

বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং স্বপ্রণোদিত গর্ভপাত

পূর্বসূত্র

- ১৯৭৯ সাল থেকে বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সেবা পরিবার পরিকল্পনা কর্মসূচির অংশ হিসাবে চলে আসছে। মাসিক নিয়মিতকরণ হচ্ছে মাসিক বন্ধ থাকার পর ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন (MVA) পদ্ধতি ব্যবহারের মাধ্যমে মহিলা যে গর্ভবতী নন তা নিরাপদভাবে প্রতিষ্ঠিত করা।
- সরকারি নিয়মানুযায়ী মহিলার মাসিক বন্ধ থাকার পর ৮-১০ সপ্তাহের মধ্যে এমআর সেবা প্রদান করা হয়। তবে এর সময়সীমা নির্ভর করে সেবা প্রদানকারীর ধরন অনুযায়ী।
- ১৮৬০ সালের বাংলাদেশ দণ্ডবিধির অধীনে মায়ের জীবন রক্ষা ছাড়া অন্য যে কোনো কারণে স্বপ্রণোদিত গর্ভপাত অবৈধ করা হয়েছে।
- এটা সত্যি বাংলাদেশে এমআর সেবা অনুমোদিত এবং সহজলভ্য থাকা সত্ত্বেও প্রতি বছর হাজারো মহিলা অনিরাপদ গর্ভপাতের শিকার হয়ে স্বাস্থ্যগত ঝুঁকির সম্মুখীন হচ্ছেন। এ মহিলারা হয়তো এমআর সেবার প্রাপ্যতা সম্পর্কে সচেতন না, সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে রয়েছে সীমাবদ্ধতা অথবা এমআর এবং অনিরাপদ গর্ভপাতের মধ্যে পার্থক্য বুঝতে পারে না।

এমআর এবং স্বপ্রণোদিত গর্ভপাতের সংখ্যা

- ২০১০ সালে দেশব্যাপী স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে সম্পাদিত এমআর-এর সংখ্যা নিরূপণ করা হয়েছে ৬,৫৩,০০০ জন। এর মধ্যে দুই-তৃতীয়াংশ সম্পাদিত হয়েছে ইউনিয়ন স্বাস্থ্য এবং পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রসহ সরকারি স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে।
- সম্পাদিত এমআর সেবার বার্ষিক হার প্রতি ১,০০০ মহিলার মধ্যে (১৫-৪৪ বছর) ১৮.৩ জন। সিলেট এবং খুলনা বিভাগে এই হার গড় সংখ্যার চেয়ে কম (১২-১৪) এবং রাজশাহী বিভাগে গড় সংখ্যার চেয়ে বেশি (২২)।
- বাংলাদেশে ২০১০ সালে সম্পাদিত স্বপ্রণোদিত গর্ভপাতের সংখ্যা নিরূপণ করা হয়েছে ৬,৪৬,৬০০ জন। এর মধ্যে অধিকাংশই অনিরাপদ।

- জাতীয়ভাবে ১৫-৪৪ বছর বয়সী মহিলাদের মধ্যে বার্ষিক গর্ভপাতের হার প্রতিহাজারে ১৮.২ জন। খুলনা বিভাগে এই হার গড় সংখ্যার চেয়ে বেশি (২৫) এবং চট্টগ্রাম এবং বরিশাল বিভাগে এই হার গড় সংখ্যার চেয়ে কম। বরিশাল বিভাগে এই হার কম হওয়ার পেছনে যেসব বিষয় কাজ করতে পারে তা হলো, যতো সংখ্যক মহিলা গর্ভপাত করিয়েছেন তার সংখ্যা সঠিকভাবে নিরূপণ না হওয়া অথবা মহিলাদের মধ্যে গর্ভপাত করানোর ব্যাপারে নিম্ন প্রবণতা।

এমআর সেবা প্রদানের ব্যবস্থা

- ২০১০ সালে জাতীয়ভাবে যতো সংখ্যক সেবা কেন্দ্রের এমআর সেবা প্রদানের প্রত্যাশা করা হয়েছিল তার মধ্যে মাত্র ৫৭ শতাংশ সেবা কেন্দ্র সেবা প্রদান করেছে। বিভাগওয়ারি এ তারতম্য ছিল অনেক বেশি; যেখানে বরিশাল বিভাগে ৭৬ শতাংশ সেবা কেন্দ্রে সেবা প্রদান করেছে সেখানে খুলনা বিভাগে সেবা প্রদান করেছে মাত্র ৩৭ শতাংশ স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্র।
- অনেক স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে এমআর সেবা প্রদানের যন্ত্রপাতি এবং কর্মী থাকা সত্ত্বেও এমআর সেবা প্রদান করেছে না। এটা ব্যক্তিমালিকানাধীন ক্লিনিকের ক্ষেত্রে বিশেষভাবে প্রযোজ্য। ২০১০ সালে যেখানে এসব ক্লিনিক মাত্র এক-তৃতীয়াংশ এমআর সেবা প্রদান করেছে সেখানে ৬০ শতাংশ ক্লিনিকের সেবা প্রদানের যোগ্যতা ছিল।
- জাতীয়ভাবে সম্পাদিত মোট এমআরে দুই-তৃতীয়াংশ সেবা প্রদান করে সরকারি সেবা কেন্দ্রগুলো, বেসরকারি সংস্থাগুলো এক-চতুর্থাংশ এবং ব্যক্তিমালিকানাধীন ক্লিনিকগুলো ৯ শতাংশ।
- সব ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রের মধ্যে দুই-তৃতীয়াংশ কেন্দ্র এমআর সেবা প্রদান করে। এসব সেবা কেন্দ্রগুলো গ্রাম এলাকার প্রাথমিক সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান যেখানে অধিকাংশ জনগণ বাস করে। এসব কেন্দ্রগুলো ২০১০ সালে সম্পাদিত সব এমআরের প্রায় অর্ধেকের কাছাকাছি (৪৬ শতাংশ) সেবা প্রদান করেছে।
- প্রায় ৭৫ শতাংশ সরকারি এবং বেসরকারি পর্যায়ের সেবা কেন্দ্রে (ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ

কেন্দ্র বাদে) ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন ওপর প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কমপক্ষে এক কর্মী রয়েছে।

- যাহোক, এসব প্রাপ্ত তথ্য থেকে দেখা যাচ্ছে, বেশি পরিমাণ প্রশিক্ষণ এবং প্রশিক্ষণের মানোন্নয়নের প্রয়োজনীয়তাই সবচেয়ে বেশি প্রতীয়মান। ২০১০ সালের জরিপে ৪৩ শতাংশ স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রের উত্তরদাতা এবং ৭২ শতাংশ স্বাস্থ্য সেবায় নিয়োজিত পেশাজীবী জরিপের উত্তরদাতা মহিলারা এমআর সেবা পেতে বাধা হিসেবে অপরিষ্কার প্রশিক্ষণের কথা উল্লেখ করেছেন।

অনিরাপদ গর্ভপাত এবং এমআর সম্পর্কিত অসুস্থতা

- হিসাব অনুযায়ী প্রতি বছর ৫,৭২,০০০ মহিলা অনিরাপদ গর্ভপাতের কারণে জটিলতায় আক্রান্ত হয়েছেন। এর মধ্যে মাত্র ৪০ শতাংশ স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্র থেকে সেবা গ্রহণ করেছেন।
- প্রাক্কলিত হিসাব অনুযায়ী প্রতি বছর ১৫-৪৪ বছর বয়সী মহিলাদের প্রতি ১,০০০ জনে ৬.৫ মহিলাকে স্বপ্রণোদিত গর্ভপাতের জটিলতার জন্য চিকিৎসা সেবা দেয়া হয়েছে। এ হার যেসব দেশে গর্ভপাত কঠোরভাবে নিষিদ্ধ কিন্তু এমআর সেবা পর্যাপ্ত নয়, এর সাথে তুলনীয়।
- ২০১০ সালে ৮৪ শতাংশ স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্র গর্ভপাত-পরবর্তী জটিলতার চিকিৎসা সেবা প্রদান করেছে। এর মধ্যে উল্লেখযোগ্য সাধারণ জটিলতাগুলো হচ্ছে রক্তক্ষরণ এবং অসম্পূর্ণ গর্ভপাত, যাহোক, অধিক সাংঘাতিক জটিলতাগুলো যেমন- মূর্ছা (Shock), সেফসিস এবং জরায়ু ছিদ্র হওয়ার কথাও উল্লেখ করা হয়েছে।
- স্বপ্রণোদিত গর্ভপাত থেকে সবচেয়ে বেশি জটিলতার ঝুঁকির মধ্যে রয়েছে দরিদ্র এবং গ্রামের মহিলারা। সাধারণভাবে গ্রামের মহিলারা শহরের দরিদ্র মহিলাদের তুলনায় নিরাপদ সেবা প্রদানকারীর কাছে কম যান।
- শহরের দরিদ্র মহিলারা ধনী মহিলাদের তুলনায় স্বপ্রণোদিত গর্ভপাতের জন্য চিকিৎসকের কাছে কম যান (১২ শতাংশ বনাম ৩২ শতাংশ)।
- মোটামুটিভাবে প্রতি ১,০০০ এমআরের জন্য ১২০ জনের জটিলতা হয়েছে যারা স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে

চিকিৎসা নিয়েছেন। গোপন গর্ভপাতের জন্য যারা স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে চিকিৎসা নিয়েছেন এ সংখ্যা এমআরের তুলনায় তিনগুণ বেশি, প্রায় প্রতি ১,০০০ জনে ৩৫৮ জন।

- যেখানে এমআর সম্পাদনের জটিলতার হার অনিরাপদ গর্ভপাতের জটিলতার হারের চেয়ে অনেক কম সেখানে ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন পদ্ধতিতে এমআর সম্পাদনের ক্ষেত্রে এ হার এখনো অনেক বেশি, কেননা যখন উপযুক্ত স্থাপনায় যথোপযুক্তভাবে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত স্বাস্থ্য সেবায় নিয়োজিত পেশাজীবীদের মাধ্যমে এমআর সম্পাদন করা হয় তখন তা অত্যন্ত নিরাপদ।
- এমআরের জটিলতাগুলো যেসব কারণে হয়ে থাকে সেগুলো হলো ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন যন্ত্রপাতি সঠিকভাবে ব্যবহার না করা, জীবাণুমুক্ত যন্ত্রপাতি ব্যবহার না করা, অন্যান্য অস্বাস্থ্যকর পরিবেশ এবং একটি এমভিএ সিরিজ ব্যবহারের ক্ষেত্রে সুপারিশকৃত ৫০টির বেশি এমআর সম্পাদন করা।
- ২০১০ সালের প্রাক্কলিত হিসাব অনুযায়ী গর্ভপাতজনিত জটিলতার কারণে স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে ১০২ রোগী মারা যান, এর অধিকাংশই মারা যান মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল এবং জেলা হাসপাতালে। স্বপ্রণোদিত গর্ভপাতের জটিলতার জন্য যারা স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে চিকিৎসা নিয়েছেন জাতীয়ভাবে প্রতিফলিত এ হার প্রতি ১,০০,০০০ মহিলার মধ্যে ৪৪ জন। তাদের বয়স ১৫-৪৪ এর মধ্যে। এ হার স্বপ্রণোদিত গর্ভপাতের জটিলতার কারণে মাতৃমৃত্যুকে সঠিকভাবে প্রতিফলিত করে না। যাহোক, এখানে স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রের বাইরের মৃত্যু এবং সঠিক শ্রেণীবিন্যাসের মাধ্যমে হাসপাতালের ভেতর গর্ভপাতজনিত কারণে গণনা না করা অথবা গর্ভপাতজনিত কারণে মৃত্যুর সঠিকভাবে প্রতিবেদন তৈরি না হওয়া এ নিম্ন হারের কারণ হতে পারে।

এমআর সেবার ক্ষেত্রে বাঁধাগুলো

- একতৃ-তীয়াংশ সেবা কেন্দ্র যাদের এমআর সেবা প্রদানের জন্য

যোগ্যতাসহ সেবা প্রদানকারী রয়েছে। তাদের কোনো কোনোটির সেবা প্রদানের জন্য মৌলিক যন্ত্রপাতি অথবা প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মী অথবা উভয়েরই অভাব রয়েছে।

- প্রাক্কলিত হিসাব মতে, প্রতি বছর এমআর সেবা গ্রহণে আগ্রহী মহিলার ২৬ শতাংশ (মোটামুটি ১,৬৬,০০০) সেবা কেন্দ্র কর্তৃক ফেরত দেয়া হয়।
- ১০টি সেবা কেন্দ্রের মধ্যে ৩টি এমআর রোগীদের প্রত্যাখ্যানের কারণ হিসাবে উল্লেখ করেছে, সামাজিক এবং সাংস্কৃতিকসহ মহিলার কোনো সন্তান না থাকা, অবিবাহিত, বয়স খুব কম হওয়া অথবা স্বামীর সম্মতি না থাকা এবং সেবা প্রদানের সময়সীমা সরকারি নিয়মের বেশি হওয়া।
- মহিলাদের এমআর সম্পর্কিত সীমিত জ্ঞান সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে বাধা সৃষ্টি করে। এমআর কর্মসূচি ১৭৭৯ সাল থেকে সরকার কর্তৃক স্বীকৃত হলেও অনেক মহিলা এ সেবা সম্পর্কে সচেতন নন। ২০০৭ সালের তথ্যানুযায়ী এক-পঞ্চমাংশ বিবাহিত বাংলাদেশি মহিলা এমআর সম্পর্কে কখনোই শোনেন নি। কম শিক্ষিত এবং দরিদ্র মহিলাদের মধ্যে এ হার অনেক বেশি (২৫-২৬ শতাংশ)।
- মহিলারা অন্যান্য যেসব বাধার সম্মুখীন হন তা হচ্ছে স্বামী অথবা পরিবারের সদস্যদের আপত্তি, অর্থনৈতিক সমস্যা এবং সেবা কেন্দ্রের দূরত্ব।

সুপারিশগুলো

- এমআর সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে সুযোগ-সুবিধা আরো বৃদ্ধি করা প্রয়োজন। যেহেতু ক্ষুদ্র ও মাঝারি সেবা কেন্দ্রগুলো প্রাথমিক পর্যায়ে স্বাস্থ্য সেবা প্রদান করে এবং ওই কেন্দ্রগুলো গ্রামে বসবাসকারী ও হাসপাতাল থেকে অনেক দূরে বসবাসকারী মহিলাদের নিকটবর্তী সেহেতু এসব কেন্দ্রগুলোতে এমআর সেবা পদ্ধতি ব্যাপকভাবে প্রাপ্তি নিশ্চিত করার জন্য বিশেষভাবে দৃষ্টি দিতে হবে।
- সব স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে এমআর সেবা প্রদানের জন্য পর্যাপ্ত যন্ত্রপাতি এবং এমভিএ- এর ওপরে প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত কর্মী থাকা প্রয়োজন।
- সেবা প্রদানকারীদের এমআর সেবার সময়ের ব্যাপারে সরকারি

সব বৈধ নিয়ম মেনে চলা প্রয়োজন যাতে মহিলারা নিশ্চিত হন, সরকার অনুমোদিত সেবা কেন্দ্রে তাদের সেবা প্রাপ্তির পূর্ণ প্রবেশাধিকার রয়েছে। নিয়ম বহির্ভূত কোনো কারণে মহিলাদের ইচ্ছাকৃতভাবে এমআর সেবা প্রদানে অনীহা প্রকাশ করা যাবে না।

- এমআর সেবার গুণগত মানের অবশ্যই উন্নত করতে হবে। উচ্চ হারের জটিলতা থেকে এটা খুবই স্পষ্ট, সেবা প্রদানকারীদের উন্নত প্রশিক্ষণের প্রয়োজনীয়তা খুবই বেশি এবং নিরাপদ সেবার মান বৃদ্ধির জন্য সর্বোৎকৃষ্ট ক্লিনিকাল প্র্যাকটিসের বাস্তবায়ন প্রয়োজন।
 - অনিরাপদ গর্ভপাতের বিদ্যমান অবস্থা মহিলাদের এমআর সেবা সম্পর্কে শিক্ষিত করে তোলার ওপর বেশি গুরুত্ব প্রদান করে। সব মহিলাদের জানা উচিত, অনিরাপদ গর্ভপাতের বিকল্প একটি অনুমোদিত, নিরাপদ এমআর সেবা রয়েছে যা বিনামূল্যে প্রদান করা হয়। মহিলাদের জানা প্রয়োজন, এ সেবা কোথায় প্রদান করা হয়, কে সেবা প্রদানকারী এবং শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে কতো সপ্তাহের মধ্যে এ সেবা প্রদান করা যায়।
 - অনিচ্ছাকৃত গর্ভের হার কমিয়ে আনার জন্য পরিবার পরিকল্পনা সেবার গুণগত মান এবং সহজলভ্যতা নিশ্চিত করা প্রয়োজন এবং এভাবেই অনিরাপদ গর্ভপাত এবং এমআর এর সংখ্যা কমিয়ে আনা সম্ভব। উচ্চ গুণগত মানসম্পন্ন জন্মনিরোধক সেবার মধ্যে অন্তর্ভুক্ত রয়েছে মহিলাদের এবং দম্পতিদের পছন্দের জন্য বিভিন্ন পদ্ধতির প্রাপ্যতা নিশ্চিত করা এবং নিরবিচ্ছিন্ন এবং কার্যকরভাবে ব্যবহারের জন্য পরামর্শ প্রদান।
 - অনিরাপদ গর্ভপাতের কারণে মাতৃমৃত্যু প্রতিরোধ এবং আঘাতের চিকিৎসার জন্য গর্ভপাত-পরবর্তী সেবা ব্যবস্থার মান উন্নত করা। গ্রামের মহিলা এবং দরিদ্র মহিলাদের প্রয়োজনীয় চাহিদা পূরণের জন্য বিশেষ দৃষ্টি দিতে হবে। কারণ তাদের মধ্যে জটিলতার আশঙ্কা সবচেয়ে বেশি।
- এই ফ্যাক্ট শীটের তথ্যগুলো অতি সম্প্রতিক প্রাপ্ত বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণ, অনিরাপদ গর্ভপাত এবং

মাতৃস্বাস্থ্যের সারসংক্ষেপ, হোসেন। এ এবং অন্যান্য, গুটম্যাকার ইনস্টিটিউট, ২০১২, সংখ্যা-৩; দ্য ইনসিডেন্স অব মিনস্ট্রয়েল রেগুলেশন প্রেসিডিউর এবং অ্যাবরশন ইন বাংলাদেশ ২০১০, ইন্টারন্যাশনাল পারসপেক্টিভ অন সেক্সুয়াল অ্যান্ড রিপ্রডাক্টিভ হেল্থ, ২০১২, সিং এস এবং অন্যান্য ২০১২, ৩৮ (৩); ১২২-১৩২; মিনস্ট্রয়েল রেগুলেশন অ্যান্ড পোস্ট অ্যাবরশন কেয়ার ইন বাংলাদেশ; ফ্যাক্টর অ্যাসোসিয়েট উইথ একসেস টু অ্যান্ড কোয়ালিটি অব সার্ভিসেস, ড্রাসফ এম এবং অন্যান্য, নিউ ইয়র্ক, গুটম্যাকার ইনস্টিটিউট, ২০১২ থেকে উদ্ধৃত হয়েছে।



অ্যাসোসিয়েশন ফর প্রিভেনশন অব সেপ্টিক অ্যাবরশন, বাংলাদেশ (বাপসা)

বাড়ি -৭১, ব কসি, এভিনিউ৫
সেকশন৬, মিরপুর, ঢাকা ১২১৬
বাংলাদেশ
টেলিফোন : ৮০১২৩৯২
ই-মেইল : bapsab@dhaka.net



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