নৃবিজ্ঞান পত্রিকা, সংখ্যা ৫, পৃ:৩৩-৪৯
©২০০০ নৃবিজ্ঞান বিভাগ, জাহাঙ্গীরনগর বিশ্ববিদ্যালয়, ঢাকা

পুনরুৎপাদন স্বাস্থ্যসেবা, না-কি পুঁজিবাদী রূপান্তর?

মোঃ নজরুল ইসলাম*

১. পটভূমি

প্রবন্ধটি আমার স্নাতকোত্তর গবেষণা পত্রের উপর ভিত্তি করে রচিত। গবেষণাটি সম্পাদিত হয়েছিলো ১৯৯৭ সালের জানুয়ারী থেকে ১৯৯৮ সালের ফেব্রুয়ারীর মধ্যবর্তী সময়ে ফরিদপুর জেলার কোতয়ালী থানার সমেশপুর গ্রামে। গবেষণার বিষয়বস্তু ছিলো ক্ষুদ্র ঋণ প্রকল্পে অংশ গ্রহনকারী গ্রামীণ নারীদের উর্বরতা চর্চার রূপান্তর ও নির্মাণ প্রক্রিয়ার স্বরূপ চিহ্নিত করণ। এক্ষেত্রে বেসরকারী উন্নয়ন সংস্থা ব্রাকের ক্ষুদ্র ঋন প্রকল্পের আওতাভুক্ত একটি সমিতিকে গবেষণার জন্য নির্বাচন করা হয়েছিলো। উক্ত সমিতির সদস্যরা ব্রাকের ক্ষুদ্র ঋন প্রকল্পের সহযোগী কর্মসূচী হিসেবে জরুরী স্বাস্থ্য পরিচর্যা কার্যক্রমের আওতাভূক্ত ছিলো এবং একইসাথে দীর্ঘদিন ধরেই সরকারী পরিবার পরিকল্পনা কর্মসূচীর সংস্পর্শে থেকেছে। সমিতির সদস্যরা উক্ত এলাকায় কর্মরত অন্যান্য সরকারী ও বেসরকারী উন্নয়ন সংস্থার পুনরুৎপাদন স্বাস্থ্যসেবা কার্যক্রম এর সংস্পর্শেও এসেছিলো। গবেষণাটি সম্পাদিত হয় মোট ২৫ জন উত্তরদাতার উপর যারা সকলেই ছিলো উক্ত সমিতির সদস্য এবং তারা উক্ত সমিতির ক্ষুদ্র ঋণ কর্মসূচীর আওতাভূক্ত ছিল। উক্ত দাতাদের দৈব চয়নের ভিত্তিতে নির্বাচন করা হয়। পদ্ধতিগত দিক থেকে অকাঠামোগত সাক্ষাৎকার, কেইস স্টাডি, ফোকাস গ্রুপ আলোচনা, প্রধান তথ্য সরবরাহকারীর সহযোগিতা, নিরীক্ষা প্রভৃতি কৌশল এ গবেষণায় প্রয়োগ করা হয়েছিলো। এছাড়া মাধ্যমিক উৎস হিসেবে উক্ত উন্নয়ন সংস্থার এবং সরকারী পরিবার পরিকল্পনা বিভাগের গবেষণা এলাকায় কর্তব্যরত কর্মীদের বক্তব্য, সাক্ষাৎকার এবং অফিসিয়াল নথিপত্র, রিফলেট, প্রকাশনার সহযোগিতা গ্রহন করা হয়েছিলো এই গবেষণায়। প্রবন্ধটিতে মূল গবেষণা প্রতিবেদনের শুধুমাত্র পুনরুৎপাদন স্বাস্থ্যসেবা সংশ্লিষ্ট অংশ সমূহই তুলে ধরা হলো।

প্রবন্ধটি কয়েকটি অংশে বিভক্ত। প্রবন্ধের ভূমিকা অংশে রয়েছে মূল গবেষণার প্রবন্ধ কেন্দ্রিক অংশ সংশ্লিষ্ট কেন্দ্রীয় জিজ্ঞাসা সমূহ আলোচনা। পরবর্তী অংশে তুলে ধরা হয়েছে গবেষণার বিশেষতঃ প্রবন্ধ কেন্দ্রিক তাত্ত্বিক বিষয়াবলীর উপস্থাপনা। শেষ অংশে প্রবন্ধ রচনার মূল প্রেক্ষিত ও লক্ষ্য সংশ্লিষ্ট গবেষণালব্ধ ফলাফল সমূহ তুলে ধরার মধ্য দিয়ে প্রবন্ধের উপসংহার টানা হয়েছে। গবেষণালব্ধ ফলাফল সমূহকে তাত্ত্বিক প্রেক্ষিত সমূহের সঙ্গে আরো বেশী সম্পর্কযুক্ত করে তোলার প্রয়োজনে ফলাফল তুলে ধরার সাথে সাথে কেইস স্টাডি উপস্থাপনের মধ্য দিয়ে সেগুলোকে আরও পোক্ত করার চেষ্টা করা হয়েছে।

*প্রভাষক, নৃবিজ্ঞান বিভাগ, শাহজালাল বিজ্ঞান ও প্রযুক্তি বিশ্ববিদ্যালয়, সিলেট।

'পঞ্চাশ' ও 'ষাটের' দশকে পুঁজিবাদী উন্নয়ন ডিসকোর্সের একটি কেন্দ্রীয় আগ্রহের জায়গা হয়ে দাঁড়ায় নারী ও উন্নয়ন'। ইস্টার বসেরাপ প্রকাশিত 'অর্থনৈতিক উন্নয়নে নারীর ভূমিকা' (Women's Role in Economic Development) গ্রন্থ এ বিষয়ে বিশেষ দৃষ্টি আকর্ষণে সক্ষম হয়। বসেরাপ দেখান, কিভাবে উপনিবেশবাদ এবং আধুনিকায়নের ধরণ বাণিজ্য ও শিল্প ক্ষেত্রে নতুন লিঙ্গীয় ভূমিকা প্রতিষ্ঠার মধ্য দিয়ে নারীর নিম্ন মর্যাদা ও পুরুষের শ্রেষ্ঠত্ব প্রতিষ্ঠা করে (Roodkowsky 1983:13)। ১৯৭৬-'৮৫-এ জাতিসংঘ কর্তৃক নারী দশক ঘোষণার মধ্য দিয়ে নারী ও উন্নয়ন শীর্ষক ধারণা প্রাতিষ্ঠানিক রূপলাভ করে এবং 'উন্নয়নে নারী' বিশেষতঃ তৃতীয় বিশ্বের নারীদের জন্য শক্তিশালী ডিসকোর্স রূপে আবির্ভূত হয়। এই প্রক্রিয়ার অত্যাবশ্যকীয় অংশ হিসাবে নারীকে উন্নয়ন কার্যক্রমে সম্পৃক্ত করার কলাকৌশল নিয়ে শুরু হয় তাত্ত্বিক বির্তক এবং নির্মিত হতে থাকে বিভিন্ন দৃষ্টিভঙ্গি। যেগুলোর কেন্দ্রীয় লক্ষ্য ছিলো তৃতীয় বিশ্বের নারীদেরকে উন্নয়ন প্রক্রিয়ায় সক্রিয় অংশগ্রহণের মধ্যে দিয়ে উৎপাদনমুখীতার ত্বরান্বয়ন, নারীর দারিদ্রকে অনুন্নয়নের একটি সমস্যা হিসাবে বিবেচনা, দারিদ্র মোকাবেলায় অধিক দক্ষ করে তোলা, সর্বোপরি অর্থনৈতিক আত্মনির্ভরশীলতার মধ্যে দিয়ে ক্ষমতায়ন।

বাংলাদেশের প্রাসঙ্গিকতায় নারীর জন্য ক্ষুদ্র ঋণ প্রকল্প উন্নয়নে নারীর অংশগ্রহনের অংশ হিসেবে যাত্রা শুরু করে 'সত্তর' দশকের মাঝামাঝিতে। মূলতঃ ১. উৎপাদনে লিঙ্গীয় ভূমিকা মূল্যায়নের প্রয়োজনে গৃহস্থালীতে লিঙ্গীয় ভূমিকা মূল্যায়ন জরুরী। কেননা যদি উন্নয়নে নারীর ভূমিকার বিশেষত্বসমূহ মূল্যায়ণ করতে হয়, তাহলে গৃহস্থালীতে (private sphere) এবং গৃহের বাইরে (public sphere) উভয় ক্ষেত্রেই নারীর ভূমিকাকে বিবেচনায় আনতে হবে। ২. প্রচলিত অর্থনৈতিক উন্নয়ন-নারী এবং পুরুষের উপর স্বতন্ত্র প্রভাব ফেলেছে এবং কিছু ব্যতিক্রম ছাড়া সিংহভাগ নারীর ক্ষেত্রে এই প্রভাব নেতিবাচক (Momsen ১৯৯১:৩)। এই দু'টি কেন্দ্রীয় থীমের সঙ্গে সঙ্গতি রেখে ১৯৭৫ এ বাংলাদেশ সরকার উনিশটি প্রশাসনিক শহরে 'গ্রামীণ নারী সমবায়' প্রকল্পের প্রবর্তন করেন। স্বাস্থ্য বিষয়ক প্রশিক্ষণ, পুষ্টি, নিরক্ষরতা দূরীকরণ, সব্জি বাগান, খাদ্য প্রক্রিয়াজাতকরণ, হাঁস- মুরগী পালন ইত্যাদি কার্যক্রমের মধ্যে দিয়ে এই উন্নয়ন প্রক্রিয়ার যাত্রা শুরু (Gardner and Lewis 1996:55)। দরিদ্র ও ভূমিহীন নারীদের ক্ষুদ্র ঋণ প্রদানের মধ্য দিয়ে উপার্জন ক্ষমতা বৃদ্ধির প্রচেষ্টা শীর্ষক এরূপ উদ্যোগে '৮০-এর দশকে বিভিন্ন বেসরকারী সংস্থাসমূহও প্রত্যক্ষ সংশ্লিষ্ট হয়ে পড়ে।

৬০-এর দশকে পুঁজিবাদী উন্নয়নের আরেকটি কেন্দ্রীয় লক্ষ্য ছিলো বিশ্বের ক্রমবর্ধমান জনসংখ্যারোধ কল্পে বস্তুগত প্রযুক্তির উদ্ভাবন এবং তৃতীয় বিশ্বের দেশসমূহে তার ব্যাপক সম্প্রসারণ। এই পরিকল্পনার স্পর্শ বাংলাদেশে অনুভূত হয় প্রায় একই সময়ে। ১৯৫৩ সালে কিছু উৎসাহী সমাজকর্মী দেশে পরিবার পরিকল্পনা আন্দোলন শুরু করেন। কেননা জনসংখ্যা বৃদ্ধি দেশের এক নম্বর সমস্যা হিসাবে দেখানো হয় (আনু মুহাম্মদ ১৯৯৫:৬)। উন্নয়নের মূলধারার লেখালেখিতে দেখানো হয় জনসংখ্যা সমস্যা তৃতীয় বিশ্বের অনুন্নয়নের মূল কারণ।

সুতরাং বস্তুগত প্রযুক্তির ব্যাপক ব্যবহার ত্বরান্বিত করার মধ্যে দিয়েই একমাত্র সম্ভব জনসংখ্যা রোধ। কিন্তু যে প্রশ্নগুলো সুকৌশলে এড়িয়ে যাওয়া হয়, তা হচ্ছে, কেন বাংলাদেশের মতো দেশগুলোর জনসংখ্যা বৃদ্ধি নিয়ে পশ্চিমের দেশগুলোর উদ্বিগ্নতা? কেন পশ্চিমে উদ্ভাবিত বস্তুগত প্রযুক্তি তৃতীয় বিশ্বের জনসংখ্যা সমস্যা সমাধানের একমাত্র কৌশল হয়ে উঠল? বস্তুতঃ বাংলাদেশের জনসংখ্যা সমস্যা রোধে পশ্চিমা সাহায্যকৃত দাতা দেশগুলোর উদ্দেশ্য, ভূমিকা, নৈতিক মূল্যনিরপেক্ষতা আজ প্রশ্নাতীত নয়। দৃশ্যত এবং অদৃশ্যত এক্ষেত্রে দু'টি কেন্দ্রীয় বিষয়কে এড়িয়ে যাওয়া কোনক্রমেই সম্ভব নয়। ১. সামাজিক, অর্থনৈতিক, রাজনৈতিক সাংস্কৃতিক ক্ষেত্রে দীর্ঘ সময়ের উপনিবেশিক আগ্রাসন, শোষণ, শাসন যে বিপর্যস্ততা তৈরী করে এবং তার সূত্র ধরে যে হতাশা, নৈরাজ্য ও বিশৃঙ্খল অবস্থা সৃষ্টি হয় জনসংখ্যার ক্রমবৃদ্ধি এই উদ্ভূত পরিস্থিতিতে বিকল্প পথ হিসেবে সমাজতান্ত্রিক বিপ্লবের সম্ভাবনাকে ত্বরান্বিত করবে। ২. পশ্চিমে উদ্ভাবিত এই সকল বস্তুগত প্রযুক্তির কার্যকারিতা পরীক্ষা পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া যাচাই এবং পশ্চিমা জনগোষ্ঠীতে সফলজনক প্রয়োগের পূর্ববর্তী শর্ত হিসাবে বাংলাদেশের মত দেশগুলোকে যথোপযুক্ত পরীক্ষা ক্ষেত্র হিসাবে ব্যবহার।

বস্তুত দেখা যায় যে, এখনও পশ্চিমা কণ্ঠেই বলা হয়, পশ্চিমা দেশগুলোতে এই বিপ্লব সফলতা অর্জন করলেও বাংলাদেশে করেনি। এর পিছনে মূলধারার গবেষণাগুলোতে যে কারণগুলোকে চিহ্নিত করা হয় তা হচ্ছে, কার্যকর চাহিদার অভাব ও স্বতস্ফুর্ত প্রেরণার নিম্নমান, শিক্ষার হার কম, অর্থনৈতিক ও সামাজিক মর্যাদা, বাসস্থান ভেদে অনুশীলনে ভিন্নতা, ধর্ম, সমাজে নেতৃত্বের ভূমিকা, পর্দাপ্রথা, পুরুষ আধিপত্য ও নারীর মর্যাদা, বিয়ের উদ্দেশ্য ও বিয়ের বয়স, সন্তান জন্মদান ও সন্তানের মূল্য (নূর-উন-নবী, পৃ:৩৬)। কিন্তু এই প্রযুক্তি ব্যবহারে দৈহিক ও মানসিক পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার বিষয়টি এড়িয়ে যাওয়া হয়, যে পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া স্পষ্টতই পশ্চিমা স্বার্থের অনুকূলে।

এই গবেষণায় অনেকগুলো কেন্দ্রীয় জিজ্ঞাসাকে সামনে নিয়ে আসা হয়েছে। এগুলো হলো কেন উর্বরতার ক্ষেত্রে বস্তুগত প্রযুক্তিতে নারীর ব্যাপক অন্তর্ভুক্তকরণ জরুরী হয়ে উঠলো? এই মডেল ও প্রযুক্তিগুলোর আপেক্ষিক উদ্দেশ্যের সাথে বাস্তব কার্যকারিতার বৈসাদৃশ্য ও অন্তর্নিহিত দ্বন্দ্বগুলো কোথায়? পুনরুৎপাদন প্রযুক্তির অন্তরালে পশ্চিমা সাংস্কৃতিক আধিপত্য কি করে নারীর পুনরুৎপাদন চর্চাকে রূপান্তর করে? পিতৃতান্ত্রিক সামাজিক, পারিবারিক ও প্রাতিষ্ঠানিক মতাদর্শ কিভাবে এই প্রযুক্তিগুলোর প্রধান ব্যবহারকারী হিসাবে নারীকে প্রতিপন্ন করে ?

২. তাত্ত্বিক প্রেক্ষাপট

শিল্পায়িত সমাজগুলোতে নারীর উর্বরতা চর্চার পরিবর্তন এবং শিল্পায়িত ও ঐতিহ্যবাহী সমাজগুলোর উর্বরতা ভিন্নতা শীর্ষক গবেষণায় প্রাথমিকভাবে জনমিতিক তত্ত্বই প্রয়োগ হতো (থমসন, ১৯২৯, নটেস্টেইন ১৯৫৩)। এই তত্ত্বে আধুনিকায়ন ধারণার ভিত্তিতে জনমিতিক সংক্রমন ব্যাখ্যা করা হতো (যেমন--

মৃত্যুহার উর্বরতা হারকে হ্রাস করে)। দেখানো হতো যে, উর্বরতা হ্রাস নির্ভর করে নারীর শিক্ষা, শ্রম শক্তিতে অংশগ্রহণের হার, জন্ম নিয়ন্ত্রণের আধুনিক পদ্ধতি সমূহে অর্ন্তভূক্ত হবার সুযোগ ইত্যাদির উপর। কিন্তু ক্ষুদ্র পর্যায়ে অবস্থা পরিবর্তনে পরিস্থিতির উপর ব্যক্তিক সাড়া প্রদানের গুরুত্বকে উপেক্ষা করা হতো (Alia 1991:19)। নারীর উর্বরতা চর্চা ব্যাখ্যায় পশ্চিমা মুল্লুকে পরবর্তী বহুল ব্যবহৃত তত্ত্ব হচ্ছে 'উর্বরতার চাহিদা তত্ত্ব' (demand theory of fertility)। চাহিদা তত্ত্বে অনুমান করা হতো যে, উর্বরতা হচ্ছে একটি অর্থনৈতিক পছন্দ যেখানে দম্পতিরা তাদের উপযোগ সর্বোচ্চকরণের ক্ষেত্রে অন্যান্য ভোগ্য পণ্যের ন্যায় সন্তানের একটি নির্দিষ্ট সংখ্যার সমন্বয় পছন্দ করে। এই প্রক্রিয়া কতগুলো নির্দেশক, যেমন, আয়, সময় ইত্যাদির উপর নির্ভরশীল (Alia 1991:21)। নতুন গার্হস্থ্য অর্থনীতির উপর ভিত্তি করে সন্তান গ্রহণের এই চাহিদাগত সিদ্ধান্ত চারটি ক্ষেত্রকে প্রভাবিত করে, ১. মানব পূঁজি বিনিয়োগ, ২. বাজারমূখী এবং বাজার বর্হিমূখী কর্মকান্ড কেন্দ্রিক সিদ্ধান্তের ক্ষেত্রে মানব সময়ের বন্টন, ৩. গার্হস্থ্য উৎপাদনে ভূমিকা এবং ৪.পরিবারের দৃষ্টিভঙ্গি যা ভোক্তার পছন্দ এবং গার্হস্থ্য উৎপাদন সিদ্ধান্ত উভয়কেই নিয়ন্ত্রণ করে (শার্লজ, টি, ডব্লিউ, ১৯৭৪)। তবে উর্বরতা কেন্দ্রিক চাহিদা তত্ত্বে মায়ের সময়ের মূল্যের সাথে সন্তান ধারণের সম্পর্ক সংস্কৃতি নির্ভর। কেননা, কিছু কিছু সংস্কৃতিতে নারীরা গৃহকোনে আবদ্ধ থাকে এবং গৃহের বাইরে কাজ করার তেমন কোন সুযোগ তাদের নেই। এই প্রক্রিয়া একটি সমাজের শ্রেণী কাঠামোর উপরও নির্ভরশীল। তাছাড়া দরিদ্র নারীদের ক্ষেত্রে শ্রম শক্তিতে অংশগ্রহণ এবং সন্তান ধারণের মধ্যবর্তী সম্পর্ক চাহিদা তত্ত্বের প্রত্যাশিত দিক নির্দেশনায় ক্রিয়া করেনা (Alia 1991:21)।

'৮০-এর দশকে নারীর উর্বরতা চর্চা নিয়ে ব্যাপকভাবে আলোচিত তত্ত্ব প্রদান করেন ইস্টারলিন। তার তত্ত্বের বিশেষত্ব হচ্ছে অর্থনৈতিক উন্নয়ন এবং জনমিতিক আচরণের ক্ষেত্রে অর্থনৈতিক ও সমাজতাত্ত্বিক বিষয়াবলীর সমন্বয় সাধন। ইস্টারলিন এর তত্ত্বে, নারীর উর্বরতা ব্যাখ্যায় তিনটি ধারা পাওয়া যায়, ১. প্রাকৃতিক উর্বরতা, ২. প্রত্যাশিত উর্বরতা এবং ৩. দম্পতি কর্তৃক বহনকৃত উর্বরতা বিধির গুরুত্ব। তারমতে, জন্মনিয়ন্ত্রণের কৌশলগুলোর উন্নয়ন, গর্ভনিরোধকের ব্যাপক ব্যবহারের ত্বরান্বয়ন, প্রাকৃতিক এবং প্রত্যাশিত উর্বরতা হ্রাস করে। এই প্রক্রিয়া ঘটে আর্থ-সামাজিক উন্নয়নের সাথে সাথে (Alia 1991:25)। গাসটা কার্লসন তার গবেষণায় দেখান, উর্বরতা চর্চার পরিবর্তন আর্থ-সামাজিক পরিবর্তন এবং জন্মনিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি সংশ্লিষ্ট জ্ঞানের উন্নয়নের সাথে সাথে পরিবর্তিত হয়। কার্লসনের প্রধান উপসংহার ছিলো, উর্বরতা কিংবা পুনরুৎপাদন সিদ্ধান্ত আধুনিক জন্মনিয়ন্ত্রণ পদ্ধতির অভিযোজনের চেয়ে আর্থ-সামাজিক পরিস্থিতির পরিবর্তনের উপর অধিক নির্ভরশীল যা উন্নত এবং উন্নয়নশীল উভয় ধরনের রাষ্ট্রের ক্ষেত্রেই প্রযোজ্য (Alia 1991:26)। তাত্ত্বিক দৃষ্টিকোণ থেকে এই গবেষণা নারীর উর্বরতা চর্চা কেন্দ্রিক পুর্বোল্লেখিত কোন তত্ত্বের সহায়তায়ই সম্পাদিত নয়। বরং, এই তাত্ত্বিক ধারাগুলোকে চ্যালেঞ্জের সম্মুখে দাঁড় করায়।

কেননা, গবেষণা উপাত্ত থেকে দেখা যায়, ক্ষুদ্র ঋণ প্রকল্পে নারীর অন্তর্ভুক্তির মধ্যে দিয়ে তার আর্থ-সামাজিক উন্নয়নের মাধ্যমে উর্বরতা কেন্দ্রিক সিদ্ধান্ত গ্রহণ ও উর্বরতা হার হ্রাসের যে প্রত্যাশা তা বাস্তব কার্যকারিতাহীন। বরং, এই প্রক্রিয়ার মধ্য দিয়ে উর্বরতা চর্চার ক্ষেত্রে স্থানিক ব্যবস্থার রূপান্তর ঘটে এবং প্রতিস্থাপিত হয় পশ্চিমা উন্নত দেশের উর্বরতা চর্চার বৈশিষ্ট্যগুলো। একই সাথে স্থানিক উর্বরতা চর্চার বিশেষত্ব সমূহ সম্পূর্ণরূপে বিলীন হয়ে যায় না, ফলে এক ধরনের দ্বৈতাবস্থা ক্রিয়া করে। যেখান থেকে কোন একক উপসংহারে পৌঁছানো দুরুহ হয়ে ওঠে। পশ্চিমা পুঁজিবাদের সম্প্রসারণশীল চরিত্রের সূত্র ধরে এই রূপান্তর ত্বরান্বিত হতেই থাকে। যে প্রক্রিয়ার পশ্চাতে স্পষ্টতঃই পশ্চিমা স্বার্থ ও সাংস্কৃতিক আধিপত্য (hegemony) জড়িত।

সাম্প্রতিক সময়ে নারীর পুনরুৎপাদন আচরন ব্যাখ্যায় রূপান্তর এবং নির্মাণ ধারণা ব্যাপকভাবে ব্যবহৃত হচ্ছে। বলা হচ্ছে যে, এনলাইটেনমেন্টের মধ্যে দিয়ে মর্ডানিটির ডিসকোর্স বস্তুগত প্রযুক্তির আধুনিকায়নের নামে ঐতিহ্যবাহী এবং অনুন্নত সমাজগুলোর স্থানিক (indigenous) পুনরুৎপাদন চর্চার নির্মাণ এবং রূপান্তর করে পশ্চিমা পুনরুৎপাদন চর্চা শীর্ষক প্রক্রিয়ার অনুকরণে অভ্যস্ত করে তোলে। Michelle Stanworth দেখান, পুনরুৎপাদনমূলক আধুনিক বস্তুগত প্রযুক্তিতে নারীর ব্যাপক অন্তর্ভূক্তকরণের মধ্যে দিয়ে (যেমন, পুনরুৎপাদন নিয়ন্ত্রণ এর অন্তরালে বন্ধ্যাত্বকরণ, গর্ভপাত, গর্ভনিরোধক এর ব্যবহার, প্রসবকালীন আধুনিক চিকিৎসা উপকরণাদির সহযোগিতা, প্রযুক্তির মাধ্যমে গর্ভাবস্থার ত্বরান্বয়ন) প্রকারান্তরে তার পুনরুৎপাদনের ঝামেলা হ্রাস পায়না বরং মাতৃত্বের রূপান্তর এবং বিনির্মাণ ঘটে। এবং ক্ষেত্রবিশেষে সংকট আরও বেশী ঘনীভূত করে। মাইকেল এক্ষেত্রে পাঁচটি সমস্যার কথা তুলে ধরেন,

১. মাতৃত্বের সামাজিক সংজ্ঞায়নের পরিবর্তনের ক্ষেত্রে নূন্যতম প্রভাব,
২. নারীর পুনরুৎপাদন সিদ্ধান্তকে কারারুদ্ধকরণ,
৩. পুনরুৎপাদন ব্যবস্থাপনা এবং নারীদের সেখানে প্রবেশের সুযোগ তাদের অবস্থান এবং সামাজিক কাঠামোর উপর নির্ভরশীল কেননা বিভিন্ন দেশে এ বিষয়ে বিভিন্ন বিধান রয়েছে। যেমন :-- গর্ভপাতের অধিকার সকল দেশের নারীদের নেই,
৪. পুনরুৎপাদন নিয়ন্ত্রণ কৌশলসমূহ মাতৃত্বের শক্তিশালী মতাদর্শের পাশাপাশি অবস্থান করে। কেননা ধারণা বিদ্যমান যে, মাতৃত্ব প্রাকৃতিক এবং স্বাভাবিক এবং যারা এটিকে অস্বীকার করে তারা স্বার্থপর, বিরক্তিকারক,
৫. গর্ভাবস্থা এবং প্রসবকালীন অধিকাংশ প্রযুক্তিই চিকিৎসা নির্ভর যেখানে সিংহভাগ চিকিৎসক পুরুষ এবং গর্ভকালীন ঝুঁকিপূর্ণ বিষয়াবলী অর্থনৈতিক দিক দিয়ে পুরুষ চিকিৎসকদের লাভবান করে (Stanworth 1994:226 - 27)।

এ কারণেই নারীর উর্বরতা চর্চার আধুনিকায়ন ব্যাখ্যা করার ক্ষেত্রে রূপান্তর এবং নির্মাণ ধারণাগুলোকে এ গবেষণায় যুক্ত করা হয়েছে। দেখানো হয়েছে কি করে

অর্থনৈতিক আয় বৃদ্ধি শীর্ষক প্রকল্পসমূহের সাথে উর্বরতা চর্চা কেন্দ্রিক প্রকল্পগুলোকে অন্তর্ভূক্ত করা হয়, সেই অন্তর্ভুক্ততার মধ্যে দিয়ে একদিকে যেমন অর্থনৈতিক জীবনের রূপান্তর ঘটে এবং বাজার ও মুনাফা কেন্দ্রিক বৈশিষ্ট্যগুলো ত্বরান্বিত হয়, একই সাথে উর্বরতা আচরণের ক্ষেত্রে স্থানিক চর্চাগুলো রূপান্তরিত হয় এবং সেখানে প্রতিস্থাপিত হয় অস্থানীয়, প্রধানত পশ্চিমা উর্বরতা কেন্দ্রিক চর্চাগত বৈশিষ্ট্যাবলী। আবার ব্যক্তিভেদে এই রূপান্তরের মাত্রাগত ভিন্নতাও সুস্পষ্ট। কেননা সকল ব্যক্তিকে সমভাবে এই রূপান্তর প্রভাবিত করে না। উর্বরতা চর্চার ভিন্ন ভিন্ন ক্ষেত্রকে কেন্দ্র করেও ব্যক্তি বিশেষ এই সাংস্কৃতিক আগ্রাসন দ্বারা স্বতন্ত্রভাবে প্রভাবিত হয় যার পশ্চাতে ক্রিয়া করে ব্যক্তি ও পারিবারিক বহুবিধ বৈশিষ্টগত, অবস্থানগত ভিন্নতা। ফলে উর্বরতা আচরণের চর্চাগত রূপান্তর এবং নির্মাণ নিয়ে সার্বজনীন কোন তত্ত্ব দাড় করানো দুরূহ হয়ে পড়ে। এরূপ বহুবিধ পরিসরে অনেকগুলো বিষয় অমীমাংসিত সত্য হিসেবেই থেকে যায়। গবেষণা সিদ্ধান্তের ক্ষেত্রে এই বাস্তবতাও গুরুত্বপূর্ণ হয়ে ওঠে। তবে বাস্তবতার এই চিত্র একটি নিদির্ষ্ট সময়ের পরিসরে আবদ্ধ থাকলেও পুজিঁবাদী ক্ষমতার বিস্তৃত শক্তির পরিসরে বাংলাদেশের মত অধস্তন পুজিঁবাদী সমাজের নারীদের উর্বরতা চর্চার রূপান্তর ও নির্মাণ সময়ের ক্রমপ্রবাহমানতার সাথে সাথে ত্বরান্বিত হতেই থাকে।

৩. সরকারী পরিবার পরিকল্পনা ও বেসরকারী উন্নয়ন সংস্থার জরুরী সাস্থ্য পরিচর্যা কর্মসূচীর মিথষ্ক্রিয়া এবং উর্বরতা চর্চার রূপান্তর ও নির্মাণ

বাংলাদেশের সমাজ কাঠামো এখনও ঐতিহ্য নির্ভর। প্রযুক্তির পরিবর্তন ও মৌলিক চিন্তা ভাবনার ক্ষেত্রে সাধারণভাবে বলা চলে তেমন উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন ঘটেনি। বরঞ্চ হাজার বছরের কৃষ্টি, রীতিনীতি, আচার অনুষ্ঠান এখনও সমাজ জীবনের মূল ভিত্তি (শাহীন আহমেদ ১৯৯২, পৃ: ৬৬)। বাংলাদেশ সহ দক্ষিণ এশিয়ার বিভিন্ন দেশে গর্ভ সূচনা ও তৎপরবর্তী অবস্থা সংক্রান্ত আচার অনুষ্ঠান মূলত অশৌচ ধারনাটির সাথে সংযুক্ত (Blanchet 1984:27)। গর্ভ সূচনার সাথে সাথে নারীকে তার গোষ্ঠীর অন্যান্য সদস্যদের কাছ হতে বিচ্ছিন্ন করা হয় এবং এ অবস্থা শিশু জন্মের পর একটি নির্দিষ্ট সময়সীমা পর্যন্ত বলবৎ থাকে। গর্ভবতী নারীর চালচলন, খাদ্য গ্রহণ, সামাজিক সম্পর্ক ও আচরনের উপর বিভিন্ন নিষেধাজ্ঞা আরোপিত হয়। আতুঁর ঘর এক ধরনের liminal transitional অবস্থার নির্দেশক এবং পরবর্তীতে বিভিন্ন আচার অনুষ্ঠানের মাধ্যমে জন্ম সংক্রান্ত অশৌচ অবস্থা শোধন করা হয় (শাহীন আহমেদ ১৯৯২, পৃ - ৬৮)। বাংলাদেশের সমাজে সন্তান জম্মদান একটি অবশ্যকরণীয় কর্তব্য বলে মনে করা হয়। পিতামাতা সন্তান লালন পালন করে ধর্মীয় দায়িত্ব হিসেবে। অধিক সন্তানকে শক্তি ও গৌরবের বিষয় হিসেবে গণ্য করা হয়ে থাকে বাংলাদেশে - সামাজিক মর্যাদায় কিংবা সম্পত্তি সংরক্ষণে। অধিক সন্তানকে পরিণত বয়সে নিরাপত্তার প্রতীক হিসেবে দেখা হয় বাংলাদেশে। শুধু পরিণত বয়সেই নয়, প্রাত্যহিক জীবনে সন্তানের প্রতি বাংলাদেশের মানুষের অর্থনৈতিক নির্ভরশীলতা সর্বজনবিদিত (Cain p.201)। মনে

করা হয় যে সন্তান পিতামাতার প্রতিদিনের কাজে সহযোগিতা করবে এবং পরিনত বয়সে পিতামাতার যত্ন নেবে। সন্তান এক ধরনের বীমার মত বাংলাদেশের পিতামাতার কাছে (Maloney, Aziz 1981:105)। কিন্তু এ ছিলো একটি নির্দিষ্ট কাল ও প্রেক্ষিতের বাস্তবতা। সময় কিংবা সালগত বিচারে তা হতে পারে পঞ্চাশ এর দশক বা তৎপূর্ববর্তী কিংবা ক্ষেত্রে বিশেষ এই নব্বই এর দশকেও। পক্ষান্তরে এ প্রক্রিয়ার রূপান্তর শুরু হয় '৬০ এর দশকের শুরুতেই যখন থেকে সেবনযোগ্য গর্ভনিরোধক ও জরায়ুর অভ্যন্তরে স্থাপনযোগ্য গর্ভনিরোধক কৌশল সমূহের (ইন্ট্রা ইউটেরাইন ডিভাইসেস - আই ইউ ডিস) ব্যাপক ব্যবহারের মাধ্যমে বিশ্বের বিভিন্ন দেশে পরিকল্পিত উপায়ে জনসংখ্যা প্রবদ্ধির উচ্চহারটি মোকাবেলার সূচনা হয়। আর তখন থেকেই উন্নয়নের একটি কর্মকৌশল হিসেবে সরকার পরিবার পরিকল্পনা ভিত্তিক কার্যক্রম আনুষ্ঠানিক ভাবে গ্রহণ করেন (মোকাদ্দেম এবং রেজুয়ান, ১৯৯৫, পৃ - ৮৭)। '৮০ এর দশকের একেবারে শুরুতে বি.আই.ডি.এস এর গবেষক এম.এ মান্নান তার এক গবেষণায় দেখান, ৩৩৪ জন পল্লী মহিলার মধ্যে শতকরা মাত্র ১৬ জন গর্ভ সংক্রান্ত ব্যাপারে পরামর্শ গ্রহণের জন্য কখনও কোন চিকিৎসকের শরণাপন্ন হয়েছেন। এদের প্রায় অর্ধেকই দক্ষ ও অভিজ্ঞ ডাক্তারের কাছে গিয়েছেন। তবে গর্ভ নিরোধক এর ব্যবহার, স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণ, সন্তান সংখ্যা, টিকা গ্রহণ, শিশুকে টিকা দান, শিশু শিক্ষা, পরিবারের আকৃতি ইত্যাদি উর্বরতা শীর্ষক চর্চার ক্ষেত্রে এই গবেষণায় আধুনিক প্রযুক্তি প্রবণ ব্যাপক রূপান্তরিত চিত্র লক্ষ্যণীয়। 'সত্তর' এর দশকের মাঝামাঝি সময় থেকেই গবেষণা এলাকায় সরকারের পরিবার পরিকল্পনা কার্যক্রমের ক্রিয়াশীলতা তথা পরিবার পরিকল্পনা কর্মীদের আনাগোনা শুরু হয় এবং মাত্র চার কি.মি. দূরে একটি ইউনিয়ন পরিবার পরিকল্পনা কেন্দ্রও প্রতিষ্ঠিত হয়। পক্ষান্তরে গবেষিত উন্নয়ন সংস্থা ব্র্যাকের ঋণ প্রদানকারী সমিতিটি অত্র এলাকায় প্রতিষ্ঠিত হয় ১৯৮৯ সালে এবং তার ই.এইচ.সি. কর্মসূচীর আওতায় এস. এস (স্বাস্থ্য সেবিকা) এর কার্যক্রম শুরু হয় আরও পরে '৯০' এর দশকে। ব্র্যাকের স্বাস্থ্য বিষয়ক জেড.এস.এস. (জোনাল সেক্টর স্পেশালিষ্ট) এর মতে কয়েকটি বিষয়ে তাদের সরকারের সঙ্গে লিংক প্রোগ্রাম চলছে, (যেমন, গর্ভবতী মা ও বাচ্চাদের টিকা দান পরিবার পরিকল্পনা, স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণ, ইত্যাদি।

কেইস

চম্পা রানী দু'জন কন্যা সন্তানের জননী। তার স্বামী মোশারফ হোসেনের ঢাকাতে আর এক স্ত্রী রয়েছে যিনি স্কুলের শিক্ষিকা এবং সে স্ত্রীর চার সন্তান বিদ্যমান।চম্পা হচ্ছেন একমাত্র উত্তরদাতা যিনি ইতিমধ্যে দু'বার এম.আর করিয়েছেন ফরিদপুর শহরের হাসনা হেনা নামক মহিলা পাশকরা চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে। তার স্বামী বি.এ ফেল এবং কোন প্রকার কবিরাজ, ঝাড় ফুতে বিশ্বাস করেন না বিধায় গ্রামের কানাই ডাক্তারের পরামর্শে নিজে সঙ্গে করেই স্ত্রীকে এম.আর করতে হাসপাতালে নিয়ে গিয়েছেন। তবে এম.আর. করার ঝুকিপূর্ণ ও নিরাপদ সময় বিষয়ে তিনি অবগত নন এবং গ্রাম্য ডাক্তারই এ

বিষয়ে তাকে প্রয়োজনীয় সহযোগিতা ও পরামর্শ প্রদান করেছে। চম্পা বড়ি ব্যবহার করেন যা তিনি বিনামূল্যে সংগ্রহ করেন প্রতিবেশী জিজ্ঞাসা লিক্ষ পারসন এর নিকট থেকে। দু'জন সন্তানই কন্যা হওয়া সত্ত্বেও চম্পা পুনরায় কোন সন্তান নিতে অনিচ্ছুক। কেননা তিনি প্রচার মাধ্যম হিসেবে রেডিওতে গান শুনেছেন, ''ওরে ময়নার মা, - এক পোলার আশায় সাত মাইয়া হইলো বুঝলি না''। অসাবধানতা বশত ঃ গর্ভ ধারন করলেও তিনি পুনরায় এম.আর করার সিদ্ধান্তে অটল থাকবেন। চম্পার মায়ের আটটি সন্তান ছিলো এবং তিনি হচ্ছেন পঞ্চম সন্তান। তার মা কখনও এম.আর বা এ ধরনের গর্ভপাত বিষয়ক কর্মকান্ডে অর্ন্তভুক্তি হয়নি। এর কারণ হিসেবে জানান তখন এতোসব ব্যবস্থা ছিলনা এবং তার মা এগুলো জানতোও না। তাছাড়া সামাজিক ভাবে তখন এগুলো অন্যায় কাজ হিসেবে বিবেচিত হতো। কিন্তু বর্তমানে প্রচার মাধ্যম গুলোর ব্যাপক প্রচারণায় এবং প্রতিবেশীদের কেউ কেউ এ ধরণের কর্মকান্ডে অন্তর্ভুক্ত হওয়ায় সামাজিক দৃষ্টিভঙ্গী পাল্টে গেছে। তার স্বামী বৎসরের বেশীর ভাগ সময় ঢাকাস্থ স্ত্রীর সঙ্গে অবস্থান করায় অর্থনৈতিক দিক থেকেও তার দু'কন্যার জীবিকা নির্বাহ করা কঠিন হয়ে পড়ে। কেননা তার বুকের দুধ না পাওয়ার ছোট কন্যাকে কৌটার দুধ খাওয়াতে হয়। সর্বোপরি দু'কন্যার বিবাহকালীন প্রদানীয় যৌতুকের কথাও তাকে ভাবতে হয় বিধায় তৃতীয় সন্তান পুনরায় কন্যা হওয়ার আশঙ্কায় তিনি আর সন্তান গ্রহণ করবেন না।

৩.১ স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি গ্রহণের মাত্রা

এ গবেষণার মোট পঁচিশ জন উত্তরদাতার মধ্যে বারো জন উত্তরদাতা রয়েছেন যারা স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি (লাইগেশন) গ্রহণ করেছেন। এদের মধ্যে নয় জন উত্তরদাতা করেছেন ব্র্যাকের এই সমিতিতে অন্তর্ভুক্ত হবার পূর্বে, অবশিষ্ট তিন জন সমিতিতে অন্তর্ভুক্ত হবার পর। আর একটি সন্তান নিয়ে লাইগেশন করে ফেলবেন এমন উত্তরদাতা রয়েছেন তিন জন যাদের সকলেরই দু'টি করে সন্তান রয়েছে। অল্প কিছুদিনের মধ্যেই লাইগেশন করবেন এমন উত্তরদাতা রয়েছেন একজন। ভয়ে অপারেশন/লাইগেশন করেননি বা করছেন না এমন উত্তরদাতা রয়েছেন তিন জন। লাইগেশন করা স্বামীরা পছন্দ করেনা, এমন উত্তরদাতা দু'জন যদিও তাদের নিজেদের ইচ্ছে ছিলো বা আছে। কেননা স্বামীদের মতে এসব গুনার কাজ। তাদের সময় সুজোগ ছিলোনা এবং দশ বৎসর পূর্বেই স্বামী মারা গেছে এমন উত্তরদাতার রয়েছেন দু'জন। একজন উত্তরদাতার মতে ওসব করলে শরীরে অসুখ হয়।

কোথায় এবং কাদের পরামর্শ সহযোগিতায় করেছেন

লাইগেশনকারী বারো জন উত্তরদাতার লাইগেশন এর চারটি স্থান পাওয়া গেছে। ফরিদপুর শহরের মাতৃমঙ্গল হাসপাতালে পাঁচ জন, ফরিদপুর সদর হাসপাতালে দু'জন, তাম্বুলখানা ইউনিয়ন পরিবার পরিকল্পনা কেন্দ্রে দু'জন এবং রাজবাড়ী সমিতি হাসপতালে দু'জন। কাদের সহযোগিতায় ও পরামর্শে করেছেন, তার উত্তরে তিন জনের নাম পাওয়া গেছে। যাদের একজন গ্রামের এফ.ডব্লিউ.এ যিনি

চারজনকে সঙ্গে করে নিয়ে গেছেন, অপর দু'জন পার্শ্ববর্তী গ্রামের পরিবার পরিকল্পনা কর্মী। উল্লেখ্য ব্র্যাকর এস.এস.সহায়তায় একজনও লাইগেশন করেননি।

কি কি কারণে করেছেন

মূলতঃ কারণ হিসেবে তিনটি উত্তর পাওয়া যায়।

- দুনিয়াতে পোলাপান (সন্তান) বেশী হয়ে গেছে, পোলাপান (সন্তান) কমা দরকার।

-খাবার দিতে পারিনা এতো সন্তান নিয়ে কি হবে?

-সন্তান প্রসবের সময় খুব কষ্ট হয় দেখে স্বামীই উৎসাহিত হয়ে অপারেশন করার পরামর্শ দিয়েছে।

উল্লেখ্য উত্তরদাতাদের একজনেরও স্বামী ভ্যাসেকটমী করেননি। লাইগেশন করার পূর্বে কোন প্রকার পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার কথা ভেবেছিলেন কি-না, এর উত্তরে সকল উত্তরদাতার মত, 'অতোসবতো বুঝতামনা'। বারো জন স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণকারীদের নয়জনই বলেছেন, প্রথম প্রথম তাদের শরীরে মাঝে মাঝে ব্যথা উঠতো এবং এখনও ওঠে তবে কম।

৩.২. গর্ভনিরোধক এর ব্যবহারগত মাত্রা

গৃহের বাইরের কর্মক্ষেত্র এবং কর্মকান্ডে সংযুক্তি ও অর্থনৈতিক স্বনির্ভরতা পরিবারে নারীর মর্যাদা বৃদ্ধি করে যা নারীকে পরিবারের আকৃতি ক্ষুদ্র রাখতে অনুপ্রানিত করে। এই সংযুক্তি স্বামী-স্ত্রীর মধ্যে যোগাযোগ বৃদ্ধি করে যা নারীর উর্বরতার সিদ্ধান্তের ক্ষেত্রে স্বামীর সমতাবাদি ক্ষমতা প্রয়োগে সহায়ক। শিক্ষার প্রতি আগ্রহ ত্বরান্বয়ন, পরিবার পরিকল্পনা বিষয়ে স্বামীর সঙ্গে খোলামেলা আলোচনা, পরিবার পরিকল্পনা কর্মীদের প্রত্যাশিত সুবিধাভোগীদের গৃহে অবাধ ও ব্যাপক যাতায়াত গর্ভনিরোধক এর ব্যবহার ত্বরান্বিত করে (Kabir and Mosleuddin, 1988, P - 94)। গবেষিত এলাকাতে সত্তরের দশকের শেষভাগ থেকেই পরিবার পরিকল্পনা কর্মীদের ব্যাপক আনাগোনার সাথে সাথে গর্ভনিরোধকের ব্যবহার ত্বরান্বিত হতে থাকে। যে তেরো জন উত্তরদাতা স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি গ্রহণ করেনি, তাদের মধ্যে বর্তমানে উর্বরতা সক্ষম উত্তরদাতা রয়েছেন নয় জন। এদের মধ্যে সাত জন নিয়মিত বা অনিয়মিতভাবে কোন না কোন গর্ভনিরোধক ব্যবহার করছেন। বড়ি ব্যবহার করছেন ছয় জন উত্তরদাতা, একজন প্রতি তিনমাস অন্তর ইনজেকশন নেন।

কিভাবে জেনেছেন এবং কোথায় পান

এফ. ডব্লিউ. এ এর নিকট থেকেই সকল উত্তরদাতা গর্ভনিরোধকের ব্যবহার বিষয়ে প্রথম জেনেছেন। এফ.ডব্লিউ.এ তাদের গৃহস্থালীতে উপস্থিত হয়ে পরামর্শ প্রদান করতো। তারা প্রধানত বিনামূল্যে এগুলো গ্রহণ করেন জিজ্ঞাসা লিস্ক পারসন এর নিকট থেকে যাকে এফ.ডব্লিউ.এ সরবরাহ করে থাকেন। এছাড়া ব্র্যাকের এস.এস. (স্বাস্থ্য সেবিকা) এর নিকট থেকেও কেউ কেউ ক্রয় করে ব্যবহার

করেন। যে আট জন উত্তরদাতার পুত্রবধূ বা কন্যা রয়েছে তাদের ক্ষেত্রে দেখা গেছে পুত্রবধূ ও কন্যা সকলেই গর্ভনিরোধক ব্যবহার করছে নিয়মিত বা অনিয়মিত। উত্তরদাতাদের গর্ভনিরোধক ব্যবহার প্রবনতা থেকে তিনটি বিষয় স্পষ্ট হয়।

- কেউই নিয়মিত বা ধারাবাহিকভাবে বড়ি ব্যবহারের সময়কাল হিসেব করে বা রুটিন মাফিক বড়ি ব্যবহার করে না।
- কোন উত্তরদাতার স্বামীই কনডম ব্যবহার করেন না যা গর্ভনিরোধক এর ব্যবহারের ক্ষেত্রে পিতৃতান্ত্রিক প্রাধন্যের প্রতিফলন।
- উত্তরদাতারা এ সকল গর্ভনিরোধক ব্যবহারের মধ্যে দিয়ে বিভিন্ন প্রকার পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ায় আক্রান্ত হলেও কেউ এ বিষয়ে সচেতন না এবং নিরবে সহ্য করে চলেছেন।

৩.৩. সন্তান গ্রহণের সংখ্যাগত প্রবণতা

সি.পি.এস.-১৯৮১ থেকে দেখা যায় যে জন্ম শাসনের সর্বোচ্চ হারটি হচ্ছে ছয়টি জীবিত সন্তানের জননীর ক্ষেত্রে। স্থায়ী পদ্ধতির ক্ষেত্রে দেখা যায় কমপক্ষে দু'টো জীবিত সন্তানের মহিলারা স্থায়ী পদ্ধতি গ্রহণ করেন না। তাও আবার সর্বোচ্চ হার গিয়ে দাঁড়ায় পাঁচটি জীবিত সন্তানের জননীর ক্ষেত্রে (নূর-উন-নবী, ১৯৯৫, পৃ - ৫৪)। যখন একটি পরিবারে চার বা অধিক সন্তান জন্ম নিয়েছে একমাত্র তখনই বাংলাদেশের অধিকাংশ পুরুষ আর সন্তান চান না এবং জন্ম শাসন অনুশীলনের প্রয়োজনীয়তা অনুভূত হয়। উত্তরদাতাদের মধ্যে চব্বিশ জনেরই সন্তান সংখ্যা পাঁচ জনের মধ্যে এবং চৌদ্দ জন উত্তরদাতার সন্তান সংখ্যা সীমিত রয়েছে তিন জনের মধ্যে। বর্তমানে অনুর্বর আটজন উত্তরদাতার সকলেই তাদের সন্তানদের সন্তান সংখ্যা দু'জনের মধ্যে সীমাবদ্ধতা রাখার পরামর্শ প্রদানে ইচ্ছুক। সুতরাং উত্তরদাতাদের মধ্যে সন্তান গ্রহণের সংখ্যাগত স্বল্পতার ক্ষেত্রে এক ধরনের মনোভাবগত পরিবর্তন লক্ষ্যণীয়। তবে এ পরিবর্তন শুধুই ক্ষুদ্র ঋণ প্রকল্পে অর্ন্তভূক্তির ইতিবাচক ফলাফল, এরূপ উপসংহারে পৌছানো দুরূহ। একই সাথে সরকারী পরিবার পরিকল্পনা কর্মসূচী, রাষ্ট্রীয় শিক্ষা নীতি (যেমন - প্রাথমিক শিক্ষা বাধ্যতামূলক, বয়স্ক শিক্ষা কর্মসূচী) অর্থনৈতিক জীবনের পরিবর্তন, প্রতিবেশীদের মধ্যে ব্যাপক প্রসার, পশ্চিমা স্বার্থ ও জনসংখ্যা রোধকল্পে চাপিয়ে দেওয়া বিভিন্ন কর্মসূচীও এক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ ভুমিকা পালন করে।

৩.৪ গর্ভকালীন টি.টি. ভ্যাক্সিন গ্রহণের প্রবণতা

গবেষণা কালে মাসে একবার গ্রামের প্রাথমিক বিদ্যালয়ে পরিবার পরিকল্পনা পরিদর্শক (এফ.ডব্লিউ.ভি.) এসে গর্ভবতী মহিলাদের টি.টি. ভ্যাক্সিন সরবরাহ করেন। মোট পঁচিশ জন উত্তরদাতার মধ্যে ছয় জন এরূপ টি.টি ভ্যাক্সিন তাদের গর্ভকালীন সময়ে গ্রহণ করেছেন। এদের মধ্যে পাঁচ জন নিয়েছেন দু'টি সন্তান গর্ভে থাকাকালীন প্রত্যেক বার দু'টি করে। অবশিষ্ট একজন গ্রহণ করেছেন একটি সন্তান গর্ভে থাকাকালীন দু'বার। কতোমাস গর্ভাবস্থায় টি.টি. ভ্যাক্সিন নিয়েছেন, সে প্রশ্নের

উত্তরের ক্ষেত্রে বৈসাদৃশ্য বিদ্যমান চারজন বলেছেন পাঁচ মাস থেকে আট মাসের মধ্যেবর্তী সময়ে দু' টা করে, একজনের উত্তর পাঁচ মাস থেকে নয় মাসের মধ্যবর্তী সময়ে দু' টা, অবশিষ্ট একজন সময়কাল সুনির্দিষ্ট করে বলতে পারেন না। উল্লেখ্য এরা ছয়জনই সমিতিতে অন্তর্ভুক্ত হবার পর টি.টি.ভ্যাক্সিন গ্রহণ করেছেন। অবশিষ্টরা ভ্যাক্সিন গ্রহণে বিরত থাকার পশ্চাতে নিম্নোক্ত বিষয়াবলী উল্লেখ করেন -

-- একজন গর্ভাবস্থায় টি.টি. ভ্যাক্সিন দিতে এলেও ভ্যাক্সিন নেবার ভয়ে গ্রহণে বিরত থাকেন,

-- ষোল জন উত্তরদাতার মতে,তারা টি.টি. ভ্যাক্সিন সম্পর্কে এখন জানেন, কিন্তু তাদের গর্ভকালীন সময়ে এসবের প্রচলন ছিলোনা এবং তারা এসব সুযোগ থেকে বঞ্চিত হয়েছেন।

-- দুই জনের ক্ষেত্রে বাড়ীর লোক (স্বামী) ওসব ভ্যাক্সিন গ্রহণ পছন্দ করেন না।

-- যে আট জন উত্তরদাতার পুত্রবধূরা সন্তান জন্মদান করেছে তাদের মধ্যে সাতজনই গর্ভকালীন অবস্থায় টি. টি. ভ্যাক্সিন গ্রহণ করেন।

<u>*কেইস*</u>

আমেনা বেগম প্রাথমিক বিদ্যালয় পর্যন্ত পড়াশুনা করেছেন। তারপরই বিবাহ হয়ে যায় এবং বর্তমানে চার সন্তানের জননী। তার বড় মেয়ে এস.এস.সি.পাশ এবং চার বৎসর পুর্বে তার বিয়ে হয়েছে পাশের বাড়ীর বি.এ. ফেল এক ছেলের সঙ্গে। বর্তমানে তার দুই বৎসরের একটি কন্যা সন্তান রয়েছে। স্বামী আব্দুল মালেক পুর্ব বিবাহিত এবং সে স্ত্রী জীবিত যার একটি পুত্র সন্তান রয়েছে। আমেনা বেগম ছোট দু'টি সন্তান গর্ভে থাকাকালীন টি.টি. ভ্যাক্সিন গ্রহণ করে ফরিদপুর মাতৃ মঙ্গল হাসপাতালে গিয়ে। গ্রামের এফ.ডব্লিউ.এ তাকে এ কাজে সহায়তা করেন। কিন্তু দু' টি সন্তান গর্ভে থাকাকালীন কোন প্রকার টি.টি. ভ্যাক্সিন গ্রহণ করেননি। এর কারণ হিসাবে তিনি জানান তখন অতোসব ব্যবস্থা ছিলোনা এবং তিনি জানতেন না। তবে টি.টি. ভ্যাক্সিন গ্রহণের সঠিক সময়কাল বিষয়ে তিনি অবগত নন, এ বিষয়ে এফ.ডব্লিউ.এ তাকে প্রয়োজনীয় পরামর্শ প্রদান করেছে এবং পরবর্তীতে তিনি চিরস্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি হিসাবে লাইগেশন করেন। আমেনা বেগমের কন্যা সন্তান গর্ভে থাকাকালীন দু' টি টি.টি. ভ্যাক্সিন গ্রহণ করেছেন গ্রামে আগত এফ. ডব্লিউ. ভি. এর নিকট থেকে। তিনি ভ্যাক্সিন গ্রহণের সঠিক সময়কাল (গর্ভের চার - আট মাসের মধ্যে এক মাসের ব্যবধানে দু'টি ভ্যাক্সিন গ্রহণ) সম্পর্কে অবগত। এ বিষয়ে তিনি প্রতিমাসে ভ্যাক্সিন প্রদানে গ্রামে আগত এফ.ডব্লিউ.ভি. এর নিকট থেকেই জেনেছেন।

এভাবে সময়ের ক্রমাগ্রসরমানতার সাথে সাথে সুযোগ সৃষ্টি ও সুযোগের সহজলভ্যতার মধ্যে দিয়ে টি.টি ভ্যাক্সিন গ্রহণের মাত্রা বংশানুক্রমে বেড়ে চলেছে। সেই সাথে ত্বরান্বিত হচ্ছে উর্বরতা চর্চা কেন্দ্রিক আধুনিক বস্তুগত প্রযুক্তিতে অন্তর্ভুক্ত হবার প্রবনতা। এ প্রক্রিয়া স্পষ্টতঃই পশ্চিমা অনুকরনের অনুষঙ্গী।

৩.৫. গবেষিত বেসরকারী উন্নয়ন সংস্থার স্বাস্থ্য সেবিকার ভূমিকা

গবেষিত উন্নয়ন সংস্থা ব্র্যাক ১৪৪ টি গ্রাম সংগঠন থেকে তথা সমিতি থেকে ৪০ জন এস.এস. কে স্বাস্থ্য বিষয়ক ১৬ দিনের প্রশিক্ষণ দেয় এবং প্রত্যেক মাসে পি.এ.দের তত্ত্বাবধানে তাদের একদিনের re-freshers course হয়। যেখানে এস.এস.দের চিকিৎসা সরবরাহে কোন প্রকার সমস্যা হলে সে বিষয়াদি আলোচিত হয়। গবেষিত সমিতির একজন সদস্য (যিনি উত্তরদাতাদের অন্তর্ভুক্ত), রয়েছেন এরূপ এস.এস।

এস.এস.দের দায়িত্ব

এস.এস.রা প্রধানত চারটি বিষয়ে দায়িত্ব পালন করে থাকে।

- পানি ও পয়ঃনিষ্কাশন কর্মসূচী এর আওতায় প্রত্যেক সদস্যের বাড়ীতে টিউবওয়েল ও স্যানিটারী পায়খানা স্থাপন নিশ্চিত করা।
- পরিবার পরিকল্পনা কর্মসূচী এর আওতায় সমিতির সদস্যদের মধ্যে গর্ভ নিরোধক (যেমন- বড়ি ও কনডম) বিক্রয় করা এবং কোন সদস্য স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণ (যেমন - লাইগেশন) পদ্ধতি গ্রহণ করতে চাইলে তাকে সরকারী হাসপাতাল বা পরিবার পরিকল্পনা কেন্দ্রে নিয়ে যাওয়া।
- টিকাদান কর্মসূচী এর আওতায় সমিতির সদস্যদের মধ্যে গর্ভবতী মা ও শিশুদের টিকাদান কেন্দ্রে নিয়ে যাওয়া।
- মৌলিক চিকিৎসা কর্মসূচী এর আওতায় দশটি সাধারণ রোগ (যেমন - ডায়রিয়া, গলা ব্যথা, আমাশয়, কৃমি রক্তস্বল্পতা, খোঁস পাঁচড়া, দাঁদ, গ্যাষ্টিক, চোখ ওঠা, সর্দিজ্বর) এ সমিতির সদস্যরা আক্রান্ত হলে সংশ্লিষ্ট রোগ চিহ্নিত করা, তার চিকিৎসাপত্র সরবরাহ করা ও অর্থের বিনিময়ে তাদের নিকট ঔষধ বিক্রয় করা। উল্লেখ্য এস.এস.রা কোন প্রকার এন্টিবায়োটিক ঔষধ সরবরাহ করেন না এবং সমিতির সদস্যদের কোন প্রকার ইনজেকশনও দেননা।

এই তথ্যাবলী থেকে দু'টি মৌলিক প্রশ্ন উত্থাপনের সুযোগ তৈরী হয়,

১। ক্ষমতার পরিসরগত বিচারে বাংলাদেশের মত প্রান্তীয় দেশগুলোর ক্ষেত্রে পশ্চিমা স্বার্থের ইতিবাচক কার্যকারিতার প্রশ্ন এবং

২। অধঃ স্তন ধনতান্ত্রিক বাংলাদেশের মত দেশ গুলোর ক্ষেত্রে পুঁজিবাদী ক্ষমতার রূপান্তরগত প্রশ্ন।

দু'টি প্রশ্নই প্রাসঙ্গিক হয়ে ওঠে নারীর উর্বরতা চর্চার ক্ষেত্রে। প্রথমটির মধ্যে দিয়ে স্পষ্টতই পশ্চিমা স্বার্থের সংরক্ষণ ঘটে। কেননা গ্রামীণ নারীদেরকে উর্বরতা হ্রাসে যে গর্ভনিরোধক উপকরণ ব্যবহারে উদ্ধুদ্ধ করা হয় তার যেমন কোন প্রকার পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার কথা বেমালুম ভুলে যাওয়া হয়, একই সাথে স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি হিসেবে নারীর লাইগেশনও সমরূপী বাস্তবতার নির্ধারক। সুতরাং এরূপ দ্বিবিধ বাস্তবতা থেকে মৌলিক জিজ্ঞাসা হচ্ছে উর্বরতা তথা জনসংখ্যা হ্রাসের অন্তরালে বাংলাদেশের গ্রামীণ নারীর শরীরকে পরীক্ষা ক্ষেত্র হিসেবে ব্যবহার করার প্রসঙ্গ।

পুঁজিবাদী ক্ষমতার রূপান্তর সাধিত হয় মূলতঃ এই সকল পশ্চিমা আধুনিক বস্তুগত প্রযুক্তি নির্ভর পুনরুৎপাদন উপকরনের ব্যবহার ত্বরান্বিত হবার মধ্যে দিয়ে। গবেষণায় প্রাপ্ত তথ্য থেকে স্পষ্ট হয় যে, এই সকল বস্তুগত প্রযুক্তির অভ্যস্থতা বাংলাদেশের নারীদের ক্ষেত্রে ইতিবাচক ভাবেই বেড়ে চলেছে। আর এর মধ্যে দিয়েই মূলতঃ স্থানিক উর্বরতা চর্চার স্থলে প্রতিস্থাপিত হচ্ছে পশ্চিমা উর্বরতা চর্চা, যা ত্বরান্বিত করছে রূপান্তর এবং নির্মাণ প্রক্রিয়াটিকে।

৪. উপসংহার

বাংলাদেশের গ্রামীণ সমাজের প্রাসঙ্গিকতায় ক্ষুদ্র ঋণ প্রকল্পে নারীর ব্যাপক অংশগ্রহণ সাম্প্রতিক বছরগুলোতে নারী উন্নয়নের অন্যতম ইতিবাচক নিয়ামক হিসেবে মূলধারার গবেষণাগুলোতে উপস্থাপিত। সেদিক থেকে ঋণ প্রকল্পে অংশগ্রহণের প্রভাব হিসেবে নারীর উর্বরতা চর্চার রূপান্তর ও নির্মাণ শীর্ষক এই গবেষণা ভিন্ন আঙ্গিকের ইঙ্গিত দেয়। গবেষণা উপাত্ত থেকে দেখা যায়, বিদ্যমান পিতৃতান্ত্রিক পরিবার ও সমাজ কাঠামোতে, ঋণ প্রকল্প নারীর উর্বরতা চর্চাগত সিদ্ধান্তের ক্ষেত্রে পিতৃতান্ত্রিক প্রাধান্যকে হ্রাস করেনা। কিন্তু পশ্চিমা পুঁজিবাদী মতাদর্শ তাড়িত এই প্রকল্প নারীর উর্বরতা চর্চার ক্ষেত্রে এক ধরনের রূপান্তর ও নির্মাণ প্রক্রিয়াকে ত্বরান্বিত করে। যার মাধ্যমে গ্রামীণ বাংলাদেশে নারীদের উর্বরতা আচরণের ক্ষেত্রে পশ্চিমা সমাজের চর্চিত বস্তুগত পুনরুৎপাদন প্রযুক্তির অনুপ্রবেশ ঘটে এবং ক্রমান্বয়ে ত্বরান্বিত হয়। ক্ষুদ্র ঋণ প্রকল্পে নারীর অন্তর্ভুক্তি তার উর্বরতা চর্চার উপর যে প্রভাব ফেলে ব্যক্তি স্বাতন্ত্রভেদে তার মাত্রা ভিন্ন। এই স্বাতন্ত্রের পশ্চাতে ক্রিয়া করে ব্যক্তিকে, পারিবারিক, সামাজিক প্রেক্ষিতে এবং রাষ্ট্রীক প্রভাবগত ভিন্নতা। ফলে একই পারিবারিক পরিসরে বেড়ে ওঠা দু'জন ব্যক্তির শুধুমাত্র প্রাতিষ্ঠানিক শিক্ষাগত ভিন্নতা কিংবা একই আর্থ-সামাজিক পরিমন্ডলে বসবাসরত দু'জন নারীর পরিবারে পিতৃতান্ত্রিক উপাদানের ক্রিয়াশীলতার ভিন্নতা ভেদেও উর্বরতা চর্চার ক্ষেত্রে স্বাতন্ত্রবোধ তৈরী হয়। তবে অর্থনৈতিক জীবনের রূপান্তর, উর্বরতা নিয়ন্ত্রণ উপকরণের সহজলভ্যতা, গণমাধ্যমের ব্যাপক প্রচার ও গোচরীভুক্তকরণ প্রক্রিয়ার ফলে ব্যক্তি ভেদে এই প্রভাব শীর্ষক মাত্রাগত স্বাতন্ত্র্য অক্ষুন্ন রেখেও এক ধরনের চর্চাগত রূপান্তর ও নির্মাণ ত্বরান্বিত হয়।

এক সময় নারীর স্থানিক (indigenous) উর্বরতা চর্চার বলে খুব বেশী কিছু আর অবশিষ্ট থাকেনা। সাংস্কৃতিক সার্বজনীনতার নামে প্রতিষ্ঠিত হয় পশ্চিমা আধিপত্য। ঋণ প্রকল্পের সহযোগী কর্মসূচী হিসেবে উর্বরতা চর্চাকেন্দ্রিক বস্তুগত পুনরুৎপাদান প্রযুক্তিতে অংশগ্রহণ তাকে নতুন ধ্যান ধারণা ও চর্চায় অনুরক্ত করে। অধিকাংশ ক্ষেত্রে এই পুনরুৎপাদন প্রযুক্তির একমাত্র ব্যবহারকারী হিসেবে পরিনত হয় স্ত্রী হিসাবে নারী। এর পার্শ্বপ্রতিক্রিয়ার দায়ভারও কেন্দ্রীভূত থাকে নারীর শরীরে। একই সাথে পরিবারে স্ত্রী হিসেবে উর্বরতা চর্চার সিদ্ধান্তের ক্ষেত্রেও বিদ্যমান পিতৃতান্ত্রিক মতাদর্শিক এবং চর্চাগত প্রাধান্যকেই তাকে মেনে নিতে হয়। এরূপ দ্বিবিধ বাস্তবতার মধ্যে দিয়ে এগিয়ে চলে নারীর উর্বরতা চর্চার রূপান্তর

প্রক্রিয়া। যা স্পষ্টতঃই পশ্চিমের স্বার্থে ঘটানো হয়। কেননা পশ্চিমা পুঁজিবাদী প্রচার মাধ্যমে ব্যক্তিক (বিশেষতঃ নারীর) শরীরকে পণ্যে পরিণত করে তুলে ধরার যে অবাধ প্রতিযোগিতা পরিদৃশ্য তার অনুকরণ হিসেবে বাংলাদেশের গ্রামীণ নারীদের শরীরও ব্যবহৃত হয় পণ্য হিসেবে। এ পণ্য গবেষণা শীর্ষক পরীক্ষা করার পণ্য যা ক্রিয়াশীল হয় উর্বরতার পশ্চিমা উপকরণগুলোর (যেমনঃ বড়ি, কনডম, টি.টি. ভ্যাক্সিন, গর্ভনিরোধক ইনজেকশন ইত্যাদি) পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া যাচাইয়ে।

আবার উর্বরতা চর্চার রূপন্তর ও নির্মান শীর্ষক মাত্রার ক্ষেত্রে ব্যক্তিক প্রভাব শীর্ষক স্বাতন্ত্র সর্বদাই অক্ষুন্ন থাকে। ফলে প্রশ্ন থেকে যায় এই প্রক্রিয়ার সার্বজনীন সত্যতা নিয়ে, মাত্রা নিয়ে, গ্রহনযোগ্যতা নিয়ে, উপসংহার নিয়ে। বাংলাদেশের গ্রামাঞ্চলে ঋন প্রকল্পে অর্ন্তভুক্ত সকল নারীকে কি এই প্রক্রিয়া সমভাবে প্রভাবিত করে? কিংবা গ্রামীন নারীদের মধ্যে কি ভিন্নতা নেই ? কোন নারীর উর্বরতা চর্চার কোন ক্ষেত্রটি কে পশ্চিমা উর্বরতা চর্চার কোন উপকরন কতটুকু প্রভাবিত করে ? উর্বরতার চর্চার রূপান্তর ও নির্মানের ক্ষেত্রে এক নারীর সঙ্গে অপর নারীর পার্থক্যের মাত্রাগুলো কিরূপ? এরূপ বহুবিদ প্রশ্ন উত্থাপনের সুযোগের প্রেক্ষিতে গবেষণায় অনেকগুলো বিষয়ই থেকে যায় অমীমাংসিত। এই অমীমাংসিততার কারন পশ্চিম এবং অপশ্চিমের স্বতন্ত্র ঐতিহাসিক ও স্থানিক প্রেক্ষিত। উর্বরতার চর্চার ক্ষেত্রে বাংলাদেশের মত দেশগুলোর গ্রামীন নারীরা না পারে রাতারাতি পশ্চিমা নারীর অনুরূপ হয়ে যেতে। আবার পূর্বের স্থানিক স্বাতন্ত্রের জায়গায় ফিরে যাওয়াও হয়ে পড়ে অসম্ভব। ফলে সর্বদাই ক্রিয়া করে এক ধরণের দ্বৈততা এবং তাদের অবস্থান নির্ধারিত হয় মধ্যবর্তী পর্যায়ে। যেখান থেকে পিছনে ফেরেও সম্ভব নয়। আবার সামনে অগ্রসর হওয়ার মাত্রাও নির্দিষ্ট পর্যায়ে গিয়ে থেমে যায়। বিদ্যমান কাঠামোর ভাঙ্গন কিংবা মৌলিক পরিবর্তন না করে, পুনরুৎপাদন প্রযুক্তিতে নারীর অংশগ্রহণ বাংলাদেশের বাস্তবতায় নারীর উর্বরতা চর্চার ক্ষেত্রে রূপান্তর ও নির্মাণের এরূপ দ্বৈতাবস্থাই তৈরী করে। পশ্চিম এবং অপশ্চিমের ক্ষমতা, শক্তি, জ্ঞান, প্রযুক্তি, অর্থের অসম পরিসরের ফলাফল হিসাবে রূপান্তর ও নির্মাণের এই দ্বৈতাবস্থা আরো পাকাপোক্ত হয়।

তথ্যসূত্র

আনু মুহাম্মদ, *বাংলাদেশের উন্নয়ন কি অসম্ভব?* জাতীয় গ্রন্থ প্রকাশন, ঢাকা, ১৯৯৫।

আনু মুহাম্মদ, *নারী পুরুষ ও সমাজ*, ঢাকা, ১৯৯৭।

আনু মুহাম্মদ, এঙ্গেলস্ এর পরিবার ব্যক্তিগত সম্পত্তি ও রাষ্ট্রের উৎপত্তি, *সংস্কৃতি* (বিশেষ নারী সংখ্যা) ১৯৯৭।

এ.কে.এম. নূর-উন-নবী, জন্মশাসনে সামাজিক ও সাংস্কৃতিক প্রতিবন্ধকতাসমূহ, *সমাজ নিরীক্ষণ*, সংখ্যা ২০।

শাহীন আহমেদ, রাইটস্ অব প্যাসেজ ও বাংলাদেশের নারী। *বাংলাদেশে নৃবিজ্ঞান*, সম্পাদনায় হেলাল উদ্দীন খান আরেফিন, সমাজ নিরীক্ষণ কেন্দ্র, ঢাকা।

খন্দকার মোকাদ্দেম হোসেন ও রেজুয়ান হোসেন, বাংলাদেশের জনসংখ্যা নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচীর লক্ষ্য ও উদ্দেশ্য (১৯৫৩ থেকে ১৯৯৫)ঃ একটি মূল্যায়ন, *সমাজ নিরীক্ষণ*, সংখ্যা ৪০।

এম এ মান্নান, বাংলাদেশে মাতৃমঙ্গল ও শিশু স্বাস্থ্যঃ কিছু প্রাসঙ্গিক বিচার, *বাংলাদেশ উন্নয়ন সমীক্ষা*, ৮ম খন্ড, ১৯৯৭।

Ahmad, Alia (1991) *Women and fertility in Bangladesh*. Sage Publications India.

Badrud Duza, M. (1990) Overview of Finding: Population Issues and Strategies in Bangladesh. *South Asia Study of Population Policy and Programmes: Bangladesh*. United Nation Population Fund, Dhaka.

Bałanchet, Therese (1987) *Women, Pollution and Mariginality Meanings and Rituals of Birth in Rural Bangladesh*. University Press Limited Dhaka.

Connell, R.W. *Gender and Power*. Polity Press.

Garndner, Katy and David Lewis (1996) *Anthropology and Development Dilemmas*.

Islam, Md. Nazrul (1996) Kinship, Affinity and Behaviour of Pregnant Women. BSS Honours Disseration. Department of Anthropology, Jahangirnagar University, Dhaka.

Kabir, M. and A.K. Ubaidur Rab (1990) Fertility and Its Proximate Determinats, *South Asia Study of Population Policy and Programmes: Bangladesh*. United Nations Population Fund, Dhaka.

Kabir, M., M. Mosleuddin, and Ali Ahmed Howlader (1988) Husband-Wife Communication and Status of Women As a Determinant of Contraceptive Use in Bangladesh. *The Bangladesh Development Studies*, Vol. XVI, No. 1.

Kabir, M., Rokeya Khatun and Israt Ahmed (1993) Impact of Women in Development Projects on Women's Status and Fertility in Bangladesh. Development Researchers and Associates (DRA) Dhaka, Bangkadesh.

Kanbargi, Ramesh and Kulkarni P.M. (1986) Child Labour, Schooling and Fertility in Rural Karnataka, South India. In *Fertility in Asia : Assessing the Impact of Development Project*, ed. John Stoeckel and K.Jain Anrudh. The Population Council.

Khuda, Barkar-e- and Sushil Ranjon Howlader (1990) Demand Aspect of Fertility and Family Planning. *South Asia Study of Population Policy and Programmes: Bangladesh*. United Nations Population Fund.

Mabud, Mohammed A (1990) Women's Roles : Health and Reproductive Behaviour. *South Asia Study of Population Policy and Programmes: Bangladesh*. United Nations Population Fund, Dhaka.

Mahmud, Simeen (1988) Exploring the Relationship Between Women's Work and Fertility: The Bangladesh Context. *The Bangladesh Development Studies*. Vol.XVI, No.4.

Maloney, Clarence, K.M. Ashraful Aziz & Profulla C Sarker (1981) *Beliefs and Fertility in Bangladesh*. Intenational Centre for Diarrhoel Disease Research, Bangladesh, Dhaka, Bangladesh.

Mannan, M.A (1989) Family, Society, Economy and Fertility in Bangladesh. *The Bangladesh Development Studies*, Vol. XVll, No.3.

Momsen, Janet Lenshall (1991) *Women and Development in the Third World.*

Roodkowsky, Mary (1983) Women and Development: A Survey of the Literature. In *Women in Development, A Resource Guide for Organization and Action.* Intermediate Technology Publication.

Stanworeth, Machelle (1994) Reproductive Technologies and the Deconstruction of Motherhood. In *The Polity Reader in Gender Studies*, Polity Press.

Stoeckel, John and Jain, Anrudh K., eds. (1986) *Fertility in Asia: Assessing the Impact of Development Projects*. The Population Council, Frances Pinter (Publishers), London.

পরিশিষ্ট

সমিতির মাসিক সভাতে পি.এ.রা সমিতির সদস্যদের জরুরী স্বাস্থ্য পরিচর্যা বিষয়ে শিক্ষা দান করেন। সভায় সমিতির সদস্য ব্যতিত বাইরের লোকও আসতে পারে। এছাড়া সমিতির একজন সদস্যকে ষোল দিনের একটি স্বাস্থ্য প্রশিক্ষণ দেওয়া হয় যে এস.এস (স্বাস্থ্য সেবিকা) হিসাবে খ্যাত এবং গবেষিত সমিতিতে তথা উত্তরদাতাদের মধ্যে একজন এস.এস. রয়েছেন। মূলতঃ জরুরী স্বাস্থ্য পরিচর্যা কার্যক্রমের অধীনে উত্তরদাতাদের নিম্নোক্ত বিষয়াবলীর উপর ধারণা দেওয়া হয়।

পরিবার পরিকল্পনা (Family Planning)

যার আওতাভুক্ত -

জনসংখ্যা বৃদ্ধির হার হ্রাস, ঘন ঘন সন্তান হওয়ার কুফল, পরবর্তী সন্তান জন্মের মধ্যে সময়ের ব্যবধান, ছোট পরিবারের সুফল, জন্ম নিয়ন্ত্রণের বিভিন্ন উপকরণ সম্পর্কে দম্পতিকে অবহিত করা, স্বাস্থ্য সেবিকাদের মাধ্যমে জন্ম নিয়ন্ত্রণের সামগ্রী (পিল.কনডম) বিতরণ করা, জন্ম নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতির সেবা ও সুবিধার সাথে জনগণকে সম্পৃক্ত করা।

পয়ঃনিষ্কাশন ও নিরাপদ পানি (Water and Sanitation)

যার অধীনে নিম্মোক্ত বিষয়াবলী সম্পর্কে শিক্ষা দেওয়া হয়,

-- পরিবারের সকল সদস্য স্লাব পায়খানা ব্যবহার করবে,
-- পায়খানা থেকে এসে ছাই বা সাবান দিয়ে হাত ধুবে,
-- স্যান্ডেল বা জুতা পরে পায়খানায় যাবে,
-- পায়খানা ব্যবহারের পর ভালভাবে পানি দিয়ে পরিষ্কার করবে।
-- খাবার স্যালাইন তৈরীর নিয়মাবলী,
-- গর্ভবতী মা ও শিশুকে টিকাদান,
-- গর্ভবতী ও দুগ্ধবতী মাকে স্বাভাবিকের চেয়ে বেশী খাবার এবং শিশুকে পাঁচ মাস থেকে বাড়তি খাবার প্রদান।
-- জন্মের সঙ্গে সঙ্গেই নবজাতককে বুকের প্রথম দুধ (কলসট্রাম বা শাল দুধ) খাওয়ানো,
-- শিশুকে পাঁচ মাস বয়স পর্যন্ত শুধুমাত্র মায়ের বুকের দুধ পান করানো,
-- গর্ভকালীন সময়ে নিয়মিত পরীক্ষা করানো,
-- ঘন ঘন সন্তান ধারন মা ও শিশুর স্বাস্থ্যের জন্য খুবই ক্ষতিকর,
-- বিলম্বিত গর্ভধারণের জন্য জন্ম নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি গ্রহণ করন,
-- গর্ভাবস্থায় একমাসের ব্যবধানে দুটো টি.টি ভ্যাক্সিন নেওয়া (গর্ভের ৪-৮ মাসের মধ্যে),

-- চতুর্থ বা ততোধিক গর্ভ এড়িয়ে চলা,
-- প্রতিরোধযোগ্য ৬টি মারাত্মক রোগ যেমন - যক্ষ্মা, হাম, ধনুষ্টাংকার, ডিপথেরিয়া, পোলিও মাইলাইটিস, এবং হুপিং কাশির একমাত্র প্রতিষেধক টিকাদান,
--পরিবারপরিকল্পনার মাধ্যমে সুখী ও স্বচ্ছল পরিবার গঠন,
-- মেয়ের বিয়ে ১৮ বছর ও ছেলের বিয়ে ২১ বছরের আগে দানে বিরত থাকা ইত্যাদি।
(উৎস ঃ আর,ডি.পি স্বাস্থ্য শিক্ষা ডায়াগ্রাম, ব্র্যাক)

টিকাদান (Imunization)
শিশুদের দেড় মাস - এক বৎসরের মধ্যে প্রতিরোধ যোগ্য ছয়টি রোগ যেমনঃ ধনুষ্টংকার, হুপিং কাশি, ডিপথেরিয়া, পোলিও, হাম ও যক্ষ্মা এবং গর্ভবতীকেও (১৫-৪৫ বৎসর মহিলাকে) ধনুষ্টংকারের টিকা দিতে হবে।

স্বাস্থ্য ও পুষ্টি শিক্ষা (Health and Nutrition)
যার অধীনে শিশুদের ৬ মাস থেকে ৬ বৎসর বয়স পর্যন্ত প্রতি ছয় মাস অন্তর ভিটামিন এ ক্যাপসুল দেয়া, প্রতিটি বাড়ীতে শাক-সবজীর উৎপাদন ইত্যাদি বিষয়ে শিক্ষা দেওয়া হয়।

মৌলিক চিকিৎসা (Basic Treatment)
যার অধীনে কতোগুলো সাধারণ রোগ যেমন - ডায়রিয়া, আমাশয়, কৃমি, রক্তস্বল্পতা, খোঁস-পাঁচড়া, দাঁদ, গ্যাষ্ট্রিক, চোখ ওঠা সর্দিজ্বর এর উপর একটি সমিতিতে একজন সেবিকাকে রোগ প্রতিরোধ ও চিকিৎসা বিষয়ে প্রশিক্ষণ দেওয়া হয় এবং উত্তরদাতাদের মধ্যে একজন রয়েছেন।
(উৎস, স্বাস্থ্য শিক্ষা ডায়াগ্রাম, ব্র্যাক, মহাখালী, ঢাকা)