নৃবিজ্ঞান পত্রিকা, সংখ্যা ৮, পৃ : ৮১ - ১০০
©২০০৩ নৃবিজ্ঞান বিভাগ, জাহাঙ্গীরনগর বিশ্ববিদ্যালয়, ঢাকা

উন্নয়ন ডিসকোর্সে ধাত্রীসেবার অনুশীলন

রাশেদা আখ্‌তার*

১. ভূমিকা

'উন্নয়ন' ডিসকোর্সে আধুনিক চিকিৎসা ব্যবস্থা একটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয়। বাংলাদেশ সহ তৃতীয় বিশ্বের দেশ সমূহে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার প্রত্যক্ষ তত্ত্বাবধানে স্বাস্থ্য সংক্রান্ত বিভিন্ন কর্মসূচী গৃহীত হয়। বস্তুতঃ '৬০ এর দশক থেকে পুঁজিবাদী দেশ সমূহ উন্নয়ন প্রকল্পের অংশ হিসেবে ক্রমবর্ধমান জনসংখ্যা রোধ কল্পে বস্তুগত প্রযুক্তির উদ্ভাবন এবং তৃতীয় বিশ্বের দেশ সমূহে সম্প্রসারণের প্রক্রিয়া শুরু করে। এ সম্প্রসারণ প্রক্রিয়ার মধ্য দিয়ে উন্নয়নমূলক 'স্বাস্থ্যসেবা' প্রকল্প গুলো বিস্তার লাভ করে এবং এর সাথে সাথে প্রয়োগ হতেও শুরু করে। তবে এ প্রকল্প গুলোকে গ্রামীণ পর্যায় পর্যন্ত নিয়ে যাওয়ার ক্ষেত্রে 'কেন্দ্রের' (উন্নত বিশ্বের সাহায্য সংস্থার) নির্দেশে রাষ্ট্র মধ্যস্থকারীর ভূমিকায় থাকে। এ প্রবন্ধে আমি উন্নয়ন প্রকল্পের সরাসরি হস্তক্ষেপের একটি বিষয় হিসেবে সনাতন ধাত্রীসেবী বা (Traditional Birth Attendant) টিবিএ প্রকল্পকে বিশ্লেষণের চেষ্টা করেছি।[১]

এই প্রবন্ধে বাংলাদেশের প্রেক্ষিতে টিবিএ চর্চার স্বরূপ বোঝার চেষ্টা করা হয়েছে। টিবিএ কিভাবে উন্নয়ন ডিসকোর্সে অনুর্ভূক্ত হলো এবং প্রথাগত ধাত্রীরা ঐ ডিসকোর্সের মধ্যে নিজেদের অর্জিত অভিজ্ঞতা কিভাবে অনুশীলন করে তা অভিজ্ঞতালব্ধ তথ্যের মাধ্যমে বোঝার চেষ্টা করা হয়েছে। প্রবন্ধটি তিনটি প্রধান অংশে বিভক্ত। প্রথম অংশে টিবিএ- আন্তর্জাতিক ও বাংলাদেশ প্রেক্ষাপটে আলোচনা করা হয়েছে। দ্বিতীয় অংশে স্বাস্থ্যের উন্নয়ন কর্মকান্ডে সরকারী ও বেসরকারী পদক্ষেপ, ধাত্রীসেবীর প্রশিক্ষণের পূর্বে ও পরের অভিজ্ঞতার স্বরূপ তুলে ধরা হয়েছে। তৃতীয় অংশে ধাত্রীসেবীর স্বাস্থ্য চর্চার সাথে সাথে স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণকারী জনগণের দৃষ্টিভঙ্গীও আলোচনা করা হয়েছে।

২. টিবি এ'র প্রেক্ষাপট

প্রথমেই টিবিএ কি তা বোঝা করা জরুরী। একজন ব্যক্তি (সাধারণতঃ নারী)– যে সন্তান জন্ম দানের সময় মাকে সহযোগিতা করে এবং সন্তান প্রসব কালীন দক্ষতা অর্জন করে (Verderese, et. at. al. 240)। টিবিএ কার্যক্রম আফ্রিকা, এশিয়া এবং

---

* সহযোগী অধ্যাপক, নৃবিজ্ঞান বিভাগ, জাহাঙ্গীরনগর বিশ্ববিদ্যালয়,, ঢাকা।

ল্যাটিন আমেরিকার বেশীরভাগ গ্রামে চালু রয়েছে। তবে টিবিএ কার্যক্রমের বৈশ্বিকীকরণ প্রক্রিয়া মূলতঃ বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার উৎসাহে ১৯৭২ সালে বিশ্বব্যাপী জরীপের মাধ্যমে যাত্রা শুরু করে (Verderese M. L., 1973)। বর্তমানে পৃথিবীর অনেক দেশেই ব্যাপকভাবে টিবিএ কর্মসূচী বিদ্যমান রয়েছে এবং এরা স্থানীয় পর্যায়ে খুবই গুরুত্বপূর্ণ বলে বিবেচিত। বিভিন্ন দেশে এর কাজের ভিন্নতা থাকলেও বেশীরভাগ দেশে এর প্রধান কাজ শিশু জন্মের ক্ষেত্রে সহযোগীতা করা। ধাত্রীসেবীদের প্রধান কাজ হচ্ছে ঃ

ক) সন্তান জন্মের পূর্বে প্রসবকালীন সময়ে এবং পরে মায়ের মৌলিক যত্ন নেয়া।

খ) নবজাতকের যত্ন।

গ) স্বাস্থ্যের সুচিকিৎসার জন্য প্রয়োজনে দক্ষ চিকিৎসকের পরামর্শের জন্য পাঠানো।

ঘ) পরিবার পরিকল্পনা ব্যবস্থা এগিয়ে নিয়ে যাওয়ার জন্য অংশ গ্রহণ।

ঙ) ছোঁয়াচে রোগের ক্ষেত্রে সতর্কতা অবলম্বনে সাহায্য করা এবং

চ) প্রাথমিক স্বাস্থ্য সচেতনা কর্মকান্ডে অংশ গ্রহণ করা (Wallace and Kanti 1990)[2]।

বাংলাদেশ, নাইজেরিয়া, সেনেগাল এ ধাত্রীসেবীরা সন্তান জন্মদানের পর খুব কমই যুক্ত থাকে বা তারা শুধুমাত্র নাড়ি কেটেই দায়িত্ব শেষ করে (Khan et. al. 1996)। থাইল্যান্ডে ধাত্রীসেবীরা গর্ভবতীর উচ্চতা, ওজন, রক্তচাপ, গর্ভফুল অবস্থা, প্রস্রাব পরীক্ষা, antenatal care, বুকের দুধ খাওয়ানোর নিয়মকানুন এবং সন্তান ও মায়ের অস্বাভাবিক লক্ষণের ক্ষেত্রে পরীক্ষা নিরীক্ষা করার জন্য পরামর্শ দিয়ে থাকে। ফিলিপাইনের গ্রামে এক তৃতীয়াংশ গর্ভপাত টিবিএ এর মাধ্যমে হয়ে থাকে। ইন্দোনেশিয়া, পাকিস্তান এবং থাইল্যান্ডে শতকরা ১২ থেকে ১৫ ভাগ গর্ভপাত টিবিএ'র মাধ্যমে হয়। (Rogers et. al. 1975, Roshan 1974, Narkavonnakit 1079)। বৈশ্বিকভাবে টিবিএ'র সহযোগিতায় শতকরা ৬০ থেকে ৮০ ভাগ সন্তান জন্মগ্রহণ করে থাকে (UNICEF, 1985)। এছাড়া, উন্নয়নশীল দেশগুলোতে বেশীরভাগ মায়ের সন্তান জন্মগ্রহণ করে টিবিএ'র মাধ্যমে ঘরে। অনেক উন্নয়নশীল দেশে টিবিএ প্রশিক্ষণ কর্মসূচী হয় মায়ের মৃত্যুহার কমানোর জন্যে (Jeffery, et. al. 1989)।

২.১ টিবিএ কর্মসূচী ঃ বাংলাদেশ

১৯৬০ সালে বাংলাদেশে টিবিএ কর্মসূচী শুরু হয় নিম্নোক্ত কাজের মাধ্যমে ঃ

ক) গৃহস্থালীতে জন্মনিয়ন্ত্রন সামগ্রি বিতরণ।

খ) স্থায়ী পদ্ধতি ব্যবহারের জন্য পরামর্শদান।

'৬০ এর দশকের প্রথম দিকে কুমিল্লায় Bangladesh Academy of Rural Development (BARD)- এ ১৫০ জন টিবিএ কর্মিকে পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি সম্পর্কে প্রশিক্ষণ দেয়া হয় (Khan, 1994)। তখন যার নাম ছিল Academy for Rural Development। ১৯৭৭ সালে National Institute of Population Research and Training (NIPORT) প্রথমতঃ টিবিএ'র পাঠ্যসূচী (curriculum) এবং খসড়া প্রশিক্ষণ ম্যানুয়্যাল তৈরী করে। দ্বিতীয়তঃ টিবিএ'র কর্মকান্ড পরিবার কল্যাণ পরিদর্শক তত্ত্বাবধান করে। তৃতীয়তঃ টিবিএ'কে জন্ম অনুশীলন এবং মা ও শিশু স্বাস্থ্য-পরিবার পরিকল্পনা প্রশিক্ষণ দেয়া হয় (Ahmed, 1988)।

১৯৭৯ সাল থেকে জাতীয় পর্যায়ে প্রশিক্ষণ শুরু হয়। এ সময়ে টিবিএ প্রশিক্ষণের জন্য বাংলাদেশের ৬৮,০০০ গ্রামে প্রতি গ্রাম থেকে একজনকে প্রশিক্ষণ দেয়া হয় (Ahmed, 1988)।

সরকারের পাশাপাশি বেসরকারীভাবে ১৯৭৫ সালে মানিকগঞ্জে ব্র্যাক টিবিএ কর্মসূচী চালু করে। ১৯৮৪ সালের প্রথম দিকে টিবিএ প্রশিক্ষণ কর্মসূচী অন্যান্য পাবলিক হেলথ কমিউনিটিতে পুনরাবৃত্তি হয় এবং গ্রাম কমিটির সদস্যের সাথে সহযোগিতার মাধ্যমে টিবিএ'র নির্বাচিত হয়।[৩]

৩. গবেষণার প্রেক্ষাপট

এ গবেষণা কর্মটি সম্পন্ন করা হয়েছে– শেরপুর জেলার ঝিনাইগাতী থানার তিনটি ইউনিয়নের (ঝিনাইগাতী সদর ইউনিয়ন, কাংশা ইউনিয়ন ও মালিঝি কান্দা ইউনিয়ন। প্রবন্ধটি সাম্প্রতিক গবেষণার অংশবিশেষ।[৪]

৩.১ গবেষণার উদ্দেশ্যাবলী

গবেষণার জিজ্ঞাসা গুলোকে সাধারণতঃ নিম্নোক্তভাবে উল্লেখ করা যায় ঃ

ক) সনাতন ধাত্রীসেবীর মধ্যদিয়ে 'স্বাস্থ্য উন্নয়ন' এর প্রত্যয়করণ অনুসন্ধান করা।

খ) কিভাবে এই সনাতন ধাত্রীসেবী বা টিবিএ এর বিষয়গুলো বাস্তবে চর্চা হচ্ছে তা দেখা।

গ) কিভাবে গ্রামীণ জনগোষ্ঠী টিবিএ ডিসকোর্সের প্রতি সাড়া (response) দিচ্ছে তা দেখা।

৩.২ গবেষণার পদ্ধতি

গবেষণার মূল উদ্দেশ্যকে সামনে রেখে বিভিন্ন ক্যাটাগরীর উত্তরদাতা নির্বাচন করা হয়েছে। এক্ষেত্রে সরকারী স্বাস্থ্য প্রকল্পের পরিচালক টিবিএ প্রশিক্ষণদানকারী ট্রেইনার, মোহাম্মদপুর সরকারী স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের প্রকল্প কর্মকর্তার সাক্ষাৎকার নেয়া হয়েছে। দীর্ঘদিন থেকে বেসরকারী সংস্থা অর্থাৎ বিভিন্ন এনজিও সরকারের পাশাপাশি টিবিএ কর্মসূচী চালু করেছে। তাই প্রথম ক্যাটেগরীর উত্তরদাতা হিসেবে ঢাকার CCDB'র (Christian Commission for Development in Bangladesh) ডাক্তারকে নির্বাচন করা হয়েছে, যিনি টিবিএ সহ মা ও শিশু স্বাস্থ্য বিষয়ক কর্মসূচীগুলো দেখে থাকে। এছাড়া, এই প্রকল্প কর্মকর্তার সাক্ষাৎকার নেয়া হয়েছে। রাড্ডা (মা ও শিশু স্বাস্থ্য-পরিবার পরিকল্পনা) সেন্টারের ডাক্তারের সাক্ষাৎকার নেয়া হয়েছে।

দ্বিতীয় ক্যাটাগরীর উত্তরদাতা হিসেবে নির্বাচন করা হয়েছে– শেরপুর জেলার ঝিনাইগাতী থানার Family Welfare Visitor (FWV) ও Senior Family Welfare Vistor। তাছাড়া রয়েছে ঝিনাইগাতী থানার সহকারী পরিবার পরিকল্পনা অফিসার– যিনি বর্তমানে ভারপ্রাপ্ত পরিবার পরিকল্পনা অফিসার হিসেবে দায়িত্বে রয়েছেন। উত্তরদাতাদের মধ্যে রয়েছে ৩ জন ডাক্তার ও থানা পরিবার পরিকল্পনা ইনসপেক্টর। এনজিওর কর্মসূচী বোঝার রয়েছে- ব্র্যাক এর প্রকল্প কর্মকর্তা, কারিতাসের মাঠকর্মকতা, ব্র্যাক এর স্যাটেলাইট ক্লিনিকের ২ জন প্যারামেডিক ডাক্তার।

তৃতীয় ক্যাটাগরীর মধ্যে রয়েছে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাত্রীসেবী ও অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রীসেবী। এছাড়া রয়েছে গ্রামের সেবা নিয়েছে– এবং সেবা নেয়নি উত্তরদাতা হিসেবে এমন নারী ও পুরুষ। এখানে সেবা কেন নেয়নি– তা বোঝার জন্যই সেবা নেয়নি এমন উত্তরদাতার সাক্ষাৎকার নেয়া হয়েছে। গ্রামে প্রবেশ করা এবং গ্রামের ধাত্রী সম্পর্কে প্রাথমিক ধারণা নেয়ার জন্য ২ জন তথ্য প্রদানকারীও নির্বাচন করা হয়। নিবিড় সাক্ষাৎকার নেয়ার জন্য একটি গাইড লাইন তৈরী করা হয়, যার মাধ্যমে নিবিড় সাক্ষাৎকার নেয়া হয়। এছাড়া গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর ক্ষেত্রে একটি নারী এবং একটি পুরুষ দলের দলীয় আলোচনা করা হয় স্বাস্থ্য বিষয়ক বিষয় গুলোকে আরও স্পষ্ট করার জন্য। উত্তরদাতা সম্পর্কে আরও বিস্তারিতভাবে তথ্য সংগ্রহের জন্য তাদের জীবন ইতিহাস গ্রহণ করা হয়।

৪.১ 'স্বাস্থ্যের উন্নয়ন' কর্মকান্ডে সরকারী পদক্ষেপ ও টিবিএ সেবার উদ্দেশ্য

স্বাস্থ্যের উন্নয়নের জন্য সরকারী ও বেসরকারী বিভিন্ন সংস্থা কাজ করে। মা ও শিশু স্বাস্থ্যের উন্নয়নের প্রেক্ষিতে টিবিএ'র ভূমিকা রয়েছে। তবে গ্রামের ধাত্রীদের

প্রশিক্ষণ দেয়ার পেছনে সরকারের ও বেসরকারী সংস্থার বিশেষ কিছু উদ্দেশ্য ছিল। তা হচ্ছে নিম্নরূপ ঃ

১. ধাত্রীদের মাধ্যমে নিরাপদ প্রসব নিশ্চিত করা। যার জন্য নিরাপদ প্রসবের জন্য বিভিন্ন ব্যবস্থাগুলো প্রশিক্ষণের সময় শেখানো হয়।

২. গ্রামের লোকজন যেহেতু প্রত্যন্ত অঞ্চলে বসবাস করে এবং সেই সব অঞ্চলের যোগাযোগ ব্যবস্থাও ভীষণ নাজুক। যার কারণে মানুষ ইচ্ছে করলেও সবসময় থানা স্বাস্থ্য কেন্দ্রে রোগীকে নিয়ে আসতে পারত না। এ ক্ষেত্রে গ্রামীণ ধাত্রীরা যাতে সহজে সেই প্রত্যন্ত অঞ্চলে বাড়িতে সন্তান প্রসব করানোর কাজে সহযোগিতা করতে পারে-এ চিন্তা মাথায় রেখেই তাদের প্রশিক্ষণ দেয়া হয়।

৩. তৃতীয় উদ্দেশ্য ছিল এলাকার কোন প্রসূতি মাতার গর্ভকালীন বা তার পরবর্তীতে যে কোন সমস্যার ক্ষেত্রে এই ধাত্রীদের দ্বারা পরিবার পরিকল্পনা ভিজিটরদের খবর দিয়ে আনা এবং এর সমাধানের পরামর্শ করা। তারা অবস্থা দেখে জরুরী হলে হাসপাতালে রেফার করবে।

৪. আরেকটা বিষয় ছিল কোন মহিলা গর্ভবতী হওয়ার পর ৪২ দিনের মধ্যে সেই মহিলাকে সরকারী স্যাটেলাইট ক্লিনিকে নিয়ে আসা একজন ধাত্রীর জন্য বাধ্যতামূলক ছিল। কেননা, এ সময়টা হচ্ছে ঝুঁকিপূর্ণ সময়। এ সময় একজন গর্ভবতী মা'র ডাক্তারের পরামর্শ নেয়া জরুরী।

৫. গ্রামের বিভিন্ন নারী ও শিশুদেরকে ইপিআই কর্মসূচীতে অংশগ্রহণ করানো ও খোঁজখবর নেয়ার দায়িত্ব ছিল ভিজিটরদের পাশাপাশি ধাত্রীদেরও। এবং

৬. পরিবার পরিকল্পনার ক্ষেত্রে স্থায়ী বন্ধ্যাকরন এবং অস্থায়ী পদ্ধতি গ্রহণেও ধাত্রীদের ভূমিকা রয়েছে।

উপরোক্ত উদ্দেশ্যগুলো সামনে রেখে টিবিএ এর বিভিন্ন সুযোগ সুবিধা বাড়ানোর জন্য বিভিন্ন প্রকল্প সরকারী ভাবে হাতে নেয়া হয়েছিল।

১. ইউনিয়ন পরিষদে টিবিএ'দের জন্য একটা তালিকা বা বোর্ড থাকবে, যেখানে তাদের নাম ও ঠিকানা উল্লেখ করা থাকবে। তাদের মর্যাদা বৃদ্ধি করার জন্য ছাতা, শাড়ী ও ব্যাগ দেয়া হতো। যেন গ্রামের লোকেরা তাদেরকে আলাদা ভাবে চেনে ও সম্মান দেয়।

২. ভিজিডি ও ভিজিএফ কার্ডের ক্ষেত্রে তাদের যাতে সুবিধা দেয়া হয়– সেজন্য সংশ্লিষ্ট সরকারী কর্মচারী বা কর্মকর্তাদের অনুরোধ করা হয়। যদিও এর বাস্তব কোন প্রতিফলন খুঁজে পাওয়া যায়নি। অর্থাৎ গবেষণা এলাকায় এ

ধরনের সুবিধা পেয়েছে এ ধরনের কোন টিবিএ নারী পাওয়া যায়নি। এমনকি টিবিএ'দের কোন চাকুরির আশ্বাসও ছিলনা। তবে ১৯৭৫ থেকে ১৯৯৮ পর্যন্ত টিবিএ'রা কোন ডেলিভারী রোগী রেফারেন্সের জন্য সর্বোচ্চ ৫০ টাকা করে পরিবার পরিকল্পনা লাইগেশন ফান্ড থেকে পেত। যদিও গবেষণা এলাকার প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত কোন টিবিএ তা বলেনি।

৪.২ বেসরকারী পদক্ষেপ

বেসরকারী ভাবেও স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উন্নয়নের জন্য টিবিএ প্রশিক্ষণের ব্যবস্থা করা হয়। এসময় ২১ দিনের প্রশিক্ষণের মাধ্যমে তাদেরকে নানাবিধ বিষয় প্রশিক্ষণ দেয়া হয়।[৫] প্রশিক্ষণ চলাকালীন সময়ের প্রতিদিনের জন্য ৪০ টাকা করে মোট ২১ × ৪০ = ৮৪০ টাকা দেয়া হয়েছে। এই প্রশিক্ষণ দেয়ার পর প্রতিমাসে ১ দিন করে মোট ৩ বছর ফলোআপ করা হয়। তারপর আর কোন খবর রাখা হয় না। এনজিও গুলো মনে করে তারপর আর ফলোআপের প্রয়োজন হয় না। এতদিনে তারা অনেক বেশী পোক্ত হয়ে যায়।

'এনজিও সিসিডিবি', রাড্ডা এম সি এইচ এফপি সেন্টার, কারিতাস টিবিএ'কে সরকারী নিয়মেই প্রশিক্ষণ দেয়। ব্র্যাক এক্ষেত্রে ভিন্ন কিছু পদক্ষেপ গ্রহণ করে। ব্র্যাক সরকারের কার্যক্রমে সহযোগিতার নামে পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি চালু করে। ডিপো হোল্ডারা সরকারী ভাবে পরিচালিত ডিপো হোল্ডার। তাদের মাধ্যমেই ব্র্যাক কাজ করায়। ডিপো হোল্ডাররাই পরিবার পরিকল্পনার মালামাল সংগ্রহ করে জনগণের কাছে পৌঁছায়। এক্ষেত্রে তারা টাকা নিয়ে থাকে, যা ব্র্যাক কর্তৃক নির্ধারণ করা। যেমন ঃ ১ প্যাকেট বড়ি ৩ টাকা এবং ১ ডজন কনডম ১ টাকা ২০ পয়সা। ব্র্যাকের যুক্তি হলো তারা এ টাকা স্বেচ্ছাসেবী কর্মীদের মাঝে বিতরণ করে। অর্থাৎ এ টাকা ডিপো হোল্ডাররা পায়। মূলতঃ উন্নয়ন প্রকল্প হিসেবে পরিবার পরিকল্পনার বিভিন্ন পদ্ধতির সাথে তাদের বাণিজ্যিকীকরণ প্রক্রিয়া চালু রয়েছে।

যেসব থানায় ডিপো হোল্ডার কর্মসূচী ছিলনা সেসব থানায় ব্র্যাক নিজস্ব ভাবে ট্রেনিং এর মাধ্যমে নতুন করে ডিপো হোল্ডার তৈরী করেছে। এখানে উল্লেখ্য যে, ব্র্যাক পূর্বের ডিপো হোল্ডার ও বর্তমান ডিপো হোল্ডার সবাইকে নতুন করে প্রশিক্ষণ দিয়েছে– তাদের পরিবার পরিকল্পনা কার্যক্রম চালু করার জন্য। ডিপো হোল্ডারদের প্রশিক্ষণের সময় ব্র্যাক মূলতঃ পরিবার পরিকল্পনার মৌলিক জ্ঞান সম্পর্কে ধারণা প্রদান করে। এ ডিপো হোল্ডারদের দ্বারা ব্র্যাক তাদের সংগঠনের

স্বার্থে সংশ্লিষ্ট সদস্য ও সদস্যের বাইরে নিজস্ব উৎপাদিত চিকিৎসা সামগ্রী বিক্রি করে থাকে। যেমন ঃ ব্র্যাক ফার্মাসিউটিক্যালস এ উৎপাদিত আয়রন সিরাপ, এন্টাসিড সিরাপ, এমনকি আয়োডিন লবনও বিক্রি করে একটি নির্দিষ্ট লাভের বিনিময়ে। বিভিন্ন শাক শব্জীর বীজ সহ, নানাবিধ জিনিস তারা ডেলিভারী কিট বিক্রি করে এবং তা ৭ টাকায় ক্রয় করে ১০ টাকায় বিক্রি করে। গ্রামের মানুষ হাতের কাছে পায় বিধায় তা ক্রয় করে ব্যবহার করে। ফলে গ্রামে গঞ্জে পরিস্কার-পরিচ্ছন্নতার চর্চা বেড়ে গেছে বলে তারা (ডিপো হোল্ডার) মনে করেন।

ব্র্যাকের কোন ডিপোহোল্ডার সদস্য যদি কোন রোগীকে তাদের (ব্র্যাক) হাসপাতালে রেফার করে, সেক্ষেত্রে ডিপো হোল্ডাররা কমিশন পায়। এক্ষেত্রে ব্র্যাক সংস্থা বা অন্য কোন এনজিও প্রতিষ্ঠান এর সদস্যের ক্ষেত্রে প্রতি রোগীর জন্য ২ টাকা করে পায় এবং সাধারণ জনগোষ্ঠী অর্থাৎ কোন এনজিওর সদস্য নয় এমন রোগীর ক্ষেত্রে ৫ টাকা করে পায়। ব্র্যাক মূলতঃ এ ধরনের নিয়মের মধ্য দিয়ে একটা চেইনের মত করে তৃণমূল পর্যায় থেকে থানা পর্যন্ত স্বাস্থ্য ব্যবস্থা বা রোগীকে উন্নত চিকিৎসার জন্য আনতে পারে।

প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ও অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রীরা মনে করে যে, তাদের সেবার কারণেই গ্রামের অবহেলিত, দরিদ্র সব ধরনের জনগোষ্ঠীই মাতৃত্বকালীন অবস্থায় ডেলিভারীর ক্ষেত্রে নিরাপদ মাতৃত্বের সুযোগ পেয়ে থাকে। 'স্বাস্থ্য উন্নয়ন' প্রত্যয়নের ক্ষেত্রে তাদের যুক্তি হচ্ছে– তারা দরিদ্র জনগোষ্ঠী হিসেবে বিনা টাকায় সেবা অল্প সময় দিতে পারে-দীর্ঘদিন দিতে পারেনা। তাছাড়া, স্বাস্থ্য ব্যবস্থার জন্য একটি সুনির্দিষ্ট নীতিমালা সরকারের থাকা প্রয়োজন এবং ধাত্রীদের একটা নির্দিষ্ট বেতন থাকা জরুরী। তবেই গ্রামীণ দরিদ্র জনগণের 'স্বাস্থ্যের উন্নয়ন' ঘটানো সম্ভব বলে তারা মনে করে।

৫. ধাত্রীসেবীর প্রশিক্ষণের পূর্বে ও পরের কাজের অভিজ্ঞতার স্বরূপ

অপ্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাত্রীসেবীরা প্রশিক্ষণ নেয়ার পূর্বে কিভাবে ডেলিভারী করাতো এবং বর্তমানে কিভাবে করায় তার অভিজ্ঞতা গুলো তারা বলেন। প্রশিক্ষণের পূর্বে উত্তরদাতার একজন বলেন, *"তিনি পূর্বে খড়ের মধ্যে রোগী শুইয়ে রেখে ডেলিভারী কাজ করাতেন। এখন তিনি তা করেন না। ভালো, পরিষ্কার কাপড় বিছিয়ে তার উপর পলিথিনের কাগজ দিয়ে থাকেন। পূর্বে ডেলিভারীর সময় অসচেতন ভাবেই নখ টাকা বা পরিষ্কার করা এগুলো করতেন না কিন্তু প্রশিক্ষণ নেয়ার পর তা করে থাকেন। ডেলিভারীর সময় যে কাগজ বিছানো হতো কারিতাস*

থেকে দেয়া তা বর্তমানে ছিড়ে গেছে। বর্তমানে তিনি সারের কাগজ দিয়ে বিছানা তৈরী করে নিয়েছেন"। দেখা যায় যে, একইভাবে ভারতের কিছু এলাকায় মিডওয়াইফ স্টেরিলাইজেশন প্রকল্পের সাথে যুক্ত। নারীরা তাদের গর্ভকালীন সময়ে সাহায্যের জন্য, Child birth বা তাৎক্ষণিক Post-partum period এ ধাত্রীদের সহযোগিতা নিয়ে থাকে (Jeffrey 1983)।

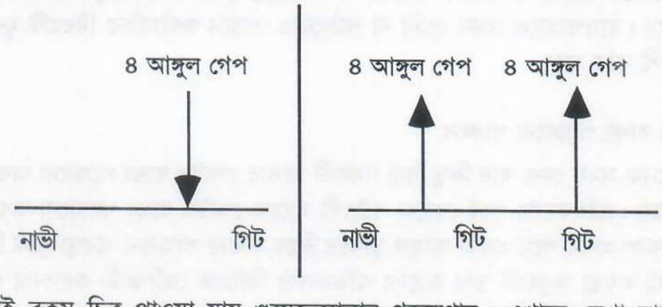
ক) প্রসূতি মাতার প্রসব ব্যথা

প্রসূতি মাতার ডেলিভারীর সময় ব্যাথা কম হলে মহিলাকে তারা চীৎ করে শুইয়ে রাখেন। অনেক সময় একজনের গায়ে হেলান দিয়ে শুইয়ে রাখেন। আবার ডেলিভারী ব্যাথা না উঠলে হাটাহাটি করিয়ে সেই প্রসূতির লেবার পেইন তুলে থাকেন। এটা এক এক ধাত্রী এক এক ভাবে করে। ডেলিভারী পেইন উঠার পর প্রশিক্ষণের পূর্বে তারা না জেনেই নানাবিধ বিষয় করতেন। ডেলিভারী হতে কত সময় লাগতে পারে, কোন্ ক্ষেত্রে কি করতে হবে তা তারা অনুমানের উপর পূর্ব অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে করতো। কিন্তু প্রশিক্ষণ নেয়ার পর তা আর তারা অনুমানের উপর করেনা। যেমন ঃ প্রথমে তারা বর্তমানে ডেলিভারী পেইন উঠার পর ১৮ ঘণ্টা অপেক্ষা করে থাকেন। কেননা, ডেলিভারীর সময় জরায়ুর মুখ খোলার জন্য ১৮ ঘণ্টা প্রয়োজন দ্বিতীয়তঃ ১৮ ঘণ্টার মধ্যে বাচ্চা প্রসব না হলে তিনি আরো ১২ ঘন্টা সময় নিয়ে থাকে। অর্থাৎ বাচ্চা হওয়ার জন্য অপেক্ষা করতে থাকেন। তৃতীয়তঃ প্রথম ঘণ্টা (১৮+১২ ঘণ্টা) বাচ্চা স্বাভাবিকভাবে প্রসব না হলে তারা আরো ৬ ঘণ্টা অপেক্ষা করেন এ সময়গুলোর মাঝে তারা ডাক্তার বা ভিজিটরদের সাথে যোগাযোগ রক্ষা করেন এবং রোগীর সার্বিক পরিস্থিতি সম্পর্কে তাদের সাথে পরামর্শ করেনা।

খ) নাভী কাটা

প্রশিক্ষণের পূর্বে তারা নবজাতক শিশুর ৪ আঙ্গুল পরিমাণ নাভী রেখে ১টি মাত্র গিট দিয়ে নাভী কাটতেন। কিন্তু বর্তমানে ৪ আঙ্গুল অন্তর অন্তর ১টি করে গিট গিয়ে মোট ২টি গিট রেখে পরবর্তীতে নাভী কাটেন। বর্তমানে তারা এ নাভী কেটে থাকেন নতুন ব্লেডকে পানিতে সিদ্ধ করে। ব্লেডের সাথে যে সূতা দিয়ে নাভী বাঁধেন সেই সূতাকেও পানিতে সিদ্ধ করে নাভীতে দুই গিট দেয়ার পর সিদ্ধ করা সূতা দিয়ে বেঁধে দেন। বিষয়টি চিত্রের মাধ্যমে নিম্নে উপস্থাপন করা হল ঃ

প্রশিক্ষণের পূর্বে **প্রশিক্ষণের পরে**



একই রকম চিত্র পাওয়া যায় গুয়েতেমালার গবেষণায়। এখানে দেখা যায়– প্রশিক্ষণের সময় মিডওয়াইফ কে যদিও ব্লেড ব্যবহার শেখানো হয়। কিন্তু পরবর্তীতে এটা জানা কঠিন হয় যে– তারা কিভাবে তা ব্যবস্থা করে (Greenberg, Linda 1982) যা আমাদের দেশের থেকে ভিন্ন।

একজন উত্তরদাতা বলেন, *'পূর্বে না জানার কারণে নাভী কাটতে গিয়ে বিভিন্ন সমস্যা হতো, যার ফলে অনেক বাচ্চার ধনুষ্টাংকার হতো। অথচ এ বিষয়টা ও আমরা (টিবিএ'রা) বুঝতাম না বলে বলা হতো– বাচ্চাকে চুন্নি অর্থাৎ ভুতে ধরেছে'। পূর্বে ব্লেডের বদলে বাঁশের কঞ্চি দিয়ে নাভী কাটা হতো এবং সাধারণ সূতা দিয়ে নাভী বেঁধে দিত।* একজন উত্তরদাতা বলেন, *"বর্তমানে সূতা ও ব্লেড জীবাণুমুক্ত হয়েছে কিনা সেটা বোঝার জন্য তারা গরম পানিতে সুতো ও ব্লেডের সাথে কয়েকটা চাল (২/৩টা) দিয়ে থাকে। চাল কয়েকটা যখন ভাতের মত হবে তখন বুঝতে হবে সেই ব্লেড ও সূতা জীবাণুমুক্ত হয়েছে।"* তখনই শুধু তারা তা ব্যবহার করে।

গ) গর্ভফুল বের করা

প্রশিক্ষণ নেয়ার পূর্বে যখন তারা ডেলিভারী করাতেন তখন কোন ডেলিভারীর পর সেই মাতার গর্ভফুল বের হতে একটু দেরী হলে গর্ভফুল বের করার জন্য প্রসূতি মাতার নাভীতে তেল দিয়ে মালিশ করতেন। কেউ কেউ পেটের দুই পাশে তেল দিয়ে আস্তে আস্তে মালিশ করতেন। এতে ফুলটা তাড়াতাড়ি বের হয়। যদি এভাবে বের না হতো– তবে অনেক সময় তারা প্রসূতি মায়ের মুখে চুল চেপে ধরে বমি করাতেন এবং বমি করানোর মধ্য দিয়ে গর্ভফুল বের করার চেষ্টা করতেন। কিন্তু ট্রেনিং নেয়ার পর তিনি কোন প্রসূতি মাতার বাচ্চা প্রসবের পর নির্দিষ্ট সময়ে গর্ভফুল বের না হলে হাসপাতালে রেফার করে থাকেন। তবে হাসপাতালে

রেফারের বিষয়টি সকল পরিবার সমানভাবে গ্রহণ করেনা। যারা হাসপাতালে রোগীকে পাঠায় না সেসব পরিবার বাধ্য হয়েই পূর্বের নিয়মকানুন গুলো পালন করে। হাসপাতালে কোন রোগী না পাঠানোর পেছনে অর্থনৈতিক বিষয়টি মূলতঃ বেশী কাজ করে।

ঘ) বাচ্চা প্যাচানো থাকলে

অনেক সময় দেখা যায় কিছু কিছু গর্ভবতী মাতার পেটের বাচ্চা প্যাচানো অবস্থায় থাকে। প্রশিক্ষণের পূর্বে কোনো গর্ভবর্তী মায়ের পেটের বাচ্চা প্যাচানো অবস্থায় থাকলে প্রসব পথে একটি আঙ্গুল ঢুকিয়ে দিয়ে বাচ্চার প্যাচানো অবস্থা বুঝে নিয়ে সেই অবস্থা অনুযায়ী তার জ্ঞানের অভিজ্ঞতার ভিত্তিতে ডেলিভারী করানোর চেষ্টা করতেন। কিন্তু প্রশিক্ষণের পর তিনি এভাবে ডেলিভারীর চেষ্টা করেন না। প্রয়োজনে নির্দিষ্ট সময় অপেক্ষা করার পরও যখন স্বাভাবিক ডেলিভারী না হয় তখন রোগীর পরিবারকে ডাক্তার ডাকতে বলেন।

ঙ) পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা

পূর্বে কোন ডেলিভারী হওয়ার পর সেই প্রসূতি মাতার বাচ্চার গায়ের আঠালো পদার্থ গুলোকে মুছতেন সেই পরিবারের সংগৃহীত তেনা (পুরনো কাপড়) দিয়ে। কিন্তু প্রশিক্ষণ নেয়ার পর তুলা দিয়ে পরিষ্কার করেন। যে বাড়িতে তুলা থাকে না সেই বাড়িতে পরিষ্কার কাপড় সংগ্রহ করে ব্যবহার করেন। এছাড়া ডেলিভারীর সময় তারা যখন কোন পানি ব্যবহার করে তখন সেই পানির সাথে স্যাভলন ব্যবহার করে থাকেন।

চ) ডেলিভারী আসন

প্রশিক্ষণের পূর্বে যখন ডেলিভারী করাতেন তখন তিনি প্রসূতি মাতাকে বাচ্চা প্রসবের জন্য একটা নির্দিষ্ট বিছানায় চিৎ করে শোয়াতেন। ব্যথা উঠানোর জন্য হাটাহাটি করাতেন কিন্তু ট্রেনিং নেয়ার পর বাচ্চা প্রসবের জন্য প্রসূতি মাতাকে এখন চিৎ করে রাখে না। মাকে এখন হেলান দিয়ে বিশেষভাবে বসানোর ব্যবস্থা করেন। একজন উত্তরদাতা বলেন, *'সরকারী ভাবে প্রশিক্ষণের পর তিনি অনেক কিছু জেনেছেন। প্রশিক্ষণের কারণে তার সচেতনতা বৃদ্ধি পেয়েছে। যার ফলে তারা এখন পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন ভাবে কাজ করার চেষ্টা করেন। প্রশিক্ষণের সময় যেসব ডেলিভারী সামগ্রী দেয়া হয়েছে সেসব সামগ্রী এখন তিনি সরবরাহ পান না। ফলে যেসব বাড়িতে ডেলিভারী করতে যান তারা যদি পরিষ্কার না থাকেন কিংবা পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা রক্ষা করতে সাহায্য না করে তাহলে তার একার পক্ষে এত*

কিছু লক্ষ্য করা সম্ভব না।' অর্থাৎ ডেলিভারীর ক্ষেত্রে সচেতন থাকার ক্ষেত্রে 'রোগী' ও 'ধাত্রী' উভয়েরই সমান দায়িত্ব রয়েছে। এক পক্ষ সচেতন হলে কোন লাভ হয়না।

ছ) মাকে হাসপাতালে রেফার করা ও বাচ্চা মারা যাওয়ার অভিজ্ঞতা

মারিয়া সাংমা তার দীর্ঘ দিনের কাজের ক্ষেত্রে ৪ জন জটিল রোগী পেয়েছেন। বাচ্চা বাম পা আগে চলে এসেছিল। বাচ্চাটা প্রসূতি মায়ের ৪র্থ সন্তান। প্রসবের সময় এ রোগীর জটিল পরিস্থিতি দেখে সাথে সাথে তিনি স্বাস্থ্যকর্মীকে ডেকে নিয়ে এসেছেন। তিনি একটা যন্ত্রের মাধ্যমে প্রসূতি মাতার নাড়ীর প্যাচ কেটে দিয়ে সেই শিশুটির পা পেটের ভিতরে ঢুকিয়ে দেয়ার পর স্বাভাবিক ভাবে প্রসূতি মাতার বাচ্চা প্রসব হয়েছে।

তারা নির্দিষ্ট সময়ের পর বাচ্চা না হলে সাধারণতঃ হাসপাতালে রেফার করেন। তাছাড়া, বাচ্চা হওয়ার সময় যদি প্রসব বেদনা কোনভাবেই না উঠে কিংবা মায়ের বাচ্চা হওয়ার পূর্বেই রক্ত যাওয়া শুরু হয়, বাচ্চার গলায় নাড়ী পেচিয়ে থাকে এসব ক্ষেত্রে হাসপাতালে রেফার করে থাকে। প্রশিক্ষণের পূর্বে তারা এসব করতো না। সুদানের একটি গবেষণায় দেখা যায় প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত মিডওয়াইফ দূরের গ্রামে কোন ধরণের তত্ত্বাবধান ছাড়াই পাঁচ বৎসর ধরে কাজ করছে। কারণ, ধাত্রী হিসেবে গ্রামে তারা নিজেরাই খুব বেশী জনপ্রিয় (EI-Humamsy, 1973)। অর্থাৎ প্রশিক্ষণের পর সেখানে ধাত্রীরা খুবই দক্ষতার সহিত কাজ করে। প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রীদের অনুধাবন হলো তারা প্রশিক্ষনের ফলে ভালো ভাবে ডেলিভারী করাতে পারে যা অনেক ডাক্তারও পারে না।

৬. ধাত্রীসেবীর কাজের অভিজ্ঞতা ও অনুধাবন

অপ্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাত্রীর সংখ্যা খুবই কম। যাদের উত্তরদাতা হিসেবে পাওয়া গেছে তাদের সবাই ৪৫ থেকে ৫৫ বৎসরের মধ্যে। সাধারণতঃ কোন গর্ভবতী মহিলার প্রসব বেদনা শুরু হলেই তাদের খোঁজ পড়ে। প্রথমেই তারা গিয়ে রোগীর অবস্থা দেখেন। যদি খুব জটিল মনে হয় তবে হাসপাতালে নিয়ে যাওয়ার পরামর্শ দেন। তাদের মতে, *'এত লম্বা কাজের অভিজ্ঞতায় খুব কম সংখ্যক রোগীই মারা যায়'।*

ডেলিভারী করার সময় বিশেষ বিশেষ অবস্থায় অর্থাৎ কোন রোগীর প্রসব ব্যাথা উঠে থেমে গেলে ব্যথা উঠার জন্য হোমিওপ্যাথিক বড়ি বা এলোপ্যাথিক বড়ি খাইয়ে থাকেন। অনেক সময় উত্তরাতা স্থানীয় পল্লী চিকিৎসক দ্বারা ব্যাথার

ইনজেকশন ও স্যালাইন দিয়ে ও থাকেন। আর এই ঔষধের চর্চা গুলো তারা হাসপাতালের ডাক্তারদের কাছ থেকে শিখেছেন। একজন উত্তরদাতা বলেন, *'যদি কখনো কোন জরুরী রোগীকে হাসপাতালে পাঠিয়ে দেন এবং রোগীর সাথে হাসপাতালে যান– তখন দেখতেন ডাক্তার অনেক ক্ষেত্রেই স্যালাইন ও ব্যাথার ইনজেকশন দিয়ে থাকে'*। তাদের ধারণা স্যালাইনে রোগীর শরীরে শক্তি হয়। রোগী প্রসব কাজে সহযোগিতা করতে পারে।

উত্তরদাতার কেউ বলেন, তিনি সবসময় হাত ধোঁয়া, নখকাটা, ডেলিভারীর পরে তুলা ব্যবহার করা ইত্যাদি অনেক আগে থেকেই করেন। একজন উত্তরদাতা বলেন, তিনি হাতের নখ বড় হলে কাটেন নতুবা কাটেন না। তার কথাতে যা বুঝা গেল তাতে মনে হলো নখ কাটাটা তার কাছে খুব গুরুত্বপূর্ণ নয়। আবার ডেলিভারী রোগীর কাছে যাওয়ার পূর্বে হাতমুখ ভালো করে সাবান দিয়ে ধোঁয়া অনেকটা তার কাছে নখ কাটার মতই গুরুত্বহীন। ডেলিভারী হওয়ার জন্য যে বিছানা তার ব্যবহার করেন তা পরিষ্কার, না অপরিষ্কার সেই বিষয়ে খুব একটা খোঁজ খবর নেয়না। রোগীর বাড়ির লোকেরা ডেলিভারী হওয়ার জন্য যে বিছানা করে দেন, সেই বিছানাতেই তিনি ডেলিভারী করে থাকেন। ডেলিভারী হওয়ার পর প্রসূতি মা ও তার শিশুর পরিচ্ছন্নতার জন্য যেসব নেকড়া ব্যবহার করা হয় সেসব নেকড়া পরিষ্কার, না অপরিষ্কার সেটাও তিনি যাচাই করেন না। তার মতে, এসব কাপড় পরিষ্কার কিনা সেটা যাচাই করার মত সময় থাকে না।

একজন উত্তরদাতা (মছিরন) বলেন, গরম পানিতে ব্লেড ও সূতা চুবিয়ে তুলে সেই ব্লেড দিয়ে নাভী কেটে সূতা দিয়ে বেঁধে দেন। কিন্তু তিনি ব্লেড ও সূতা সিদ্ধ করেন না যা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাত্রীরা করে থাকে। গর্ভফুল বের করার জন্য বেশ কিছুক্ষণ (এক থেকে দেড় ঘণ্টা) অপেক্ষা করার পর না বের হলে অনেক সময় মুখে চুল দিয়ে প্রসূতি মাতাকে বমি করিয়ে গর্ভফুল বের করার চেষ্টা করেন। অথবা রসুন ও লবন খাইয়ে বমি করানোর চেষ্টা করেন। ডাক্তার ডাকার প্রয়োজনবোধ করে না। একজন উত্তরদাতার মতে, *'আগে আল্লা পরে মা ফাতেমা ও পীর পয়গম্বরের দোয়ায় ডেলিভারী কাজে এ যাবৎ তার কোনই সমস্যা হয়নি। তার ১৬/১৭ বছরের ডেলিভারী কাজের অভিজ্ঞতায় কোন প্রকার সমস্যায় পড়েনি'*।

এখানে বলা বাহুল্য যে, অপ্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাত্রীরা তাদের স্পষ্ঠ জ্ঞানের অভাবে প্রজনন স্বাস্থ্যকে এভাবেই ব্যাখ্যা করে এবং অনুধাবন করে। একটি কেইসের মাধ্যমে তা আরও স্পষ্ট করা যায়।

কেস ঃ রহিমা

অপ্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাত্রীর বয়স ৫০ বৎসর। শিক্ষাগত কোন জ্ঞান নেই। পরিবারের মোট সদস্য সংখ্যা ছিল ৯ জন। তবে বর্তমানে রয়েছে তিনি, তার স্বামী ও ছোট মেয়ে। ছেলেরা বিয়ে করে আলাদা সংসার করে। মেয়েদের বিয়ে হয়ে গেছে। তার স্বামী কৃষি কাজ করে। তার বাড়ী তিনানিতে। স্বামীর আবাদী জমি রয়েছে ৭ কাঠা এবং ঘরভিটা বাবদ ৩ কাঠা জমি রয়েছে। তার বাড়িতে স্যানেটারী ল্যাট্রিন রয়েছে। তিনি মানুষকে দেখে ল্যাট্রিন দিয়েছেন, তার টিনের একটি চালাঘর রয়েছে এবং একটি রান্না ঘর রয়েছে।

উত্তরদাতা অপ্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ধাত্রী হিসেবে রোগীর বাড়িতে ডেলিভারী করে থাকেন। তিনি বলেন, যখন লেবার পেইন উঠার খবর পেয়ে রোগীর কাছে যান, তখন তিনি কখনও নখ কাটেন আবার কখনো কাটেন না। এক্ষেত্রে তিনি নখ যদি বড় থাকে তাহলে কাটেন নতুবা কাটেন না। তার কথাতে মনে হয় নখ কাটা বা পরিষ্কার করা তার কাছে খুব গুরুত্বপূর্ণ নয়। আবার ডেলিভারী রোগীর কাছে যাওয়ার পূর্বে হাত মুখ ভালো করে সাবান দিয়ে ধোয়া অনেকটা তার কাছে নখ কাটার মতই গুরুত্বহীন।

উত্তরদাতা ডেলিভারী করতে যাওয়ার পর যে রোগীর ডেলিভারী হবে, তার ডেলিভারী হওয়ার জন্য যে বিছানার দরকার, সেই বিছানাটা পরিষ্কার, না অপরিষ্কার সেই বিষয়েও খুব একটা খোঁজ খবর নেননা। রোগীর লোকেরা ডেলিভারী হওয়ার জন্য যে বিছানা করে দেন সেই বিছানাতেই তিনি ডেলিভারী করে থাকেন। ডেলিভারী হওয়ার পর প্রসূতি মা ও তার শিশুকে পরিষ্কার করার জন্য যে সব নেকড়া ব্যবহার করা হয় সেসব নেকড়া (টুকরা পুরনো কাপড়), পরিষ্কার, না অপরিষ্কার সেটাও তিনি যাচাই করেনা। তারমতে, সেসব নেকড়া পরিষ্কার কিনা তা যাচাই করার মত সময় থাকে না।

"ডেলিভারী কাজ" স্বাভাবিক ভাবে তার স্বামী করতে দিতে চায়না। এ কাজের জন্য তাকে কেউ "দাইনি," "ধাত্রী" (ধাত্রী) বলুক এটা তার স্বামী কখনও পছন্দ করেনা। আর একারনেই তার স্বামী তাকে এ কাজ করতে দিতে চায় না। তবে তার ছেলে মেয়ে বা মেয়ের জামাই ও ছেলের বউয়েরা এ কাজে কখনো বাধা দেয়নি। কিংবা কোনো কটু কথা বলে এ কাজকে ঘৃণার চোখে দেখেনি। বাড়ির আশেপাশের এলাকাতেই শুধু তার স্বামী ডেলিভারী কাজে যেতে দেয় কিন্তু কোনো দূরবর্তী এলাকাতে যেতে দেয়না। এতে যা বোঝা যায় তাতে মনে হয় মানুষ একাজে বেশী সম্মান দেয় না।

- ডেলিভারী সম্মানী প্রসঙ্গে তিনি বলেন, এলাকার লোকজন তাদেরকে কোন টাকা পয়সা দেয়না। অনেক সময় ডেলিভারী করার সময়ে সারাদিনে কেউ কেউ একবেলা খেতেও দেয়না। কেউ কেউ অনেক সময় ১/২টা শাড়ী দিয়ে থাকে। তার মতে এলাকার লোকজন তার কাজের জন্য যথেষ্ঠ সম্মান করে। তাতে তার ক্ষোভ রয়েছে। তিনি বলেন, *সংসারের নিজের কাজ ফেলে রেখে মানুষের উপকার করে বিনিময়ে ভালো ব্যবহার, সমাদর দিয়ে তো সংসার চলেনা। এরজন্য টাকা পয়সার প্রয়োজন। অথচ হাসপাতালের কোন কর্মীকে ডেকে এনে তার উপস্থিতিতে কোন ডেলিভারী হলে তাকে কমপক্ষে ৫০০ টাকা দেয় হয়। অথচ তাকে ৫০ টাকাও দেয়া হয়না।* এসব বিভিন্ন কারণে ক্ষোভ প্রকাশ করে বলেন, *মাইনসের কাজ করার চাইতে মুরগী খেদানো অনেক ভালো।* অর্থাৎ নিজের ঘরে বসে থেকে মুরগী দেখাশুনা করা অনেক ভালো, তাতে সংসারের আয় বৃদ্ধি হবে।

এখানে এটাই সুস্পষ্ট হয়ে যে, অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রী কিভাবে 'প্রজনন স্বাস্থ্য'কে অনুধাবন করে ও চর্চা করে। তার কাছে সন্তান জন্মদান একটি স্বাভাবিক প্রক্রিয়া- এখানে পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা রক্ষা করা, সতর্ক থাকা কোন উল্লেখযোগ্য বিষয় নয়। আর তা হচ্ছে মূলতঃ প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কে অজ্ঞতা ও যথেষ্ট জ্ঞানের অভাব।

৭. ধাত্রীসেবীর স্বাস্থ্য চর্চা ও সেবা গ্রহণকারী জনগণের দৃষ্টিভঙ্গি

ধাত্রীসেবীর প্রজনন স্বাস্থ্য বা সন্তান জন্মদানের ক্ষেত্রে সহযোগিতা করার ক্ষেত্রে ভূমিকা বিরল। তারা সন্তান প্রসবের ক্ষেত্রে বিশেষ ভূমিকা পালন করে থাকে। জনগণও তাদের উপর প্রায় সম্পূর্ণভাবে নির্ভরশীল। কিন্তু এখন প্রশ্ন হচ্ছে, ধাত্রীর মাধ্যমে স্বাস্থ্য সেবা কি 'আধুনিক চিকিৎসা' নাকি 'সনাতনী'। এক্ষেত্রে ধাত্রীর দৃষ্টিভঙ্গি ও সেবা গ্রহণকারী জনগণের চর্চার মধ্যকার স্বরূপ জানা খুবই জরুরী। আর ধাত্রীদের সেবা প্রদান বিশেষ করে সন্তান প্রসব করানোর নানা প্রক্রিয়া পূর্বে আলোচনা করা হয়েছে। ধাত্রীসেবী সম্পর্কে জনগণের দৃষ্টিভঙ্গি ও স্বাস্থ্য চর্চার ক্ষেত্রে যে বিষয়টি গুরুত্বপূর্ণ তা হচ্ছে– ডাক্তার ও ধাত্রীর কাজের ক্ষেত্রে পার্থক্য যা জনগণ নিজেই বুঝতে পারে। নিম্নে তা আলোচনা করা হলো।

৭.১ ডাক্তার ও ধাত্রীর কাজের ধরণ

ডাক্তার ও ধাত্রীর কাজের ক্ষেত্রে উত্তরদাতা জনগণের সবারই বক্তব্য হচ্ছে– ডাক্তার অভিজ্ঞতার (তথ্য ভিত্তিক বৈজ্ঞানিক) উপর ভিত্তি করে রোগীর চিকিৎসা করে। পক্ষান্তরে ধাত্রীর কাজ হলো সম্পূর্ণভাবে কাজের অভিজ্ঞতা ও অনুমানের উপর নির্ভরশীল। তবে তাদের বক্তব্য হচ্ছে, ডাক্তার হলেই যে সব সময় সঠিক চিকিৎসা করায় তা নয়। মাঝে মাঝে ভুল চিকিৎসাও করে থাকে।

উত্তরদাতাদের মতে, ডাক্তার অনেক সময় সিজার অপারেশন করার প্রয়োজন না হলেও সিজার অপারেশন করার পরামর্শ দিয়ে থাকে। বিশেষ করে ক্লিনিকের ডাক্তাররা। বলা বাহুল্য– ক্লিনিক সম্পর্কে তাদের ভীতির ধারণা কাজ করে। দেখা যায় যে-মানুষ টাকার কথা চিন্তা করে ক্লিনিকগুলোতে যেতে চায় না। আর সরকারী হাসপাতালে যেতে চায়না সঠিক চিকিৎসার অভাব, ডাক্তারের অবহেলা ও কর্মচারীদের অবজ্ঞার কারণে। একজন উত্তরদাতা বলেন, ডাক্তাররা স্বাভাবিকভাবে না হলে পেট কাটতে বেশী আগ্রহী হয়। কারণ, এতে করে তাদের স্বাস্থ্যকে কেন্দ্র করে ব্যবসা ভালো হয়। ধাত্রীর সম্পর্কে উত্তরদাতাদের মত হচ্ছে দাই বা ধাত্রীরা কোন কিছু জোর করে করায় না। তারা সবকিছু আল্লাহর নিয়মেই করে থাকে। এখানে মূলতঃ উত্তরদাতা স্বাভাবিকভাবে সন্তান জন্ম দান করাকে আল্লাহর নিয়ম হিসেবেই উল্লেখ করেন।

এখানে সন্তান প্রসব করানোর সাথে তাদের বাণিজ্যিকরণ প্রক্রিয়া কাজ করেনা। কারণ, ধাত্রীরা এখানে ২/১ টা শাড়ী ছাড়া কিছুই আশা করেনা। আর গরীব রোগী হলে তাও তারা আশা করেনা। ফলে দেখা যায় যে, উত্তরদাতাদের ডাক্তার ও ধাত্রীদের ক্ষেত্রে মনোভাব হচ্ছে স্বাস্থ্য ব্যবস্থাকে ডাক্তার'রা বাণিজ্যিকীকরণ প্রক্রিয়ার মধ্যে নিয়ে গেছে। অর্থাৎ স্বাস্থ্য নিয়েও ব্যবসার চিন্তা করা হয়। অপর দিকে, ধাত্রীরা চিন্তা করে তার সুনাম, মর্যাদা ও জনগণের উপকার– যা ডাক্তারদের মধ্যে ক্রিয়াশীল নয়।

৭.২ প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ও অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রী চিকিৎসায় জনগণের চর্চা

বেশীরভাগ উত্তরদাতাই প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ও অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রীর চিকিৎসায় কোন পার্থক্য খুঁজে পায় না। তবে এখানে বলা বাহুল্য যে, উত্তরদাতারা কোন্ কোন্ ক্ষেত্রে পার্থক্য খুজবে সে সম্পর্কেও তাদের ধারণা কম। কারণ, স্বাস্থ্য বিষয়ক যথেষ্ঠ সচেতনতা তাদের নেই।

কয়েকজন উত্তরদাতা অবশ্য প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ও অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রীর কাজের পার্থক্য বুঝতে পারে। তবে তারা বলেন যাদের পূর্বে প্রশিক্ষণ ছিলনা– তারা পরবর্তীতে যখন সরকারী ট্রেনিং নেয়– তার মাধ্যমে ধাত্রীদের কাজের মধ্যে পরিবর্তন লক্ষ্য করা যায়। যেমন ঃ সন্তান জন্ম গ্রহণ করার পর নাভী পূর্বে বাঁশের নেইল দিয়ে কাটা হতো যা তারা এখন আর কাটে না। এখন ব্লেড পানিতে ফুটিয়ে জীবাণু মুক্ত করে ব্যবহার করা হয়।৬

প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রীরা ডেলিভারীর সময় ডেলিভারী কিট বাক্স ব্যবহার করে থাকে। তবে উত্তরদাতাদের বক্তব্য হচ্ছে ট্রেনিং এর সময় তাদের এসব সরঞ্জামাদি দেয়া হয়– যা নষ্ট হলে গেলে তারা দরিদ্র বলে আর ক্রয় করতে পারে না। গ্রামীণ জনগোষ্ঠী যদি তা ক্রয় করে যোগান দেয় তাহলে কোন সমস্যা হয় না। যে সব মানুষ ধনী সাধারণতঃ তারাই কিট বাক্স ব্যবহার করে। দরিদ্র নারীরা তা করতে পারে না। তাদের কাছে প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত কিংবা অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রী কোন বিষয় নয়, ভালোভাবে ডেলিভারী হওয়াটাই ব্যাপার।

বস্তুতঃ দেখা যায় যে, অর্থনৈতিক টানা পোড়নে ধাত্রীদের কাজের আগ্রহ থাকে না। তাছাড়া, সুনাম বা মর্যাদা তেমন নেই বিধায়ও একটা সময়ের পর ধাত্রীদের কাজের প্রতি ঘৃণা ধরে যায় বলে উত্তরদাতা নারীরা মনে করে।

৭.৩ ধাত্রীদের ডাকার বিষয়ে সিদ্ধান্ত

কোন্ ধাত্রীকে ডাকা হবে ডেলিভারীর সময়-এতে দেখা যায় উত্তরদাতাদের মধ্যে কিছুটা ভিন্নতা থাকলেও একটা ক্ষেত্রে মিল রয়েছে। যেমন ঃ সাধারণতঃ মা, শাশুড়ী, স্বামী ও বাড়ীর মুরুব্বী ঠিক করে কোন্ ধাত্রীকে ডাকা হবে। তারাই ভালো মন্দ বিচার করে সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকে। একজন উত্তরদাতার মতে, *"বিচারক ও ডাক্তার এদের যত বেশী অভিজ্ঞতা হয় তত বেশী এরা পাঁকা হয় অর্থাৎ কাজে দক্ষতা লাভ করে"*। যার জন্য দেখা যায় যে, অনেক উত্তরদাতাই প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত নতুন ধাত্রীর চেয়ে অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত অভিজ্ঞতা সম্পন্ন ধাত্রীর উপর বেশী আস্থা রাখে। তারা প্রশিক্ষণ ও অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত ধাত্রী বোঝেনা তারা বোঝে কাজের গুণাগুণ ও অভিজ্ঞতা।

পরিবারে গর্ভবতী মা যদি শ্বশুর বাড়ীতে থাকে তখন শাশুড়ী ও অন্যান্য নারী মুরুব্বী ঠিক করে ধাত্রী হিসেবে কাকে ডাকা হবে। এখানে গর্ভবতী মা কিংবা তার স্বামীর কথার কোন দাম থাকে না। এক্ষেত্রে, শাশুড়ীর কিছু ইগো কাজ করে তার অভিজ্ঞতা আছে ও তার বংশের লোকজন আসবে– তাই তার সিদ্ধান্তই চূড়ান্ত। অপরদিকে, মেয়ের বাবার বাড়ীতে গর্ভধারণ করলে মেয়ের মা–ও প্রয়োজনে মেয়ের শাশুড়ীর সাথে কথা বলে ঠিক করে কোন ধাত্রীকে ডাকা হবে এবং তা পারিবারিক ধারা বা নিয়ম হিসেবে নেয়া হয়।

বস্তুতঃ পুরুষ তান্ত্রিক সমাজ ব্যবস্থায় একজন গর্ভবতী মায়ের সন্তান কোথায় জন্ম গ্রহণ করবে, কার হাতে করবে সব কিছু নির্ভর করে স্বামীর বাড়ীর মুরুব্বী সদস্য ও স্বামীর উপর। এখানে গর্ভবতী নারীর কোন ভূমিকাই নেই। দেখা যায় স্ত্রীর বাবার বাড়ীর অর্থনৈতিক অবস্থা যদি স্বামীর বাড়ীর চেয়ে বেশী ভালো থাকে তবে সে ক্ষেত্রে স্ত্রীর মতামত ও তাদের বাড়ীর মুরুব্বীদের মতামতের দাম দেয়া হয়।

৭.৪ জনগণের জন্য ধাত্রী সেবী, ধাত্রীর জন্য জনগণ নয়

প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত হউক আর অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত হউক জনগণের স্বাস্থ্য সেবার জন্য ধাত্রী মাতার প্রয়োজন হয়। যদিও ধাত্রীদের সমাজে তেমন কোন অর্থনৈতিক সুযোগ সুবিধা নেই-নেই তেমন কোন সম্মান বা মর্যাদা। তবে ধাত্রীদের মধ্যে রয়েছে সেবা দেয়ার প্রচন্ড ইচ্ছা শক্তি। তাদের জীবিকা নির্বাহ করার জন্য অন্য কাজ করতে হয়। "ধাত্রীমাতা" হিসেবে তাদের সিসিডিবি থেকে উপাধি দেয়া হয়, প্রশিক্ষণের পর ব্যাচ দেয়া হয়। কিন্তু তাতে তো তাদের কোন অর্থনৈতিক লাভ নেই।

উত্তরদাতারা নিজেরাই বলেন যে, ধাত্রীরা তাদের বিপদে এগিয়ে আসে– তারা গরীব বিধায় তাদেরকে কোন টাকা পয়সা দিতে পারে না। বেশীর ভাগ ক্ষেত্রেই কাজ অনুযায়ী খুব একটা পারিশ্রমিক দেয়া হয় না। বরং কারো মনে চাইলে কেউ তাদেরকে ২/১ টা কাপড় চোপড় দেন। এবং তাদের কাছে এটা অনেক বেশী দেয়া। অথচ ধাত্রীরা বলেন সারা দিন রাত কষ্ট করার পরও কেউ কিছু দেয় না। তাদের নিজেদের বাড়ীর কাজ বাদ দিয়ে অন্যের বাড়ীতে বসে থেকে যদি সঠিক মূল্যায়ন না পাওয়া যায় তাহলে তারা কেন যাবে কিছু কিছু উত্তরদাতা বলেন যে, অনেক ধাত্রী সেবী আছেন তারা বাড়ীতে কাজ আছে বলে ডেলিভারী কাজে যায় না। না যাওয়ার কারণ হিসেবে গ্রামীণ জনগণ জানে যে– পারিশ্রমিক পায়না বলেই যায় না। যদিও ধাত্রী নিজে জানে সে না গেলে অন্য একজন যাবে। কেননা, একটি গ্রামে বেশীর ভাগ ক্ষেত্রেই এক বা একাধিক ধাত্রী থাকে।

এর উল্টোটাও হয়। অনেক ধাত্রীই আছেন যারা ইচ্ছে করে ডেলিভারী কোন কাজে যেতে কখনো অনিহা প্রকাশ করে না। কারণ, তারা এ কাজকে সব সময়ই খুব মহৎ পেশা হিসেবে দেখে থাকেন। ধাত্রীদের বক্তব্য হলো গ্রামের জনগণ দরিদ্র বলে কিছু দিতে পারে না। কিন্তু গ্রামে যারা ধনী তারাও শাড়ী ছাড়া কিছুই দেয়না। আবার কোন কোন সময় শাড়ীও দেয়না। দূরের রাস্তা হলে নেয়ার সময় রিক্সা দিয়ে নেয়। কারণ, তখন তাদের প্রয়োজন, তাড়া থাকে। ডেলিভারী কাজ শেষ হয়ে গেলে আর তাদের মনে থাকে না ধাত্রীর কথা। সবাই আনন্দ করে। ধাত্রীকে বাড়ী যাওয়ার রিক্সা ভাড়াও দেয় না। এমনকি, সারা দিন প্রসব কাজের জন্য থাকলে কেউ কেউ খাওয়াও দেয় না। তবে যাদের অর্থনৈতিক অবস্থা খারাপ, তারা টাকা পয়সা না দিতে পারলেও খাওয়া দাওয়া করায়। ধাত্রীর পাশাপাশি যারা স্বাস্থ্য কর্মীকে আনে তারা ডেলিভারীর পর স্বাস্থ্য কর্মীকে ৫০০ টাকা দেয়। অথচ তাদেরকে ২০/৩০ টাকাও দিতে চায় না। সাধারণ গ্রামীণ জনগণ উত্তরদাতারাই বলেছে সেবা দেয় আমরা কিছু করিনা তাদের জন্য। তাদের জন্য যদি সরকারীভাবে কিছু করা যায় বা সরকারীভাবে কিছু ভাতার ব্যবস্থা করা যেতো তবে ভালো হতো। নারী/পুরুষ গ্রামীণ উত্তরদাতারা বলেন যে, ধাত্রীদের সামগ্রিক দিক বিবেচনা করলে মনে হয় যে– *"জনগণের জন্য ধাত্রীসেবা, ধাত্রীসেবীর জন্য জনগণ নয়।"*

৮. উপসংহার

এ প্রবন্ধে বিশ্লেষণাত্মক রূপায়নে আধুনিক স্বাস্থ্য ব্যবস্থা ও চর্চার ক্ষেত্রে গ্রামীণ মানুষ ও উন্নয়ন কর্মকান্ডের সাথে যুক্ত ব্যক্তির স্বাস্থ্য বিষয়ক মিথষ্ক্রিয়া কাজ করে। এখানে দেখাতে চেষ্টা করেছি যে, উন্নয়নের ধারনায় পরিকল্পনাবিদদের চিন্তায়

স্বাস্থ্য সমস্যা এবং অংশ গ্রহণকারীর স্বাস্থ্য সমস্যা কখনও এক হয়ে সরলভাবে চলেনা। যেমন ঃ ধাত্রী সেবীর ক্ষেত্রে দেখা যায়, 'ধাত্রীসেবী' সন্তান জন্মদানকে স্বাভাবিক বিষয় হিসেবে দেখে আর উন্নয়নের নামে 'আধুনিক' চিকিৎসা সেবার বিষয়টি খুব স্বাভাবিক নয়। সেখানে 'নিরাপদ মাতৃত্ব' 'সুস্থ মা'র বিষয় যুক্ত। বলা বাহুল্য যে, আধুনিক চিকিৎসা সেবা শহুরে মধ্যবিত্তের কাছে পৌঁছালেও এখনও অধিকাংশ মানুষের কাছে পৌঁছতে পারেনি। সন্তান জন্মদানের সময় কোন মা যেন মারা না যায় এর জন্য সবধরনের চেষ্টা পারিবারিক ও সামাজিকভাবে সবাই করে থাকে।

বলা হয় – উন্নয়ন ধারায় মূলতঃ উন্নয়ন কর্মকান্ড হচ্ছে সামাজিক কর্মকান্ড। যেখানে উন্নয়ন ডিসকোর্সে 'উন্নত' ও 'পিছিয়ে থাকা' দ্বিবিভাজিত অবস্থান ক্রিয়াশীল। যেমন ঃ 'আধুনিক' ও 'স্থানীয়,' 'বৈজ্ঞানিক জ্ঞান' ও 'সাংস্কৃতিক বিশ্বাস' প্রশিক্ষিত ও অপ্রশিক্ষিত ধাত্রীসেবী ও ডাক্তারের মধ্যে ভিন্নতা কাজ করে। ধাত্রীদের মতে, ব্যথা না হলে বাচ্চা সহজ হয়না আর অপরদিকে ডাক্তার ব্যথার সাথে বাচ্চার অবস্থান কি তা দেখেন। তবে এখানে দেখা যায়, অনেক সময় 'স্থানীয়' ও 'আধুনিক চিকিৎসা' ব্যবস্থার মধ্যে দ্বন্দ্ব ক্রিয়াশীল। যা আবার সাধারণ জনগোষ্ঠী ভিন্ন ভাবে ব্যাখ্যা করে, বিশ্লেষণ করে।

প্রশিক্ষণভিত্তিক প্রকল্পের মধ্যে গ্রামের সংস্কৃতিতে উন্নয়ন মডেল এবং গ্রামবাসীদের উন্নয়ন মডেলের মধ্যে ভিন্নতা ক্রিয়াশীল। কেননা, তাত্ত্বিক উন্নয়নের সাথে তাদের উন্নয়ন চিন্তা কোনভাবেই কাজ করেনা। যেমন ঃ ধাত্রী সেবীর ক্ষেত্রে দেখা যায়, গ্রামে স্বাস্থ্য উন্নয়নের নামে যেসব প্রকল্প চালু রয়েছে তা মূল প্রকল্প থেকে সামান্য কিছু। কারণ, যখন ধাত্রীসেবী প্রশিক্ষণ দেয়া হয় তখন পরিকল্পনা থেকে শুরু করে সন্তান প্রসব করানো, পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা, নাভী কাটা, গর্ভফুল পড়া, পুষ্টির ধারণা, সন্তানের স্বাস্থ্য, সন্তানের বুকের দুধ খাওয়ানো, এইডস রোগ সম্পর্কে ধারণা দেয়া হয়। কিন্তু বাস্তবিকভাবে যখন তারা কাজ করে তখন দেখা যায়– বেশীরভাগ ধাত্রী শুধু ডেলিভারীর কাজই করে থাকে। খুব কম ধাত্রীই আছে যারা প্রশিক্ষণের সব নয়– প্রসব সংক্রান্ত বিষয় চর্চার সাথে পুষ্টি, মায়ের বুকের দুধের গুণাগুণ মাকে বলে থাকে। তবে ধাত্রীদের ব্যাপক আকারে প্রশিক্ষণের ফলে গ্রাম পর্যায়ে 'দেশজ' চর্চার মধ্যদিয়ে স্বাস্থ্য বিষয়ক চর্চা পূর্বের তুলনায় অনেক ভালো।

তবে সমাজের বিভিন্ন মানুষের বিভিন্ন ধরনের ভূমিকা রয়েছে। স্বাস্থ্য বিষয়ক জ্ঞানের জন্য প্রশিক্ষণের মাধ্যমে গ্রামের জনগণের চিন্তা এবং এর বাইরের লোকের চিন্তার মধ্যে পার্থক্য রয়েছে। যেমন ঃ সরকারী ডাক্তার, স্বাস্থ্য কর্মকর্তা, এফ ডব্লিও ভি, এফ ডাব্লিও এ একভাবে কাজ করে। আবার ধাত্রীরা অন্যভাবে কাজ করে। তবে উন্নয়নের প্রেক্ষিতে সাধারণ জনগণের মধ্যে ধাত্রীরাই মধ্যস্থতাকারী

হিসেবে কাজ করে। আর এরাই প্রাতিষ্ঠানিকভাবে উন্নয়ন কর্মকান্ডের সাথে চর্চার সেতুবন্ধন তৈরী করে।

কৃতজ্ঞা স্বীকার

প্রবন্ধটি লেখার ক্ষেত্রে আমি প্রথমেই এ গবেষণা কাজের সাথে অঙ্গাঙ্গীভাবে জড়িত সহযোগী গবেষক মোঃ আনোয়ার হোসেনের নাম স্মরণ করছি। তার অক্লান্ত পরিশ্রমের কারনেই গবেষণা কাজটি করা সম্ভব হয়েছে। এছাড়া, নৃবিজ্ঞান পত্রিকা ৮ এর সম্পাদক ও বিভাগীয় সহকর্মী ড: জহির উদ্দিন আহমেদ এবং পত্রিকার রিভিয়ারকে সহযোগিতার জন্য একান্তভাবে ধন্যবাদ জানাচ্ছি। তবে প্রবন্ধের সকল প্রকার দূর্বলতা/সীমাবদ্ধতা একান্তভাবেই আমার।

টীকা

১. এ গবেষণাকর্মটি ফোর্ড ফাউন্ডেশনের অর্থায়নে নৃবিজ্ঞান বিভাগ, জাহাঙ্গীনগর বিশ্ববিদ্যালয়ের ফলিত নৃবিজ্ঞান প্রকল্পের আওতায় সম্পাদিত হয়েছিল (আখতার, ২০০২)।

২। বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থার রিপোর্ট অনুযায়ী ১৯৮৪ সালে টিবিএ কর্মসূচী ৫২টি দেশে ছিল যা ১৯৭২ সালের চেয়ে প্রায় দ্বিগুণ (Khan et. al. 1996)। যদিও খুব অল্প সংখ্যক দেশ ১৯২২ সালের প্রথম দিকে টিবিএ প্রশিক্ষণের কাজ শুরু করে। যেমন– সুদানে আনুষ্ঠানিক টিবিএ প্রশিক্ষণের অভিজ্ঞতার দীর্ঘ ইতিহাস রয়েছে। এছাড়া, অন্যান্য দেশ যেমন– ভারত, ফিলিপাইন এবং থাইল্যান্ডে আনুষ্ঠানিক প্রশিক্ষণ শুরু হয় ১৯৫০ এর প্রথম দিকে। তবে ১৯৭২ সালে প্রায় সবদেশেই টিবিএ'র বিভিন্ন ধরনের প্রশিক্ষণ শুরু হয়। (Managay Maglacas, 1989)।

৩. উল্লেখ্য যে, টিবিএ'রা হচ্ছে মূলতঃ নারী। তবে এর ব্যতিক্রমও রয়েছে। যেমন ঃ বলিভিয়াতে Birth attendent হচ্ছে স্বামী। বালি (Bali) তে Birth attendent হয় সচরাচর পুরুষ, ফলে এক্ষেত্রে চিকিৎসা ব্যবস্থার পাশাপাশি লিঙ্গীয় বিষয়ও গুরুত্বপূর্ণ।

৪. মূল গবেষণার বিষয়বস্তু ছিল 'উন্নয়ন' ডিসকোর্সে 'আধুনিক' চিকিৎসা ব্যবস্থার চর্চাঃ কেইস সনাতন ধাত্রীসেবী।

৫. স্বল্প পরিসরে এই প্রবন্ধে প্রশিক্ষণের বিষয়গুলো দেয়া সম্ভব হয়নি। মূল গবেষণায় প্রশিক্ষণের বিষয়গুলো বিস্তারিত রয়েছে (বিস্তারিত দেখুন, অপ্রকাশিত আখতার : ২০০২)।

৬ বিভিন্ন পরামর্শ (যেমন পুষ্টিকর খাদ্য, নবজাত সন্তানের টিকা দেয়া, বুকের দুধ খাওয়ানো ইত্যাদি) ধাত্রীরা দিয়ে থাকে।

সহায়ক গ্রন্থপুঞ্জী

1. Ahmed M (1988) TBAs in Bangladesh : a review of their training with reference to BRAC : BRAC Research Reports 1988 : *Health Studies,* vol. 11, Report. 18.

2. Berggren, G. et. al. (1983), "Traditional Midwives, tetanus immunization and infant mortality in rural Haili, *Tropical Doctor,* 13 : 79-87.

3. EI-Hamamsy, L. 1973, "The day a of Egypt : Survival in a modenizing Society." Pasedena, California Institute of Technology, Caltech Population Program (Occasional paper series No. 8).

4. Escobar, Arturo (1995) Encountering Development, Princeton University Press Princeton, New Jersey.

5. Ferguson, J. (1990) The Anti Politics Machine, University of Minnesola Press, Minneapolis, London.

6. Helen M. Wallace Giri, Kanti, (1990) Health Care of Women and Children in Developing Countries, Third Pary publishing company, Oakland, California.

7. Jeffery R. Jeffery PM (1989) Comments on Casomo Political Obstetries : Some insights from the training of traditional mid wives, soc. sci & Mid : 925 - 944.

8. Jeffrey, R, et. at. (1983) "Only Cord Cultters?" Midwife and child birth in rural North India. Social Action (New Delhi).

9. Greenberg, Linda (1982), Midwife Training Programs in Highland Guatemala vol. 16, pp-1592 to 1609, Perga man press Ltd. USA.

10. Khan, AM (1994, The Rural Pilot Family Planning action Programe in Comilla, Studies in Family Planning : vol, April.

11. Khan H. S. (1996), TBA Programmes : A Comprehensive Literature Review, BARC research report health studies.

12. Mangay - Maglacas, A and H. Pizurki (eds) (1981) The Traditional Birth Attendant in Seven Countries : Case Studies in Utilization and training, Geneva : World Helath Organization (Public Health papers no. 75).

13. Rogers EM. Solomon DS (1995) Traditional Mid Wives as Family Planning (communicators in Asia. Honolulu, Hawai, East-West Communication Institute (East-West Communication Institute can study No. 1) p. 1-143.

14. CCDB, 1988. Traditional Birth Attendants Training Manual.

15. UNICEF (1985), The Status of the World's Children, New York, Oxford University Press p. 16-63.

16. Verderese, M. de L. and L. M. Turnbull, The Traditional Birth Attendant in Maternal and Child Health and Family Plannig : A guide to her training and utilization Geneva : World Health Organization, (WHO Offset publication no. 18).

17. Verderese, M. L. (1973) Report of Review and Analysis of Information and Data on Traditional Birth Attendants Geneva : World Helath Organization, (Document HMD/NUR/733).

18. WHO (1984), The Supervision of Traditional Birth Attendants (TBAS) Division of Health Manpower Development Geneva.

১৯. আখতার রাশেদা (২০০২), উন্নয়ন ডিসকোর্স 'আধুনিক' চিকিৎসা ব্যবস্থার চর্চাঃ কেইস সনাতন ধাত্রীসেবী, অপ্রকাশিত গবেষণা প্রতিবেদন। ফোর্ড ফাউন্ডেশন অনুবাদ প্রকল্পের আওতায় সম্পাদিত গবেষণা কর্ম, নৃবিজ্ঞান বিভাগ, জাহাঙ্গীরনগর বিশ্ববিদ্যালয়, সাভার, ঢাকা।

২০. "দাই মা'দের সচিত্র প্রশিক্ষণ" (১৯৯০) নির্দেশিকা, নিপোর্ট, ইউনিসেফ।

২১. ধাত্রী প্রশিক্ষণ পুস্তিকা, প্রথম প্রকাশ ১৯৭৭, পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর কর্তৃক ইউনিসেফের সৌজন্যে।