মহিলাদের সেবার প্রবেশাধিকার এবং সময়মতো সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে কি কি সীমাবদ্ধতার সম্মুখীন হতে হয়, কর্মসূচির আলোকে আমরা সেসব বাধাগুলোর দিকে দৃষ্টিপাত করেছি।

সীমিত ব্যবস্থা

একতৃতীয়াংশ সেবা কেন্দ্র যাদের এমআর সেবা প্রদানের জন্য, যোগ্যতাসম্পন্ন সেবা প্রদানকারী রয়েছে। কিন্তু তারা যন্ত্রপাতি না থাকায় অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মী অথবা উভয় কারণে সেবা প্রদান করতে পারে না (সারণি ২)। এমনকি সবচেয়ে উদ্বেগের ব্যাপার হচ্ছে, অনেক সেবা কেন্দ্র যাদের পর্যাপ্ত

সারনী- ২

এমআর সেবা এবং সেবা প্রদানের দক্ষতা

২০১০ সালে ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র (UH&FWC) বাদে সব সেবা কেন্দ্রে এমআর সেবার পরিমাণ এবং এমভিএ সিরিঞ্জের সহজলভ্যতা ও প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মী ।

পরিমাপক	ইউ:স্ব: ও প:ক: কেন্দ্র ব্যতিরেকে অন্য সব ফ্যাসিলিটি	প্রাইভেট সেক্টর ক্লিনিক	সরকারি ফ্যাসিলিটি	
			হাসপাতাল*	অন্যান্য ফ্যাসিলিটি
% যারা এমআর সেবা প্রদান করে	৪৭.৮	৩৫.৬	৩৭.০	৮৬.৪
% যাদের রয়েছে সেবা দেওয়া যায় এমন এমভিএ কিটস	৭০.৩	৬৪.৬	৬৭.৭	৮৭.৬
কমপক্ষে একজন কর্মী যিনি এমভিএ ব্যবহার করতে পারে	৭২.৮	৬৭.৫	৭১.০	৮৮.৯
উভয়ই	৬৭.০	৬০.০	৬২.০	৮৭.০

*জেলা হাসপাতাল এবং সব মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল, সরকারি এবং বেসরকারি হাসপাতাল । আমরা সরকারি এবং বেসরকারি মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল একত্র করেছি । কারণ খরচ এবং প্রবেশাধিকারের দিক থেকে তারা অনুরূপ । মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র (এমসিডব্লিউসি) এবং উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লে ক্স(UHC) । উল্লেখ্য, ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রকে তাদের দক্ষতা সম্পর্কে প্রশ্ন করা হয়নি । তাদের এই সারণিতে দক্ষতা ও সেবার সহজলভ্যতার পরিমাপ করা থেকে বাদ দেয়া হয়েছে । M.R = মাসিক নিয়মিতকরণ । MVA = ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন । উৎস, রেফারেন্স ২২ ।

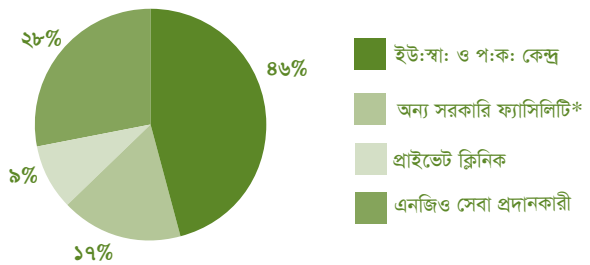
পরিমাণে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মী এবং প্রয়োজনীয় যন্ত্রপাতি রয়েছে তারা সরকার কর্তৃক স্বীকৃত এ সেবা প্রদান করছে না । এ জাতীয় পার্থক্যের কারণে মহিলাদের সেবার প্রবেশাধিকার সীমিত করে এবং এ জাতীয় পার্থক্য ব্যক্তি মালিকাধীন ক্লিনিকের ক্ষেত্রে সবচেয়ে বেশি ।

এসব অজানা কারণের উত্তর জানার জন্য শুধু ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রের (UH&FWC) ক্ষেত্রে কিছু অতিরিক্ত প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করা হয়েছিল । ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রে কর্মরত যেসব সেবা প্রদানকারী এমআর করে না তাদের মধ্যে ৪৩ শতাংশ উল্লেখ করেছে ধর্মীয় কারণ, ৩৭ শতাংশ বলেছেন তাদের স্বাস্থ্য এ সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টি করে এবং ২৪ শতাংশ এমআর সেবা প্রদান পছন্দ করে না । অন্যদিকে প্রায় ১০ শতাংশ উল্লেখ করেছে অপর্যাপ্ত প্রশিক্ষণ, এমআর যন্ত্রপাতির অভাব, জায়গার অভাব এবং সাহায্যকারী কর্মীর অনুপস্থিতি । ১০টি ইউনিয়ন স্বাস্থ্য পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রের মধ্যে কমপক্ষে ৪টি দেশের মোট এমআরের মধ্যে উল্লেখযোগ্য সংখ্যক সামাজিক ও ধর্মীয় কারণ অথবা ব্যক্তিগত অপছন্দের কথা উল্লেখ করেছে । এসব তথ্য পর্যালোচনা করলে বোঝা যায়, বাধাগুলো ভালভাবে বুঝতে হবে এবং এসব বাধার কারণ চিহ্নিত করে এর যথোপযুক্ত সমাধানের ব্যবস্থা করতে হবে ।

চিত্র-২

উৎস অনুযায়ী এমআরের বণ্টন

সরকারি সেবা কেন্দ্র সকল এমআরের দুইতৃতীয়াংশ সম্পাদন করে ।



সেবা কেন্দ্র অনুযায়ী ২০১০ সালে বাংলাদেশে এম, আর এর হার

*জেলা হাসপাতাল, মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র (এমসিডব্লিউসি), উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লে ক্স (ইউএসসি) এবং সকল সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতাল । আমরা সরকারি এবং বেসরকারি মেডিকেল হাসপাতাল একত্র করেছি । কারণ খরচ এবং প্রবেশাধিকারের দিক থেকে তারা অনুরূপ । উল্লেখ্য, M.R = মাসিক নিয়মিতকরণ, UH&FWC = ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র । উৎস, রেফারেন্স ২২ ।

সেবা প্রদানকারী কর্তৃক এমআর রোগী প্রত্যাখ্যান করা

অনেক মহিলা এমআর সেবা পেতে ব্যর্থ হন কারণ তাদের সেবা প্রদান করা হয় না । ২০১০ সালে গবেষণা কার্যক্রম থেকে দেখা যায়, একচতুর্থাংশের বেশি মহিলা অথবা ১,৬৬,০০০ মহিলা এমআর সেবা পেতে আগ্রহী ছিলেন কিন্তু সেবা পেতে ব্যর্থ হয়েছেন ।[২০] যখন সেবা কেন্দ্রগুলোকে প্রশ্ন করা হয়েছিল, তারা কেন এমআর সেবা দিতে ব্যর্থ হয়েছে তখন প্রায় সবাই এর একটি কারণ হিসেবে মহিলাদের শেষ মাসিকের সময়সীমা অনুমোদিত সময়সীমার চেয়ে বেশি হওয়াকে প্রাধান্য দিয়েছে (চিত্র ৩) । এর কারণ হচ্ছে, শেষ মাসিকের সময়সীমা সম্পর্কে ধারণা না থাকা । অনুরূপ প্রায় অর্ধেক স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্র মেডিকেল কারণ (যেমন– রোগীদের আগে বিদ্যমান শারীরিক অবস্থা) উল্লেখ করেছে । যদিও সুনির্দিষ্ট কারণ অপর্যাপ্ত যা ভালোভাবে জানা প্রয়োজন । দুর্ভাগ্যজনকভাবে এমআর রোগীদের সেবা প্রদানে অস্বীকৃতি । অন্যান্য কারণের মধ্যে যদিও সামান্য সংখ্যক স্থাপনা সামাজিক, সাংস্কৃতিক দৃষ্টিভঙ্গির কথা উল্লেখ করেছে । তা কোনো নিয়ম নীতি অথবা প্রয়োজনীয়তার মধ্যে পড়ে না । এগুলোর মধ্যে মহিলার কোনো ছেলে মেয়ে না থাকা (২০ শতাংশ) এবং মহিলার বয়স খুবই কম হওয়া (১২ শতাংশ) ।

নিম্নমানের সেবা প্রদান

সেবা প্রদানের জন্য পদ্ধতিটি নিরাপদ হওয়া সত্ত্বেও ২০১০ সালে প্রায় ৭৮,০০০ এমআর রোগী জটিলতায় আক্রান্ত হয়েছেন (সারণি ৩) । এর সম্ভাব্য কারণ হচ্ছে সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে যথাযথ রীতিনীতি র ক্ষা না করা । গবেষণালব্ধ ফল থেকে অসংখ্য ত্রুটি লক্ষ্য করা যায় । এর মধ্যে রয়েছে ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন পদ্ধতির প্রয়োগে যথাযথ কৌশলের অভাব, যন্ত্রপাতি সঠিকভাবে জীবাণুমুক্ত না করা, অস্বাস্থ্যকর পরিবেশ, সেবা প্রদানের সময় ব্যথানাশক ব্যবহার না করা এবং ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন সিরিঞ্জ সুপারিশকৃত সংখ্যার চেয়ে বেশি সংখ্যায় ব্যবহার করা ।[১৮,১৯]

এছাড়া, ২০০২ সালে জাতীয়ভাবে পরিচালিত এক জরিপের তথ্য অনুযায়ী দেখা যায়, সরকারি এমআর কর্মসূচির ক্ষেত্রে সেবা বিনামূল্যে প্রদানের নিয়ম থাকলেও এ জন্য নিয়মবহির্ভূতভাবে টাকা গ্রহণ করা হয়েছে ।[১৯] অনেক গবেষণামূলক কার্যক্রমের মধ্যে একটিতে এমআর সেবার জন্য মূল্য পরিশোধের ওপর তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে (১৯৯০ সালের মাঝামাঝি থেকে) । এতে দেখা যায়, যারা এমআর সেবা গ্রহণ করেছেন তাদের মধ্যে একতৃতীয়াংশ সেবা প্রদানকারীদের মূল্য পরিশোধ করেছেন যার গড় পরিমাণ ৪৪ টাকা ।[৩০] এ জাতীয় মূল্য এবং টাকার পরিমাণ সম্পর্কে মহিলাদের ক্লিনিকে আসার আগে ধারণা না থাকা প্রয়োজনীয় সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ বাধা ।[১৮] এছাড়া, ঘটনাক্রমে প্রতীয়মান হয়, যারা এমআর সেবা পেতে প্রত্যাখ্যাত হন তাদের দালালরা নিয়ন্ত্রণ করে এবং অনুমোদনহীন বা প্রশিক্ষণবিহীন সেবা প্রদানকারীদের কাছে নিয়ে যায় । যারা মাসিকের বর্ধিত সময়সীমা এবং তার সঙ্গে ব্যথানাশকের মূল্য সংযোজন করে এমআর সম্পাদনের জন্য দরকষাকষির মাধ্যমে মূল্য নির্ধারণ করে ।[১৬]

মহিলাদের সীমিত জ্ঞান

এমআর কর্মসূচির সেবা প্রাপ্তিতে সীমাবদ্ধতা হচ্ছে, মহিলারা এ কর্মসূচি সম্পর্কে কতোটুকু জানেন এর ওপর ২০০৭ সালের তথ্য অনুযায়ী প্রায় এক পঞ্চমাংশ বাংলাদেশি বিবাহিত মহিলা এমআর সম্পর্কে এখন পর্যন্ত কিছুই জানেন না ।[৯] এই সংখ্যা কম শিক্ষিত এবং দরিদ্র মহিলাদের মধ্যে সবচেয়ে বেশি (২৫২৬%) এবং তুলনামূলকভাবে অধিক শিক্ষিত ও ধনী মহিলাদের মধ্যে এর হার অনেক কম (৮১১%) ।[৩১] অধিকন্তু, অবিবাহিত মহিলাদের এমআরের জ্ঞান সম্পর্কে খুবই কম জানা যায় । বিয়ের বাইরে যৌন সম্পর্ক এবং সন্তান জন্মদান বিষয়ে কঠোর ধর্মীয় বিধিনিষেধ থাকা সত্ত্বেও অনেক সময় প্রেমাসক্ত হয়ে তারা গর্ভবতী হয়ে পড়েন ।[৬]

অনেক মহিলা এমআর সম্পর্কিত যেসব তথ্য জানেন তাও প্রায় ক্ষেত্রে সঠিক নয় । ১৯৯০ সালের মাঝামাঝি গুণগত মান সম্পন্ন গবেষণামূলক কার্যক্রম থেকে প্রতীয়মান হয়, নিরাপদ এমআর সেবা এবং গোপন গর্ভপাতের পার্থক্য সম্পর্কে

সারনী- ৩

জটিলতার চিকিৎসা

২০১০ সালে বিভাগ অনুযায়ী বাংলাদেশে এমআর এবং অনিরাপদ গর্ভপাতের জটিলতার কারণে অসুস্থতায় চিকিৎসার পরিমাণ নিরূপণ।

বিভাগ	এমআর জটিলতার চিকিৎসার সংখ্যা			অনিরাপদ গর্ভপাত, জটিলতার চিকিৎসার সংখ্যা		
	মোট	১৫-৪৪ বছর বয়সী প্রতি ১০০০ মহিলার ক্ষেত্রে	প্রতি ১০০০ এমআরের ক্ষেত্রে	মোট	১৫-৪৪ বছর বয়সী প্রতি ১০০০ মহিলার ক্ষেত্রে	প্রতি ১০০০ স্বপ্রনোদিত গর্ভপাতের ক্ষেত্রে
বাংলাদেশ	**৭৮,০৬১**	**২.২**	**১২০**	**২৩১,৩৬৭**	**৬.৫**	**৩৫৮**
বরিশাল	৩,৭০৭	১.৭	৮৭	৪,৯৪২	২.৩	৩৪৪
চট্টগ্রাম	৮,৭৪২	১.৩	৮৮	২৯,২২৮	৪.৪	৩৬৯
ঢাকা	২৮,০৮৭	২.৫	১২৬	৬০,৮৬৮	৫.৫	২৯৯
খুলনা	১৮,২৬৫	৪.১	২৯৫	৫৩,৯৮০	১২.০	৪৯০
রাজশাহী*	১৩,৯৩২	১.৬	৭১	৬৫,৮৪৯	৭.৩	৩৩৪
সিলেট	৫,৩২৮	২.৩	১৮৮	১৬,৫০০	৭.২	৩৯৭

*২০১০ সালের প্রথম দিকে রাজশাহী বিভাগের উত্তরের ৮টি জেলা (রাজশাহী বিভাগের প্রায় অর্ধেক জনসংখ্যা) নিয়ে একটি নতুন প্রশাসনিক বিভাগ রংপুর বিভক্ত হয়। এখানো পুরানে রাজশাহী বিভাগের চিত্র প্রতিফলিত হয়েছে। উলেখ্য, এমআরমাসিক নিয়মিতকরণ উৎস – রেফারেন্স ২০ এবং ২২।

ব্যাপক ভুল বোঝাবুঝি রয়েছে।[৩২] ২০১২ সালে সম্পাদিত এক গুণগত মান সম্পন্ন গবেষণা কার্যক্রম থেকে জানা যায়, এখনো অনেক মহিলা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত এবং অপ্রশিক্ষণপ্রাপ্ত সেবা প্রদানকারীর মধ্যে পার্থক্য বুঝতে পারেন না।[১৮] এটা অবিশ্বাস্য নয়, এই সুযোগে বিভিন্ন শ্রেণীর লোক এমআর সেবা প্রদানে উৎসাহিত হচ্ছে। যেসব মহিলারা গোপনীয়ভাবে এমআর করাতে চান তারা অনেক সময় অগ্রাধিকার প্রদান করেন আয়াসহ নন-মেডিকেল কর্মীদের (মহিলা মাঠকর্মী) কারণ তারা ক্লিনিকের সময়সূচির বাইরে অথবা মহিলাদের বাড়িতে অত্যন্ত সতর্কতার সঙ্গে এমআর সম্পাদন করেন। এসব অপেশাদার লোকজন ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন সিরিঞ্জ ব্যবহার করলেও এর যথাযথ ব্যবহারের কলাকৌশল সম্পর্কে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত নয়। অনেক সময় অস্বাস্থ্যকর পরিবেশে সম্পাদন করা হয় বলে এসব এমআরের ক্ষেত্রে জটিলতা বৃদ্ধির সম্ভাবনা অনেক বেশি থাকে।

সুপারিশসমূহ

বাংলাদেশে মাতৃস্বাস্থ্যের উন্নয়নে অনেক কিছু করার আছে। যেমন– 'দক্ষ ব্যক্তিদের উপস্থিতিতে নিরাপদ প্রসবের সংখ্যা এবং হার বৃদ্ধির পাশাপাশি জরুরি প্রসূতি সেবা' বৃদ্ধি প্রয়োজন। বিদ্যমান এমআর সেবার বিস্তৃতির মাধ্যমে অনিরাপদ গর্ভপাত পরিহার করা গেলে মাতৃমৃত্যু ও জটিলতা আরো কমিয়ে আনার যথেষ্ট সুযোগ রয়েছে। এমআর সেবা প্রাপ্তি আরো সহজলভ্য করার লক্ষ্যে নিম্নে কিছু কৌশলের প্রস্তাব করা হলো।

এমআর সেবা প্রাপ্তি সম্পর্কে মহিলাদের শিক্ষিত করা

আমরা জানি, প্রায় তিন দশক ধরে এ দেশে এমআর কার্যক্রম চালু আছে। কাজেই এমআর সেবা সম্পর্কিত বিস্তারিত তথ্য সবারই জানা উচিত। অনেক মহিলা এখনো এমআর এবং অনিরাপদ গর্ভপাতের মধ্যে পার্থক্য নির্ণয় করতে ব্যর্থ।[১৮] এর অর্থ হলো ভালোভাবে সঠিক তথ্য প্রদানের ব্যবস্থা করা। বিশেষ করে এমআর প্রাপ্তির সুযোগ থেকে বঞ্চিত হলে মহিলারা অনিরাপদ গর্ভপাতের দিকে ধাবিত হন, তা মহিলাদের স্বাস্থ্যের জন্য ঝুঁকিপূর্ণ এবং অর্থনৈতিকভাবে মূল্যও দিতে হয় বেশি। অনিরাপদ গর্ভপাতের ভয়াবহতা সম্পর্কে ব্যাপক প্রচার চালানো প্রয়োজন যাতে মহিলারা বুঝতে পারেন, একটি অনুমোদিত, নিরাপদ বিকল্প সেবা বিদ্যমান রয়েছে এবং তা বিনামূল্যে প্রদান করা হয়। মাঠ পর্যায়ে কর্মরত মাঠকর্মীরা যারা বাড়ি পরিদর্শন করেন অথবা কমিউনিটি ক্লিনিকে[৩৩] কাজ করেন তাদের এ কাজে নিয়োজিত করা যেতে পারে এতে তারা এমআরের কার্যকারিতা সম্বন্ধে তথ্য প্রচার করতে পারবেন।

বিশেষ করে গ্রাম এলাকায় বসবাসকারী নিরক্ষর মহিলাদের জন্য।[৩৪] অন্য একটি কার্যকর কৌশল হচ্ছে, যে মহিলারা এমআর সেবা গ্রহণ করেছেন এবং সন্তুষ্ট রোগীকে পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকারা তাদের অভিজ্ঞতা অন্যদের বলার জন্য উৎসাহিত করতে পারেন।[৩০]

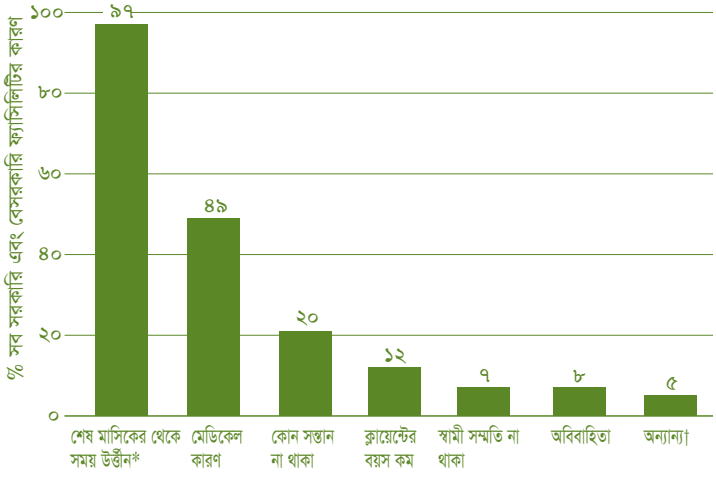
এমআর সেবার প্রাপ্যতা বৃদ্ধি করা

সর্বোপরি ২০১০ সালের গবেষণামূলক কার্যক্রম থেকে প্রতীয়মান হয়, জাতীয়ভাবে ৪৩ শতাংশ সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান যারা এমআর সেবা প্রদানে সক্ষম। কিন্তু সেবা প্রদান করছে না। এমআর সেবা আরো ব্যাপকভাবে সহজলভ্য করা প্রয়োজন, বিশেষ করে যেসব প্রতিষ্ঠান প্রাথমিক পর্যায়ে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করে এবং গ্রাম এলাকায় বসবাসকারী মহিলাদের কাছে সহজে পৌঁছাতে পারে এবং যারা হাসপাতাল থেকে অনেক দূরে বাস করে। প্রকৃতপক্ষে ২০১০ সালে গবেষণালব্ধ ফল থেকে প্রতীয়মান হয়, গ্রামভিত্তিক এক-তৃতীয়াংশ ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র ব্যাপকভাবে অসুবিধার সম্মুখীন হচ্ছে এবং সেবা প্রদান করতে পারছে না। কর্মসূচির গুরুত্ব প্রদানের জন্য এসব কেন্দ্রের কর্মীদের (পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা) অত্যাবশ্যকীয় এমআর সেবা প্রদানকারী হিসেবে গুরুত্ব প্রদান করতে হবে। বর্তমানে দেশে নতুন পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা নিয়োগের প্রক্রিয়া শুরু হয়েছে।[১০] এসব নুতন নিয়োগপ্রাপ্ত পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকাদের দক্ষতার সঙ্গে এমআর সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে আত্মবিশ্বাসের অভাব রয়েছে। সেবা প্রদানকারীদের দক্ষতা বৃদ্ধির জন্য

চিত্র-৩

এমআর রোগীদের প্রত্যাখ্যান

সেবা প্রদানকারীরা কর্তৃক এমআর সেবা গহণেচ্ছুক রোগীদের প্রত্যাখ্যানের প্রধান কারণ মাসিকের সময়সীমা বেশি হওয়া। কিন্তু অনেকেই অফিশিয়াল নিয়মের বাইরেও এ সেবা প্রদান করে।



প্রত্যাখ্যানের কারণগুলো

*পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা এবং অন্যান্য প্যারামেডিক শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে ৮ সপ্তাহ পর্যন্ত এবং চিকিৎসক শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে ১০ সপ্তাহ পর্যন্ত সেবা প্রদান করে থাকেন। †'অন্যান্য'-এর ম ধ্যে অন্তর্ভূক্ত রোগী টাকা পরিশোধ করতে পারেন না, সরবরাহ পর্যাপ্ত নয়, চিকিৎসকের অনুপস্থিতি, চিকিৎসকের সেবা প্রদানের ব্যাপারে আত্মবিশ্বাসের অভাব, রোগীর এমআর পরবর্তী পদ্ধতি নিতে অস্বীকার করা, রোগীর বার বার এমআরের ইতিহাস এবং ধর্মীয় কারণ। একাধিক উত্তরের জন্য অনুমতি প্রদান করা হয়েছে। উলেখ্যঃ M.R= মাসিক নিয়মিতকরণ, LMP = শেষ মাসিকের সময়সীমা। উৎস- রেফারেল২২।

কর্মস্থলে প্রশিক্ষণ প্রদানের পাশাপাশি সহায়ক তত্ত্বাবধানর ব্যবস্থা করে দক্ষ সেবা প্রদানকারীর সংখ্যা বৃদ্ধি করা যেতে পারে। গুণগত মান সম্পন্ন এমআর সেবা প্রদান কেবল মহিলাদের স্বাস্থ্যের উন্নতি ঘটাবে না, বরং অর্থের সাশ্রয়ও ঘটাবে। ২০০৮ সালে হাসপাতালে মাঝারি পর্যায়ের গর্ভপাত জটিলতার জন্য চিকিৎসা খরচ ছিল রোগীপ্রতি ২৭-৪০ শতাংশ এবং অধিক জটিল গর্ভপাত জটিলতার চিকিৎসা খরচ রোগীপ্রতি ছিল ১৩ শতাংশ।[১৭]

এমআর সেবার গুণগত মানোন্নয়ন

এমআর সেবার জটিলতার ধরন থেকে প্রতীয়মান হয়, সেবার মানোন্নয়নের জন্য এর নিরাপত্তা নিশ্চিত করা প্রয়োজন। বর্তমানে ওষুধ প্রয়োগের মাধ্যমে (মাইফিপ্রিস্টন পাস মিসোপ্রস্টল) এমআর সেবা প্রদানের একটি নতুন দিক নিয়ে গবেষণামূলক কার্যক্রম পরিচালিত হয়েছে এবং দেখা গেছে, এটি এমআরের চেয়ে বেশি সহনীয়। সম্প্রতিক বিভিন্ন বেসরকারি প্রতিষ্ঠানে পরিচালিত এক গবেষণায় দেখা গেছে, ওষুধ প্রয়োগের মাধ্যমে এমআর সম্পাদন বাংলাদেশে গ্রহণযোগ্য এবং বাস্তবায়নযোগ্য।[৩৫]

ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন সিরিঞ্জ ব্যবহারের মাধ্যমেই সাধারণত এমআর সেবা প্রদান করা হচ্ছে। এক্ষেত্রে বিভিন্ন ধরনের সমস্যা পরিলক্ষিত হয়। এর মধ্যে উল্লেখযোগ্য হচ্ছে, দেশের এক-তৃতীয়াংশ সেবা কেন্দ্রে যন্ত্রপাতি এবং যন্ত্রপাতি ব্যবহারের জন্য প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মীর অভাব রয়েছে। অন্য সমস্যাগুলো সম্পর্কে সিরিঞ্জ ব্যবহার সম্পর্কে যে লিখিত নির্দেশনা রয়েছে এতে উল্লেখ করা আছে। যেমন ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন যন্ত্র যথাযতভাবে ব্যবহার না করা, এটি এমআর সিরিঞ্জ দ্বারা ৫০টির বেশি এমআর না করা। নিয়ম হচ্ছে ৫০টি এমআর করার পর ঐ সিরিঞ্জটি নষ্ট করে নতুন সিরিঞ্জ ব্যবহার করা এবং যন্ত্রপাতি যথাযথভাবে জীবাণুমুক্তকরণের অনুশীলনের অভাব।[১৬,১৮,১৯]

গবেষণায় রোগীর যত্ন নেয়ার মান খুবই দুর্বল দেখানো হয়েছে। এই সেবা গ্রহণের জন্য অননুমোদিত অর্থ পরিশোধ মহিলাদের কাছে এমআর সেবা ব্যয়বহুল করেছে। ফলে অনেক মহিলাকে অনিরাপদ গর্ভপাতের ঝুঁকি নিতে হয়। এ জাতীয় অভ্যাস সরকারি সেবা কেন্দ্রে এমআর সেবা বিনামূল্যে প্রদান নিশ্চিত করার যে নিয়ম রয়েছে এর পরিপন্থী। অন্যান্য বিষয় হচ্ছে, ব্যথানাশক ব্যবহারের অপ্রতুলতা, গোপনীয়তা রক্ষা না করা, সেবা প্রদানকারীর নিজস্ব চিন্তাধারা এবং আক্রমনাত্মক দৃষ্টিভঙ্গি। এসব সমাধানযোগ্য সমস্যা নিরসনের জন্য প্রয়োজন মৌলিক প্রশিক্ষণ এবং বার বার প্রশিক্ষনসহ পর্যবেক্ষণ বৃদ্ধি করা। সেবা প্রদানকারীদের ব্যবহারে যেসব অসামঞ্জস্যতা আছে এবং ক্লিনিকাল কার্যক্রমে যে দুর্বলতা আছে তা বর্তমানে সরকার কর্তৃক যে এমআর প্রটোকল প্রণয়ন হতে যাচ্ছে এতে সন্নিবেশিত করে তা চূড়ান্ত করতে হবে এবং ব্যাপকভাবে এর ব্যবহার ও বাস্তবায়ন নিশ্চিত করতে হবে।[৩৬]

উপসংহার

মহিলাদের স্বাস্থ্য রক্ষা এবং অনিরাপদ গর্ভপাত কমিয়ে আনার ক্ষেত্রে সবচেয়ে উত্তম পন্থা হচ্ছে অনিচ্ছাকৃত গর্ভধারণ প্রতিরোধ করা। বাংলাদেশ আধুনিক গর্ভনিরোধক পদ্ধতি ব্যবহারের ক্ষেত্রে যথেষ্ট উন্নতি সাধন করেছে। ২০১১ সালের ডেমোগ্রাফিক এবং হেলথ সার্ভে অনুযায়ী বর্তমানে বিবাহিত মহিলাদের মধ্যে আধুণিক পদ্ধতি ব্যবহারকারীর হার ৫২ শতাংশ।[৩৩] তা এক দশক আগেও ছিল ৪৩ শতাংশ।[৩৭] বাংলাদেশি মহিলাদের অনাকাঙ্খিত বা অনিচ্ছাকৃত গর্ভধারণ কমিয়ে আনার জন্য বর্তমানে ১২ শতাংশ অপূর্ণ চাহিদাসহ ৯ শতাংশ সনাতন পদ্ধতির ব্যবহার যা যথেষ্ট কার্যকর নয় তা কমিয়ে আনতে হবে এবং স্বাধীনভাবে কার্যকর পদ্ধতি পছন্দ করতে সক্ষম করে তুলতে হবে। প্রাপ্ত তথ্য থেকে জানা যায়, দেশে অধিকাংশ অনিচ্ছাকৃত গর্ভের কারণ হচ্ছে পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়ার কারণে পদ্ধতি ব্যবহার বন্ধ করে দেয়া।[১৮] এই তথ্য ঈঙ্গিত করে, যারা বর্তমানে তাদের ব্যবহৃত পদ্ধতির ব্যবহারে সন্তুষ্ট নয় তাদের অন্য পদ্ধতি সরবরাহ করা এবং পদ্ধতির সঠিক ব্যবহার ও সামঞ্জস্যপূর্ণতার ওপর পরামর্শ প্রদানের গুণগত মান বৃদ্ধি করা। অন্যদিকে সমন্বিত প্রজনন স্বাস্থ্য সেবার অংশ হিসেবে যেসব মহিলারা প্রসব-পরবর্তী সেবা, গর্ভপাত-পরবর্তী সেবা এমআর সেবার জন্য আসেন তাদের গর্ভনিরোধক পদ্ধতির ওপর পরামর্শ এবং পদ্ধতি সরবরাহ করা নিশ্চিত করতে হবে।

বাংলাদেশি মহিলাদের স্বাস্থ্য সুরক্ষার জন্য সর্বোৎকৃষ্ট পন্থা হচ্ছে অনিচ্ছাকৃত গর্ভধারণ এবং অনিরাপদ গর্ভপাতের প্রয়োজনীয়তা পরিহার করা। ফলে গর্ভপাতজনিত মাতৃমৃত্যু এবং অসুস্থতা কমে আসবে। নিরাপদ এমআর সেবা ব্যাপকভাবে সহজলভ্য করার মাধ্যমে অনিরাপদ এমআরের জটিলতা এবং অনিরাপদ গর্ভপাত কমিয়ে আনা সম্ভব হবে। ফলে মহিলাদের স্বাস্থ্যের উপর এর নেতিবাচক প্রভাব কমিয়ে আনা সম্ভব হবে।

References

1. United Nations, 2015 Millennium Development Goals: a gateway to the UN system's work on the MDGs, no date, <http://www.un.org/millenniumgoals/>, accessed Apr.4, 2012.

2. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Maternal mortality estimates and MDG 5 attainment by country, 1990-2011,Sept. 23, 2011, <http://www.healthmetricsandevaluation.org/ghdx/record/maternal-mortalityestimates-and-mdg-5-attainmentcountry-1990-2011>, accessed Apr.21, 2012.

3. World Health Organization (WHO) et al., Trends in Maternal Mortality:1990 to 2010, WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank Estimates, Geneva: WHO, 2012.

4. National Institute of Population Research and Training (NIPORT) et al., Bangladesh Maternal Health Services and Mortality Survey 2001, Dhaka, Bangladesh: NIPORT; and Calverton, MD, USA: ORC Macro, 2003

5. NIPORT, Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2010, Summary of Key Findings and Implications, Dhaka, Bangladesh: NIPORT, 2011.

6. Akhter H, Abortion in Bangladesh, in: Sachdev P, ed., International Handbook on Abortion, New York: Greenwood Press, 1988.

7. Penal Code, 1860, as adopted by the Bangladesh Laws Revision and Declaration Act of 1973.

8. Government of the People's Republic of Bangladesh, Memo No. 5-14/MCH-FP/Trg.79, Dhaka, Bangladesh: Population Control and Family Planning Division, 1979.

9. NIPORT, Mitra and Associates and Macro International, Bangladesh Demographic and Health Survey,2007, Dhaka, Bangladesh: NIPORT and Mitra and Associates; and Calverton, MD, USA: Macro International, 2009.

10. Johnston H et al., Scaled up and marginalized: a review of Bangladesh's menstrual regulation programme and its impact, in: Blas E, Sommerfeld J and Karup A, eds., Social Determinants Approaches to Public Health: From Concept to Practice, Geneva: WHO, 2011, pp. 9-24.

11. Department of Economic and Social Affairs, United Nations, World Urbanization Prospects, the 2011 revision, no date, <http://esa. un.org/unpd/wup/CD-ROM/Urban-Rural-Population.htm>, accessed Apr. 10, 2012.

12. Mridha M, Anwar I and Koblinsky M, Public-sector maternal health programmes and services for rural Bangladesh, Journal of Health, Population and Nutrition, 2009, 27(2):124-138.

13. 4200 FWAs, FWVs to be recruited to safe motherhood programme, The Financial Express, July 1, 2012, <http://www.thefinancialexpress bd. com/ more.php?date=2012-07- 01&news_id=135072>, accessed July 13, 2012.

14. MR services: performance statistics, in: Health and Rights, Dhaka: Bangladesh, Sexual and Reproductive Health and Rights (SRHR) Consortium, No. 4, Issue 4, 2011, p. 4.

15. Bangladesh Association for the Prevention of Septic Abortion (BAPSA), M.R. training and services status, M.R. Newsletter: Working Together to Improve Women's Lives, Dhaka, Bangladesh: BAPSA, Twentyfirst year, No. 2, 2005, p. 3.

16. Oliveras E et al., Situation Analysis of Unsafe Abortion and Menstrual Regulation in Bangladesh, Dhaka, Bangladesh: International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B), 2008.

17. Johnston H et al., Health system costs of menstrual regulation and care for abortion complications in Bangladesh, International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2010, 36(4):197-204.

18. Hashemi A, Rashid S and Rashid M, Where do women go and why? Understanding the barriers to safe MR services in Bangladesh, unpublished manuscript, Dhaka, Bangladesh: James P. Grant School of Public Health, BRAC University, 2012.

19. Chowdhury SN and Moni D, A situation analysis of the menstrual regulation programme in Bangladesh, Reproductive Health Matters, 2004, 12(24 Suppl.):95-104.

20. Singh S et al., The incidence of menstrual regulation procedures and abortion in Bangladesh, International Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 2012 (forthcoming).

21. Singh S et al., Estimating the level of abortion in the Philippines and Bangladesh, International Family Planning Perspectives, 1997, 23(3):100-107 & 144.

22. Unpublished data from the Health Facilities Survey, Bangladesh, 2010.

23. Rochat RW et al., Maternal and abortion related deaths in Bangladesh, 1978-1979, International Journal of Gynaecology & Obstetrics, 1981, 19(2):155-164.

24. DaVanzo J and Rahman M, Safe vs. unsafe pregnancy termination in Matlab Bangladesh: trends and correlates, paper presented at the annual meeting of the Population Association of America, San Francisco, CA, USA, May 3-5, 2012.

25. Chowdhury ME et al., Determinants of reduction in maternal mortality in Matlab, Bangladesh: a 30-year cohort study, Lancet, 2007, 370(9595):1320-1328.

26. Chowdhury ME et al., Causes of maternal mortality decline in Matlab, Bangladesh, Journal of Health, Population and Nutrition, 2009, 27(2):108-123.

27. ICDDR,B, Increasing levels of abortion and decreasing abortionrelated mortality, Health and Science Bulletin, 2007, 9(2):1-6.

28. Unpublished data from the Health Professionals Survey, Bangladesh, 2010.

29. Bangladesh Bureau of Statistics (BBS), Report of the Household Income and Expenditure Survey, 2010, Dhaka, Bangladesh: BBS, 2012.

30. Akhter H et al., A Study to Assess the Determinants and Consequences of Abortion in Bangladesh, Dhaka, angladesh: Development Assistance Council and Bangladesh Institute of Research for Promotion of Essential & Reproductive Health and Technologies (BIRPERHT), 1998.

31. Special tabulations of data from the 2007 Bangladesh Demographic and Health Survey.

32. Caldwell B et al., Pregnancy termination in a rural subdistrict of Bangladesh: a microstudy, International Family Planning Perspectives, 1999, 25(1):34-37 & 43.

33. NIPORT, Mitra and Associates, and Measure DHS, ICF International, Bangladesh Demographic and Health Survey, 2011: Preliminary Report, Dhaka, Bangladesh: NIPORT and Mitra and Associates; and Calverton, MD, USA: Measure DHS, 2012.

34. Islam M, Rob U and Chakraborty N, Menstrual regulation practices in Bangladesh: an unrecognized form of contraception, Asia-PacificPopulation Journal, 2004, 19(4): 75-99.

35. ICDDR,B and Maternal Health Task Force, Menstrual Regulation Using Medication Is Acceptable and Feasible in NGO Settings in Bangladesh, Dhaka, Bangladesh: Center for Reproductive Health, 2011. 36. Bhuiyan HU, BAPSA, Dhaka, Bangladesh, personal communication, July 13, 2012.

প্রাপ্তি স্বীকার

এ সারসংক্ষেপটির লেখক আলতাফ হোসেন, বাপসা, আইজাক মেডো জিমেট এবং সুশীলা সিং, গুটম্যাকার ইনস্টিটিউট এবং লিজা রিমেজ, ইন্ডিপেনডেন্ট কনসালটেন্ট এবং এই সারসংক্ষেপটি সম্পাদনা করেছেন সুসান লন্ডন, ইন্ডিপেনডেন্ট কনসালটেন্ট । এই সারসংক্ষেপটির খসড়া প্রতিবেদনে মূল্যবান মন্তব্যের জন্য লেখক যাদের কাছে কৃতজ্ঞ তারা হলেন : সাইফউদ্দিন আহমেদ, জন হপকিন্স, লুক্সেমবার্গ স্কুল অব পাবলিক হেল্‌থ, আহমেদ আল্ল সাব্বির, ফ্রিল্যান্স কনসালটেন্ট এবং সাবেক পরিচালক (গবেষণা), নিপোর্ট; ফেরদৌসী বেগম, সহযোগী অধ্যাপক, ধাত্রী ও প্রসুতিবিদ্যা এবং সাবেক সেক্রেটারি জেনারেল, বাংলাদেশের ধাত্রী ও প্রসূতিবিদ্যা সোসাইটি; হালিদা আক্তার এবং এলিজাবেথ ওলিভারস, পাথফাইন্ডার ইন্টারন্যাশনাল; মোহাম্মদ শরীফ, পরিচালক, মা এবং শিশু স্বাস্থ্য সেবা এবং লাইন ডিরেক্টর, মা, শিশু, প্রজনন এবং কিশোরী স্বাস্থ্য (এমসিআরএএইচ), পরিবার পরিকল্পনা অধিদফতর; ঢাকা, হেইডি বার্ট জনস্টন, সুইস ট্রপিক্যাল অ্যান্ড পাবলিক হেল্‌থ ইনস্টিটিউট অ্যান্ড ইউনিভার্সিটি অব বাসেল; রিনা ইয়াসমিন, মেরী স্টোপস বাংলাদেশ এবং লাউরা রাইচেনব্যাখ, আইসিডিডিআর,বি । লেখক আরও যাদের অবদানের কথা স্বীকার করে তারা হলেন হেদায়েত উল্লাহ ভুঞা, বাপসা এবং গুটম্যাকার ইনস্টিটিউটের প্যাটরিকা ডুনোবান, রুবিনা হোসেইন, গুস্টাভো সুয়ারেজ এবং মাইকেল ভ্লাসফ । এ প্রকাশনাটির ব্যাপারে আর্থিক সহায়তা প্রদান করেছে আন্তর্জাতিক বিষয়ক মন্ত্রণালয়, ডাচ এবং আন্তর্জাতিক উন্নয়ন বিভাগ, যুক্তরাজ্য ।

আলতাফ হোসেন এবং অন্যান্য; বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণ, অনিরাপদ গর্ভপাত এবং মাতৃস্বাস্থ্যের সারসংক্ষেপ, নিই উয়র্ক, গুটম্যাকার ইনস্টিটিউট, ২০১২, সংখ্যা ৩ ।

অ্যাসোসিয়েশন ফর প্রিভেনশন অব সেপ্টিক অ্যাবরশন, বাংলাদেশ (বাপ্‌সা)

বাড়ি৭১, ব্লকসি, এভিনিউ৫
সেকশন৬, মিরপুর, ঢাকা১২১৬
বাংলাদেশ
টেলিফোন : ৯০৩২৩৯২, ৯০১২৪০০
ই মেইল : bapsab@dhaka.net

GUTTMACHER INSTITUTE

Advancing sexual and reproductive health worldwide through research, policy analysis and public education

125 Maiden Lane
New York, NY 10038, USA
Tel: 212.248.1111
info@guttmacher.org

www.guttmacher.org

সেপ্টেম্বর ২০১২