লোক প্রশাসন সাময়িকী
দ্বাদশ সংখ্যা, সেপ্টেম্বর ৯৮, আশ্বিন ১৪০৫

# শিশু স্বাস্থ্য ও শিশুসেবা : মায়েদের মতামত

তাহমিনা আখতার *

## ভূমিকা

শিশুর বাঁচার অধিকার বলতে সেইসব অধিকার সমষ্টিকে বোঝায়, যেসব মৌলিক প্রয়োজন জীবন রক্ষা করে। যেমন, স্বাস্থ্যসেবা, পুষ্টিকর খাবার, বিশুদ্ধ পানি এবং পরিচ্ছন্ন ও স্বাস্থ্যসম্মত পরিবেশ। সম্ভবত বেঁচে থাকার জন্য সবচেয়ে বেশী প্রয়োজন সুস্বাস্থ্য এবং স্বাস্থ্যসেবা। স্বাস্থ্যসেবা সম্পর্কে শিশু অধিকার সনদের ২৪ ধারায় বলা হয়েছে, শিশুদের চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য পুনরুদ্ধারের সুবিধা ভোগের অধিকার রয়েছে এবং এই অধিকার থেকে শিশুরা যাতে বঞ্চিত না হয় তার জন্য শরীক রাষ্ট্রসমূহ প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নিবে[১]। কিন্তু বাংলাদেশে মোট জনগোষ্ঠীর অর্ধেকের বেশী চরম দারিদ্রের মধ্যে বাঁচে। ফলে জনগণের এবং সরকারের পক্ষে পর্যাপ্ত পরিমাণ খাদ্য, নিরাপত্তা এবং স্বাস্থ্যসেবা প্রদান বা গ্রহণ সম্ভব নয়। তাই গরীব জনগোষ্ঠীর অর্ধেকেরও বেশী অপুষ্টির শিকার, দুই তৃতীয়াংশ প্রাপ্ত বয়স্ক লোক নিরক্ষর, প্রতি ১০০০ এ সজীব শিশু জন্মে ৯১জন, স্বাস্থ্যসেবার প্রবেশগম্যতা নেই প্রায় ৫৫ ভাগ লোকের এবং অর্ধেক শিশু কম ওজন নিয়ে জন্মগ্রহণ করে, যেখানে অন্যান্য উন্নয়নশীল দেশের মাত্রা ১৯ শতাংশ[২]। পুষ্টিহীনতা বাংলাদেশের একটি গুরুত্বপূর্ণ সমস্যা হলেও এর প্রধান শিকার বাড়ন্ত বয়সের শিশু এবং গর্ভবতী ও প্রসূতি মায়েরা। পুষ্টিহীনতার কারণে শিশুদের দৈহিক বৃদ্ধি যেমন ব্যাহত হচ্ছে তেমনি তাদের মানসিক বৃদ্ধি অসম্পূর্ণ থেকে যাচ্ছে। দেহের রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা দুর্বল হয়ে যায় এবং কর্মক্ষমতা বহুলাংশে হ্রাস পায়[৩]। এদেশে ৫ বছরের শিশুমৃত্যু হার ১১৭জন, ৬৭% শিশু

---

* সহকারী অধ্যাপক, সমাজকল্যাণ ও গবেষণা ইনষ্টিটিউট, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়।

পুষ্টিহীনতায় ভোগে, দেশের ৬মাস থেকে ৬ বছর বয়সী ৫৭ভাগ শিশুর ওজন কম, জন্ম থেকে ১৮ বৎসর পর্যন্ত মেয়েরা দৈনিক প্রয়োজনের তুলনায় কম ক্যালরী গ্রহণ করে। স্বাস্থ্য সেবায় প্রবেশগম্যতা ৪৫%, অর্থাৎ পাঁচ বছরের কম বয়সী মৃত্যুর দুই তৃতীয়াংশের সাথে অপুষ্টির সম্পর্ক রয়েছে[৪]। সমীক্ষায় দেখা গিয়েছে যে, প্রসূতি অবস্থায় মহিলারা শতকরা ৭৩.২৬ জন কোন ধরনের চিকিৎসা গ্রহণ করে না, শতকরা ২৫ জন কোন ধরনের ধনুষ্টংকার প্রতিষেধক টীকা গ্রহণ করে না, শতকরা মাত্র ৫০ জন দুই বা ততোধিক টীকা গ্রহণ করে থাকে, শতকরা ৯৫ভাগ শিশুর জন্মস্থান বাড়ীতেই (গ্রামে) এবং ৮৫ ভাগের জন্মের সময় কোনো ডাক্তারি সহায়তা গ্রহণ করে না[৫]। বাংলাদেশ গত ১০ বছরে মাতৃমৃত্যুর হার কমাতে সক্ষম হলেও বর্তমানে এই হার দাঁড়িয়েছে ৪.৪[৬]। উচু হারে মাতৃ মৃত্যুর কারণগুলো খতিয়ে দেখা গেছে, যে সব মায়েদের মৃত্যু হয়েছে তাদের সকলের ক্ষত, সংক্রমণ এবং নানা রকমের অক্ষমতা ছিল; যেগুলো সাধারণত তারা কাউকে বলেনি এবং যার চিকিৎসা হয়নি এরকম বিব্রতকর, যন্ত্রণাদায়ক বিষয় যা তাকে সারা জীবনের জন্য দুর্বল করে রেখেছিল[৭]।

সাম্প্রতিক টীকা দান কর্মসূচীতে সরকারী ও বেসরকারী পর্যায়ে সর্বাধিক গুরুত্বারোপ করা সত্ত্বেও ১৯৯৬-১৯৯৭ সালে প্রয়োজনীয় সব কয়টি টীকা গ্রহণের হার হচ্ছে মাত্র ৫৪%। এক্ষেত্রে আবার লিঙ্গ ও এলাকা বৈষম্য বিদ্যমান। যেখানে ছেলে শিশুর ক্ষেত্রে ৫৬% সেখানে মেয়ে শিশু হচ্ছে ৫২%। আবার শহর এলাকায় যেখানে ৫৮% সেখানে গ্রাম এলাকায় ৫৪%। অন্যদিকে রাতকানা বা অন্ধত্ব রোধ করলে বাংলাদেশে ২৩ শতাংশ শিশুমৃত্যু রক্ষা করা যায়, সেক্ষেত্রে বর্তমানে ১ মিলিয়নের বেশী শিশুর ভিটামিন "এ" ক্যাপসুলের অপর্যাপ্ততা রয়েছে[৮]।

শিশু অসুস্থতা বা শিশু রোগের ক্ষেত্রে বাংলাদেশে সাধারণত যে সব রোগ দেখা যায় তা হচ্ছে, জ্বর, ডায়রিয়া, হুপিংকাশি, শ্বাসযন্ত্রের সংক্রমণ, আমাশয়, নিউমোনিয়া, জন্ডিস, টাইফয়েড ইত্যাদি[৯]। এর মধ্যে ১৯৯৩-৯৪ সালে Bangladesh Demographic and Health Survey (BDHS) এর এক সমীক্ষায় দেখা গিয়েছে যে, ২৩% শিশু ০-৬ মাসের মধ্যে এবং ১-৪ বৎসরের মধ্যে ২৫% শিশু মারা যায় শুধু জ্বরজনিত কারণে। শিশু মৃত্যুর আরেকটি গুরুত্বপূর্ণ কারণ হচ্ছে ডায়রিয়া। বাংলাদেশে শুধুমাত্র ডায়রিয়াই মারা যায় শতকরা ৩০জন শিশু[১০]। BDHA (1996-1997) কর্তৃক পরিচালিত সমীক্ষায়

দেখা গিয়েছে যে, শিশুর অসুস্থতার ক্ষেত্রে ৩০% শিশু জ্বরে ভোগে, ১২.৮% কাশি ও শ্বাসকষ্টে ভোগে এবং ৩২.৯% শিশু কোনো প্রকার চিকিৎসা গ্রহণ করে না[১১]। শিশু মৃত্যুর ক্ষেত্রে দেখা যায় যে, নব জন্মগত (ধনুষ্টঙ্কার নয়) সময়ে অসুবিধার কারণে ৩৬.৮%, ডায়রিয়া জনিত কারনে ২১.০৫%, দুর্ঘটনা। জখমে ৭.০২%, অন্যান্য সংক্রমণে ২.৬৩%, এ. আর. আই ও ইনফ্লুয়েঞ্জায় ১৭.৫৪%, ধনুষ্টংকারে ০.৮৮% এবং অন্যান্য কারণে ১৪.০৪% শিশু মারা যায়[১২]।

উপর্যুক্ত পরিস্থিতিতে বাংলাদেশে পুষ্টিহীনতা দূর করার লক্ষে এ যাবৎ ৪টি জরিপ হয়েছে এবং বিভিন্ন পঞ্চবার্ষিক পরিকল্পনায় ২০০০ সাল নাগাদ 'সবার জন্যে স্বাস্থ', কর্মসূচি নিশ্চিত করার লক্ষ্যে বিভিন্ন লক্ষ্যমাত্রা এবং কৌশল নির্ধারণ করা হয়েছে বিশেষ করে 'থানা স্বাস্থ্য কমপেক্স', 'ইউনিয়ন স্বাস্থ্য পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র', 'জনস্বাস্থ্য সেবা', 'ইপিআই', 'ডায়রিয়া প্রতিষেধক কর্মসূচী, 'ভিটামিন এ ক্যাপসুল বিতরণ ইত্যাদি কর্মসূচীর মাধ্যমে শিশু ও প্রসূতি মৃত্যুহার কিছুটা হ্রাস, অন্ধত্ব নিবারণ, ডায়রিয়া প্রতিরোধ করা গিয়েছে, কিন্তু শিশুদের পুষ্টিহীনতা দূর করা সম্ভব হয়নি। কারণ যে দেশে বেশীর ভাগ লোক দারিদ্র সীমার নিচে বসবাস করছে সে দেশে তেমনিভাবে সম্ভব নয় খাদ্যে নিরাপত্তা প্রদান ও পর্যাপ্ত ক্যালরিযুক্ত খাদ্য প্রদান এবং পর্যাপ্ত পরিমাণে স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা নিশ্চিতকরণ। তাই বিভিন্ন ধরনের পুষ্টি শিক্ষা প্রতিরোধমূলক কার্যক্রম গ্রহণ করে বিভিন্ন স্তরে বিশেষ করে মায়েদের সচেতনতা ও পারিবারিক সচেতনতা আনয়নের মাধ্যমে কিছুটা হলেও শিশু স্বাস্থ্য, শিশুযত্ন, শিশুর অসুস্থতারোধ এবং শিশু ও প্রসূতি মৃত্যুহার হ্রাস করা সম্ভব হবে।

বাংলাদেশ সম্পর্কে জাতিসংঘের শিশু তহবিলের এক প্রতিবেদনে মন্তব্য করা হয়েছে, বছরে মাথাপিছু মাত্র ৪৫০টাকা খরচ করলেই শিশুদের মারাত্মক সংক্রমণ থেকে বাঁচানো সম্ভব[১৩]। তাহলে স্পষ্টত সংক্রামক রোগের কারণে ব্যাপক শিশু মৃত্যুহারের পিছনে শুধু আর্থিক সঙ্কটই দায়ী নয়; এর পিছনে মাতা পিতার অসচেতনতা, অজ্ঞতা, প্রচলিত খাদ্যাভাস, খাদ্য সম্পর্কিত ভ্রান্ত ধারণা ইত্যাদি চলকগুলির প্রভাব বিদ্যমান রয়েছে। তাই বাংলাদেশ সরকারের ৫ম পঞ্চবার্ষিক পরিকল্পনায় গৃহীত ২০১০ সাল নাগাদ স্থূল শিশু জন্মহার ২০.৮০-স্থূল শিশু-মৃত্যু হার ৭.৭৫ (প্রতি হাজারে) এবং জনসংখ্যা বৃদ্ধির হার ১.৩১ এবং ৫০% শিশুকে অপুষ্টি দূর করা, কম ওজন নিয়ে জন্মগ্রহণকারী শিশুর সংখ্যা

১০% নামিয়ে আনা, রাতকানা রোগ বন্ধ করা, এবং ১০০ জন শিশুর কাছে ভিটামিন এ বিতরণ করা কর্মসূচীর লক্ষ্যমাত্রা ধার্য করা হয়েছে[১৪]। এসব লক্ষ্যমাত্রা অর্জন করতে হলে শিশু স্বাস্থ্য শিশুযত্ন এবং শিশুসেবাদান কর্মসূচী সম্পর্কে মায়েদের ব্যাপক সচেতনতা বৃদ্ধি করতে হবে। শুধু অবকাঠামোগত উন্নয়ন এবং সেবামূলক কর্মসূচী গ্রহণের মাধ্যমেই উল্লিখিত লক্ষ্যমাত্রা অর্জন করা সম্ভব নয় বরং কমিউনিটিলব্ধ প্রাপ্ত সুযোগ-সুবিধা গ্রহণের উপযোগী করে তোলার জন্য ব্যাপকভাবে মায়েদের সচেতনতামূলক কর্মসূচী এবং অন্যান্য স্বাস্থ্য সেবামূলক কর্মসূচী এবং সরকারী ও বেসরকারী সংস্থার যৌথ ও সমন্বিত কৌশল গ্রহণ করতে হবে।

তাই বর্তমান সমীক্ষায় শিশু স্বাস্থ্য ও শিশুসেবা সম্পর্কে মায়েরা কতটুকু সচেতন তা পরিমাপ করার উদ্দেশ্যে ঢাকা শহরের উচ্চবিত্ত, মধ্যবিত্ত এবং নিম্নবিত্ত মায়েদের উপর একটি তুলনামূলক জরীপ করা হয়েছে। কারণ, এদেশে শিশুযত্ন এবং লালন পালন যেহেতু মায়েদের সরাসরি তত্ত্বাবধানেই সম্পন্ন হয়ে থাকে, তাই এ বিষয়ে মায়েরা কতটুকু সচেতন, কিভাবে শিশুকে খাদ্য প্রদান করছেন, শিশুযত্ন, শিশুস্বাস্থ্য, মাতৃস্বাস্থ্য সম্পর্কিত বিষয়ে কতটুকু গুরুত্ব দিচ্ছেন, এ সবের ধরন, প্রকৃতি ও কাঠামো ইত্যাদি সম্পর্কে তথ্য উদঘাটন বর্তমানে অত্যন্ত সময়োপযোগী। কারণ, কেবল বস্তুনিষ্ঠ তথ্যের মাধ্যমে ভবিষ্যত পুষ্টিনীতি, কর্মসূচী প্রণয়ন ও সেবামূলক কর্মসূচী বাস্তবায়নে সঠিক দিক নির্দেশনা পাওয়া যেতে পারে। এ কারণেই বর্তমান সমীক্ষাটি সম্পন্ন হয়েছে; যার ফলাফল সরকারী ও বেসরকারী পর্যায়ে সংশ্লিষ্ট বিষয়ে জড়িত ব্যক্তিদের কিছুটা সহায়ক হবে।

**গবেষণার উদ্দেশ্য ঃ** (Objectives of Research)পরিচালিত গবেষণার সাধারণ উদ্দেশ্য ছিল মায়ের শিশু স্বাস্থ্য, শিশুসেবা ও শিশুযত্ন সম্পর্কে কতটুকু সচেতন সে সম্পর্কিত তথ্য উদঘাটন করা।

**বিশেষ উদ্দেশ্য ঃ**

(১) উত্তরদাতাদের আর্থ-সামাজিক, জনমিতিক ও পারিবারিক অবস্থা সম্পর্কে জানা।

(২) উত্তরদাতাদের শিশুস্বাস্থ্য, শিশু খাদ্য, পুষ্টি, যত্ন ও টিকা সম্পর্কে সচেতনতা জানা।

(৩) প্রচলিত শিশুরোগ সম্পর্কে মায়েদের মতামত এবং কি ধরনের সেবামূলক ব্যবস্থা অনুশীলন করে থাকে তা জানা।

(৪) উত্তরদাতাদের পরিবার পরিকল্পনা সম্পর্কে মনোভাব, অনুশীলন এবং মাতৃস্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য উদঘাটন করা।

**গবেষণা পদ্ধতি ঃ**

বর্তমান সমীক্ষাটি মূলত একটি তথ্য উদঘাটনমূলক সামাজিক নমুনা জরীপ। সমগ্রক হিসেবে নির্বাচন করা হয়েছে ঢাকা শহরস্থ সকল মাকে। গবেষণায় এলাকা হিসেবে হাজারীবাগ, মিরপুর, কাঁঠালবাগান, আগারগাও বস্তি, শাহীনবাগ, ডিওএইচ এস, ক্যান্টনমেন্ট, রায়ের বাজার, আজিমপুর, কলাবাগান, ঢাকা শিশু হাসপাতাল, শ্যামলী, নয়াপল্টন এবং গ্রীন রোড এলাকাকে উদ্দেশ্যমূলকভাবে নির্বাচন করা হয়েছে। যেহেতু গবেষণা নমুনাভিত্তিক, তাই উদ্দেশ্যমূলক নমুনায়ন পদ্ধতি ব্যবহার করে আয়ের ভিত্তিতে ৩টি শ্রেণীতে যথাক্রমে উচ্চবিত্ত (২০,০০০/- তদুর্ধ) এর উপরে যে পরিবারের আয়) থেকে ৪০জন, মধ্যবিত্ত (৫০০০/-২০,০০০/এর মধ্যে যে পরিবারের আয়) থেকে ৪০ জন এবং নিম্নবিত্ত (৫০০-৫০০০/- যে পরিবারের আয়) থেকে ৪০জন সর্বমোট ১২০জন থাকে (৩+৪০=১২০জন) যাদের পরিবারের ১৪ বছরের নিচে শিশু আছে, তাদেরকে উত্তরদাতা হিসাবে নির্বাচন করা হয়েছে। তথ্য সংগ্রহের জন্য সরাসরি সাক্ষাতকার পদ্ধতিতে কাঠামোবদ্ধ সাক্ষাতকার অনুসূচীর মাধ্যমে তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। সাক্ষাতকার অনুসূচী পূর্ব পরীক্ষণের মাধ্যমে মানসম্মত করা হয়েছে। সংগৃহীত তথ্যাবলী যথাযথভাবে সম্পাদন করে বিভিন্ন বৈশিষ্ট্যের আলোকে শ্রেণীবদ্ধকরণ ও সারণীবদ্ধকর করা হয়েছে এবং পরবর্তীতে সাধারণ পরিসংখ্যানগত; যেমন একচালক বিশিষ্ট বহুচালক বিশিষ্ট এবং সহসম্পর্ক মাত্রা বিশ্লেষণ এবং দন্ড চিত্তের মাধ্যমে তথ্য উপাস্থাপন করা হয়েছে।

**ফলাফল ও আলোচনা (Result and Discussion)**

**১. আর্থ সামাজিক, জনমিতিক ও পারিবারিক অবস্থা সম্পর্কিত তথ্যাবলী**

**১.১ বয়স ঃ** উত্তরদাতাদের বয়স সম্পর্কিত তথ্যে দেখা গিয়েছে যে, সর্বাধিক সংখ্যক উত্তরদাতার বয়স ২৫-৩০ বৎসরের মধ্যে। এদের পরিমাণ হচ্ছে শতকরা ২৭.৫০জন। এর পরই অবস্থান করছে ৩০-৩৫বৎসরের উত্তরদাতা, যার শতকরা হার ২৬.৬৭জন। সবচেয়ে কমসংখ্যক উত্তদাতার বয়স ১৫-২০

বৎসরের মধ্যে (৫%) এবং ৪৫-তদূর্ধ্ব এর মধ্যে (১.৬৭%)। উত্তরদাতাদের গড় বয়স হচ্ছে ২৯.৭ বৎসর।

**১.২ শিক্ষাগত যোগ্যতা ঃ** উত্তরদাতাদের শিক্ষাগত যোগ্যতা সম্পর্কিত প্রাপ্ত তথ্যাবলীতে দেখা যায় যে, সর্বাধিক সংখ্যক উত্তরদাতা অর্থাৎ শতকরা ৩৮.৩৩জন শিক্ষিত (এস. এস. সি-ডিগ্রী পাশ)। তবে উল্লেখ্য যে, এক্ষেত্রে উচ্চবিত্তের মধ্যে শিক্ষিতের হার যেমন বেশী (৫৭.৫%) তেমনিভাবে নিম্নবিত্তের মধ্যে নিরক্ষরের সংখ্যা সবচাইতে বেশী (৫৫.৫%)। তাছাড়া উচ্চ শিক্ষিত (এম. এস. এস.-তদুর্ধ্বে এর ক্ষেত্রে উচ্চবিত্ত ও মধ্যবিত্তের হার যথাক্রমে ২২.৫ জন এবং ১৫.০০জন, নিম্নবিত্ত শ্রেণীতে উচ্চ শিক্ষিত উত্তরদাতা একেবারেই নেই। অন্যদিকে উচ্চবিত্তে ও মধ্যবিত্তে কোন নিরক্ষর উত্তরদাতা নেই, তবে স্বাক্ষরজ্ঞান সম্পন্ন এরকম উত্তরদাতার সংখ্যা হচ্ছে ৫% ও ১২.৫%। প্রাপ্ত তথ্যে এটা প্রতীয়মান হচ্ছে যে, আয়ের সাথে শিক্ষার একটি সহ সম্পর্ক বিদ্যমান।

**১.৩ পরিবারের সদস্য সংখ্যা ঃ** উত্তরদাতাদের পরিবারের গড় সদস্য সংখ্যা হচ্ছে ৫.২৩জন। উচ্চবিত্ত, মধ্যবিত্ত এবং নিম্নবিত্তের মধ্যে ৩-৫ সদস্য বিশিষ্ট পরিবারের সংখ্যাই বেশী, এদের সংখ্যা হচ্ছে যথাক্রমে ৫০.৫% ৫২.০% এবং ৫০.৫%। ৫-৭জন সদস্যবিশিষ্ট পরিবারের সংখ্যা সর্বমোট ৪৩.৩৩%, এর মধ্যে উচ্চবিত্ত (১৫.০%), মধ্যবিত্ত (১৩.৩৩%) এবং নিম্নবিত্ত (১৫.০%)। ৭-৯ সদস্য বিশিষ্ট পরিবারের সংখ্যা নিম্নবিত্তে সর্বাধিক, তবে সর্বমোট এদের সংখ্যা ১০.০০%।

**১.৪ উত্তরদাতাদের পেশা ঃ** উত্তরদাতাদের পেশার ধরন সম্পর্কিত প্রাপ্ত তথ্যে দেখা যায় যে, সর্বাধিক সংখ্যক উত্তরদাতা (৯২জন) গৃহিণী, যার শতকরা হার ৭৬.৬৭। এর মধ্যে উচ্চবিত্ত ও মধ্যবিত্তে গৃহিণীর সংখ্যা সর্বাধিক অর্থাৎ শতকরা ৮২.৫জন। এর পরই অবস্থান করছে চাকুরিজীবী (২০%)। নিম্নেবিত্তের মধ্যে চাকুরিজীবীর হার সর্বাধিক (৩০%)। এখানে উল্লেখ্য যে, চাকুরিজীবির মধ্যে উচ্চবিত্তে ও নিম্নেবিত্তে শিক্ষকতা,ডাক্তারী, সরকারী ও বেসরকারী পেশাজীবী এবং নিম্নেবিত্তের মধ্যে পরিচারিকা রয়েছে। সবচেয়ে কমসংখ্যক উত্তরদাতা হচ্ছে ছাত্রী (০.৮৩%),ব্যবসায়ী (১.৬৭%) এবং ভিক্ষুক (০.৮৩%)।

**১.৫ উত্তরদাতাদের মাসিক আয় ঃ** মাসিক আয় সম্পর্কিত তথ্যে দেখা যায় যে, উত্তরাদাতাদের গড় মাসিক আয় ৭৯৫.৮৩ টাকা মাত্র। সর্বাধিক সংখ্যক উত্তরদাতার (৯৩জন) কোন আয়ই নেই; যার শতকরা হার হচ্ছে ৭৭.৭৫জন, কারণ অধিকাংশের পেশা গৃহিণী। যাদের আয় আছে তাদের ক্ষেত্রে সর্বাধিক সংখ্যক উত্তরদাতার (৭জন করে) মাসিক আয় ০-৫০০/- ও ৫০০-২০০০/- টাকার মধ্যে। আয়ের এ স্তরে নিম্নবিত্ত শ্রেণীর অবস্থান রয়েছে, মধ্যবিত্ত ও উচ্চবিত্ত শ্রেণীর উপস্থিতি একেবারেই নেই। তবে ২০০০-৫০০০/-এবং ৫০০০/-১০০০০/- টাকা মাসিক আয় সম্বলিত উত্তরদাতারা সকলেই উচ্চবিত্ত নতুবা মধ্যবিত্ত শ্রেণীর। এদের সংখ্যা হচ্ছে যথাক্রমে ৪.১৭%এবং ২.৫%।

**১.৬ পরিবারের বাসস্থানের ধরন পানির উৎস এবং টয়লেটের ধরন ঃ** উত্তদাতাদের বাসস্থানের ধরনের ক্ষেত্রে উচ্চবিত্তের সকল পরিবারের বাসস্থান পাকা এবং মধ্যবিত্তের বেশীরভাগ পরিবারের বাসস্থান পাকা। অন্যদিকে নিম্নবিত্ত কোন পরিবারের বাসস্থান পাকা নেই, তবে এক্ষেত্রে আধা-পাকা আছে ১৫% এবং মধ্যবিত্তে ৭.৫%। নিম্নেবিত্তে কাঁচা (মাটির) বাসস্থানের সংখ্যা হচ্ছে ৮৫% এবং মধ্যবিত্তে আছে ২%। পানির উৎস সম্পর্কিত তথ্যে, সর্বাধিক সংখ্যক (৭৯.১৭%) উত্তরদাতা ওয়াসার পানি ব্যবহার করে। এই হার হচ্ছে উচ্চবিত্তে, মধ্যবিত্তে ও নিম্নবিত্তে যথাক্রমে শতকরা ৯৫, ৯২.৫ এবং ৫০জন। মোট ১৮টি পরিবারের মধ্যে নিম্নবিত্তের ১২৬টি পরিবারই টিউবওয়েলের পানি ব্যবহার করে ; এদের সংখ্যা হচ্ছে উচ্চবিত্ত, মধ্যবিত্ত ও নিম্নবিত্তে যথাক্রমে শতকরা ২.৫%, ২.% এবং ৪০%। ওয়াশা+টিউবওয়েলে মিলিয়ে পানি ব্যবহার করে থাকে উচ্চবিত্ত ২.৫, নিম্নবিত্ত ১০%, এবং মধ্যবিত্ত (২.৫)। টয়লেট ব্যবহারের ক্ষেত্রে উচ্চবিত্তের সকলেই পাকা টয়লেট ব্যবহার করে থাকে। অন্যদিকে নিম্নবিত্তে শতকরা ১০% পাকা টয়লেট ব্যবহার করে থাকে। এদের শতকরা ৮০ জনই কাঁচা টয়লেট ব্যবহার করে থাকে। মধ্যবিত্তের অধিকাংশের টয়লেটই পাকা (৯২.৫)

## ২. মাতৃস্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যাবলী

মাতৃস্বাস্থ্য ও শিশু স্বাস্থ্য অঙ্গাঙ্গিভাবে জড়িত। প্রসূতি মায়ের পর্যাপ্ত পরিচর্যা না হলে শিশুর স্বাস্থ্যের উপর তার নেতিবাচক প্রভাব পড়ে। প্রবন্ধের শুরুতেই

মাতৃস্বাস্থ্যের উপর আলোকপাত করা হয়েছে।

**২.১ মাতৃস্বাস্থ্য ঃ** মাতৃস্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্যে গর্ভাবস্থায় যত্ন, ধনুষ্টংকার টীকা, ডেলিভারীর স্থান, ডেলিভারীর সাহায্যকারী, চিকিৎসা ইত্যাদি সম্পর্কিত প্রাপ্ত ফলাফল বিশ্লেষণ করা হয়েছে যা কিনা বর্তমানে মা ও শিশু স্বাস্থ্য MCH (কার্যক্রমে কার্যকর কৌশল ও নীতি নির্ধারণের ক্ষেত্রে সহায়ক হবে। টেবিল-৯ এ দেখা যাচ্ছে যে, বাংলাদেশের অধিকাংশ মা গর্ভাবস্থায় কোন ধরনের চিকিৎসা গ্রহণ করে না। এরূপ উত্তরদাতার সংখ্যা হচ্ছে শতকরা ৫৫.৮৩জন। গর্ভাবস্থায় ডাক্তারের পরামর্শ গ্রহণ করে থাকে শতকরা মাত্র ২০জন উত্তরদাতা এবং ৭জন উত্তরদাতা ডাক্তার ও নার্সদের পরামর্শ গ্রহণ করে থাকে। প্রসূতি অবস্থায় যত্নের ক্ষেত্রে ডাক্তারের সাথে পরামর্শ গ্রহণ করে থাকে উচ্চবিত্তদের মধ্যে সর্বোচ্চ সংখ্যক উত্তরদাতা (৩৭.৫০%) এবং "কোন ধরনের ব্যবস্থা গ্রহণ করে না"-এইরূপ উত্তরদাতার সংখ্যা নিম্নবিত্তে সর্বাধিক (৫০.৮৩%)। শুধু একটি টীকা গ্রহণ করেছে এইরূপ উত্তরদাতার সংখ্যা হচ্ছে শতকরা ১৬.৬৭জন এবং দুই বা ততোধিক টীকা গ্রহণ করেছে এইরূপ উত্তরদাতার সংখ্যা হচেছ শতকরা ৫০.৮০ জন। যদিও শতকরা ৮২.৫০জন উত্তরদাতা দুই বা ততোধিক টি. টি. নিয়েছে; উচ্চবিত্ত শ্রেণীর মায়েদের বিপরীতে নিম্নবিত্ত শ্রেণী মায়েদের সংখ্যা এক্ষেত্রে মাত্র ২৫.০জন।

মা ও শিশুর স্বাস্থ্য রক্ষার ক্ষেত্রে একটি গুরুত্বপূর্ণ উপাদান হচ্ছে ডেলিভারীর সময় চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে মায়েদের সন্তান প্রসব নিশ্চিত করা। কেবল চিকিৎসকের পরামর্শ এবং স্বাস্থ্যসম্মত স্থানে অভাবে বাংলাদেশে অনেক মায়ের বিভিন্ন জটিলতা নবজাতক শিশুর অসুস্থতা এবং মা শিশুর মৃত্যুও হয়ে থাকে। এক্ষেত্রে বর্তমান সমীক্ষায় তাই দেখান হয়েছে যে,ডেলিভারীর স্থান এবং ডেলেভারীর সাহায্যকারী হিসেবে কি ধরনের ব্যবস্থা গ্রহণ করে থাকে।

ডেলিভারীর সময় অধিকাংশ নবজাতক শিশু বাড়ীতেই জন্মগ্রহণ করে থাকে এবং এদের সংখ্যা হচ্ছে শতকরা ৪৩.৩৩জন। এক্ষেত্রে উচ্চবিত্ত, মধ্যবিত্ত ও নিম্নবিত্তদের সংখ্যা হচ্ছে শতকরা ২০.০জন, ৩৫.০জন এবং ৭৫.০জন উত্তরদাতা। অন্যদিকে ক্লিনিক এবং হাসপাতাল ও অন্যান্য স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সন্তান

প্রসব করে থাকে।

টেবিল নং-১

**প্রসূতি অবস্থায় যত্ন, ডেলিভারীর স্থান এবং এর সাহায্যকারী সম্পর্কিত উত্তরদাতাদের মতামত**

| | উচ্চবিত্ত(%) | মধ্যবিত্ত (%) | নিম্নবিত্ত(%) | মোট(%) |
|---|---|---|---|---|
| প্রসূতি অবস্থায় যত্ন | | | | |
| ডাক্তার-এর পরামর্শ | ১৫(৩৭.৫০%) | ১০(২৫০%) | ১(২.৫০%) | ২৬(২১.৬৭%) |
| নার্স-এর পরামর্শ | ১০(২৫.০০) | ১১(২৭.৫০) | ৬(১৫.০%) | ২৭(২২.৫০%) |
| সেশন ব্যবস্থা গ্রহণ করেনি | ১৫(৩৭.৫০) | ১৯(৪৭.৫০) | ৩৩(৮৩.০%) | ৬৭(৫৫.৮৩%) |
| টিটেনাস টীকা গ্রহণ করেনি | ৫(১২.৫০%) | ১৪(৩৫.০%) | ২০(৫০.০%) | ৩৯(৩২.৫০%) |
| শুধুমাত্র একটি | ২(৫.০%) | ৮(২০.০%) | ১০(২৫.০%) | (২০(১৬.৬৭%০ |
| দুই বা ততোধিক | ৩৩(৮২.৫০%) | ১৮(৪৫.০%) | ১০(২৫.০%) | ৬১(৫০.৮৩%) |
| ডেলিভারীর স্থান | | | | |
| ক্লিনিক | ৪(৩৫.০%) | ১০(২৫.০%) | – | ২৪(২০.০%) |
| হাসপাতাল/মাতৃসেবা কেন্দ্র | ১৮(৪৫.০%) | ১৬(৪০.০%) | ১০(২৫.০%) | ৪৪(৩৬.৬৭%) |
| বাড়ীতে | ০৮(২০.০%) | ১৪(৩৫.০%) | ৩০(৭৫.০%) | ৫২(৪৩.৩৩%) |
| ডেলিভারীর সাহায্যকারী | | | | |
| ডাক্তার | ১৮(৪৫.০%) | ১৪(৩৫.০%) | ২(৫.০%) | ৩৪(২৮.৩৩%) |
| নার্স | ১০(২৫.০%) | ১০(২৫.০%) | ৮(২০.০%) | ২৮(২৩.৩৩%) |
| প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত দাত্রী | ৬(১৫.০%) | ০৮(২০.০%) | ৮(২০.০%) | ২২(১৮.৩৩%) |
| অপ্রশিক্ষণ প্রাপ্ত দাত্রী | ৩(৭.৫%) | ০৪(১০.০%) | ১০(২৫.০%) | ১৭(১৪.১৭%) |
| আত্মীয়/প্রতিবেশী | ৩(৭.৫০%) | ০৪(১০.০%) | ১২(৩০.০%) | ১৯(১৫.৮৩%) |

মোট উত্তরদাতা উচ্চবিত্ত ৪০+ মধ্যবিত্ত ৪০+ও নিম্নবিত্ত ৪০জন=১২০জন মাত্র শতকরা ২১,৬৭ জন এবং নার্স এর পরামর্শ নিয়ে থাকে শতকরা ২২.৫০জন। এখানে উল্লেখ্য যে গবেষণাটি যেহেতু ঢাকা শহরকেন্দ্রিক এবং উচ্চবিত্ত, মধ্যবিত্ত ও নিম্নবিত্ত উভয় ধরনের উত্তরদাতা, তাই গ্রামাঞ্চলের তুলনায় সুযোগ সুবিধা অধিক থাকায় প্রসূতি অবস্থায় যত্ন, টিটেনাস টীকা গ্রহণ, ডেলিভারীর স্থান, সাহায্যকারী ইত্যাদির ক্ষেত্রে কিছুটা পার্থক্য থাকা স্বাভাবিক। Bangladesh Demographic and Health Survey (1996-1997) পরিচালিত গবেষনায় দেখা গিয়েছে বাংলাদেশে শতকরা ৭১জন মহিলা "গর্ভাবস্থায় কোন ধরনের চিকিৎসা গ্রহণ করেন না" শতকরা ২০.০ এবং ৩৬.৬৭জন। এক্ষেত্রে নিম্নবিত্ত উত্তরদাতাদের সংখ্যা ক্লিনিকে অনুপস্থিত এবং

কেবল মধ্যবিত্তদের সংখ্যা হচ্ছে ২৫% । BDHS 1996-97,কর্তৃক পরিচালিত গবেষণায় দেখা গিয়েছে শতকরা ৯৫জন মায়েদের সন্তান প্রসব হয়ে থাকে বাড়ীতে। কেবল ৪% মায়েরা সন্তান প্রসবের সময় বিভিন্ন স্বাস্থ্যসেবা সুবিধা ভোগ করে থাকে। অন্যদিকে সন্তান জন্মদানের সময় সাহায্যকারী হিসেবে ডাক্তার ও নার্সদের সাহায্য গ্রহণ করে থাকে শতকরা ২৮.৩৩ ও ২২.৩৩ জন উত্তরদাতা। এক্ষেত্রে উচ্চবিত্ত ও মধ্যবিত্তদের হার সর্বাধিক। প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত দাই এবং অ-প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত দাইদের সাহায্যে সন্তান প্রসব করে থাকে এরূপ উত্তরদাতাদের সংখ্যা হচ্ছে শতকরা ১.৩৩জন এবং ১৪.১৭জন; যেক্ষেত্রে নিম্নবিত্তদের সংখ্যা হচ্ছে সর্বাধিক (৪৫.০%)। শতকরা ১৫.৮৩জন উত্তর দাতা সন্তান প্রসবের সময় আত্মীয় স্বজন বা পাড়া প্রতিবেশীর সাহায্য নিয়ে থাকে বলে মতামত প্রকাশ করেছে। এক্ষেত্রে উচ্চবিত্ত এবং মধ্যবিত্তদের তুলনায় নিম্নবিত্ত উত্তরদাতাদের সংখ্যাই সর্বাধিক (৩০%)। অর্থাৎ নিম্নবিত্ত উত্তরদাতার মধ্যে শতকরা ৭৫জনের বাড়ীতে এবং কোন প্রশিক্ষণ ছাড়া দাই বা আত্মীয় স্বজনের সাহায্যে সন্তান জন্ম হয়ে থাকে। আর সে কারণে বাংলাদেশে নিম্নবিত্ত এবং গ্রামাঞ্চলে প্রসূতি ও শিশু মৃত্যুহার অত্যাধিক।

## ৩. শিশুখাদ্য ও পুষ্টি, শিশুযত্ন ও টীকা সম্পর্কিত তথ্যের বিশ্লেষণ

### ৩.১ শিশুখাদ্য ও পুষ্টি ঃ

ভূমিষ্ট হবার পর শিশুকে কি খাদ্য দিয়েছে সে সম্পর্কিত তথ্যে পরিলক্ষিত হয় যে, সর্বাধিক সংখ্যক (৭২.৫%), উত্তরদাতা শিশুকে শালদুধ দিয়েছে। এর মধ্যে মধ্যবিত্তের সংখ্যাই সবচেয়ে বেশী (৭৭.৫%), নিম্নবিত্তে উত্তরদাতা সংখ্যা হচ্ছে শতকরা ৭২.৫জন এবং সবচেয়ে কম দিয়েছে উচ্চবিত্তে (৬৭.৫%) উত্তরদাতা। শতকরা ২১.৬৭জন উত্তরদাতা শিশুকে মধু দিয়েছে। এর মধ্যে উচ্চবিত্ত, মধ্যবিত্ত ও নিম্নবিত্তের সংখ্যা হচ্ছে যথাক্রমে ২৫%, ২০% এবং ২০% উত্তরদাতা। চিনি, পানি এবং অন্যান্য খাবার দিয়েছে, এরূপ উত্তরদাতার সংখ্যা খুব কম। অন্যদিকে শিশুকে বুকের দুধ প্রদানের সময়কাল সম্পর্কিত প্রাপ্ত তথ্যাবলীর বিন্যাসে দেখা যায় যে, সবচেয়ে বেশী সংখ্যক উত্তরদাতা (৩৭.৫০%) ২ বৎসরেরও বেশী সময় ধরে শিশুকে বুকের দুধ প্রদান করে। এই হার নিম্নবিত্তে সর্বাধিক (৪৫%), উচ্চবিত্তে ও মধ্যবিত্তে এই হার হলো শতকরা ৩২.৫এবং ৩৫জন। ১-২ বৎসর পর্যন্ত শিশুকে বুকের দুধ প্রদান করে শতকরা ৩০.৮৩জন উত্তরদাতা। এর মধ্যে উচ্চবিত্ত, মধ্যবিত্ত ও নিম্নবিত্তের সংখ্যা হচ্ছে শতকরা যথাক্রমে ৩৫, ২৭.৫ এবং

টেবিল নং-১

বুকের দুধের পাশাপাশি শিশুর সম্পূরক খাদ্য ও সময়কাল সম্পর্কিত তথ্যাবলীর বিবরণ

(বন্ধনীযুক্ত নাম্বার শতকরা হার)

| সময়কাল | উত্তরদাতা | খাদ্যের তালিকা | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | খিচুড়ী গণসরণ্য(%) | ডিম % | আটা % | মাছ % | মাংশ | শাকসব্জী | সেরিল্যাক | অন্যান্য ফলমূল |
| ০-৫ | উচ্চবিত্ত | ১৫ (৩৭.৫) | ১৭ (৪২.৫) | ৬ (১৪.%) | ১০ (২৫.০%) | ১৩ (৩২.৫) | ১৫ (৩৭.৫) | – – | – – |
| | মধ্যবিত্ত | ১১ (২৭.৫) | ১৩ ৩২.৫) | ৫ (১২.৫) | ৫ (১২.৫) | ৫ (১২.৫) | ১৩ (৩২.৫) | – – | – – |
| | নম্নবিত্ত | ৪ (১০.৪) | ৩ (৭.৫) | ৩ (৭.৫) | ১ (২.৫) | ১ (২.৫) | ১ (২.৫) | – – | – – |
| ৫-১০ | উচ্চবিত্ত | ১৪ (৩৫.০) | ১৬ (৪০.০) | ১৬ (৪০.০) | ১৭ (৪২.৫) | ১৫ (৩৭.৫) | ১৫ (৩৭.৫) | ৮ (২০.০) | ১ (২.৫) |
| | মধ্যবিত্ত | ১৮ (৪৫.০) | ১৯ (৪৭.৫) | ২০ (৫০.০) | ৫ (৩৭.৫) | ১৪ (৩৫.০) | ১৪ (৩৫.০) | ৮ (২০.০) | ৩ (৭.৫) |
| | নিম্নবিত্ত | ১৯ (৪৭.০) | ১২ (৩০.০) | ১২ (৩০.০) | – – | – – | – – | | |

চলমান পাতা-২

| সময়কাল | উত্তরদাতা | খাদ্যের তালিকা | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | খিচুড়ী গণসরণ্য(%) | ডিম % | আটা % | মাছ % | মাংশ | শাকসজী | সেরিল্যাক | অন্যান্য ফলমূল |
| ১০-১৫ | উচ্চবিত্ত | ৭ (১৭.৫) | ৫ (১২.৫) | ৭ (৭.৫) | ৪ (১০.০) | ৫ (১২.৫) | ৫ (১২.৫) | ১ (২.৫) | ২ (৫.০%) |
| | মধ্যবিত্ত | ৩ (৭.৫) | ৪ (১০.০) | ২ (৫.০) | ৮ (২০.০) | ৮ (২০.৮) | ১ (৫.০) | ১ (২.৫) | – – |
| | নিম্নবিত্ত | ৭ (১৭.৫) | ১০ (২৫.০) | ১০ (২৫.০) | ১২ (৩০.০) | ১০ (২৫.০) | ২ (৫.) | ২ (৫.) | – – |
| ১৫-৩০ | উচ্চবিত্ত | ১ (২.৫) | ১ (২.৫) | ৩ (৭.৫) | ৪ (১০.০) | ৫ (১২.৫) | ৫ (১২.৫) | – – | – |
| | মধ্যবিত্ত | ২ (২.৫) | ৩ (৭.৫) | ৫ (১১.৫) | ৩ (৭.৫) | ৮ (২০.০) | ৮ (২০.০) | – – | ১ (২.৫) |
| | নিম্নবিত্ত | ৩ (৭.৫) | ৪ (১০.০) | ৩ (৭.৫) | ৫ (১৫.০) | ৬ (১৫.০) | ৬ (১৫.০) | – – | ১ (২.৫) |

মোট উত্তরদাতা উচ্চবিত্ত ৪০+মধ্যবিত্ত ৪০ +নিম্নবিত্ত ৪০=১২০জন

৩০জন। আদৌ বুকের দুধ প্রদান করেনি এইরূপ উত্তরদাতা সবচেয়ে কম (২৫.৮৬)। যে সব কারণে বুকের দুধ শিশুকে প্রদান করে না, তা হচ্ছে– শারীরিক সমস্যা, অজ্ঞতা, ঝামেলা, বাইরে থাকার কারণে এবং পারিবারিক মূল্যবোধে ইত্যাদি।

রান্না ও রক্ষণাবেক্ষণ সম্পর্কে উত্তরদাতাদের মতামতের বিন্যাস সম্পর্কিত তথ্যে দেখা যায় যে, শাকসব্জী কাটার পূর্বে ধুয়ে থাকে শতকরা ২৬.৬৭জন এবং বেশী সংখ্যক উত্তরদাতাই কাটার পরে শাকসব্জী-তরিতরকারী ধুয়ে থাকে (৭৩.৩৩%)। এর ফলে খাদ্যগুন অনেকাংশে নষ্ট হয়ে যায়। অন্যদিকে শাকসব্জী-তরিতরকারীতে তেল ব্যবহার করে থাকে বেশীরভাগ উত্তরদাতাই (৬৮.৩৩%), তবে এক্ষেত্রে উচ্চবিত্ত ও মধ্যবিত্তের সংখ্যাই বেশী। নিম্নবিত্তের ক্ষেত্রে শতকরা ৭০.০০জন উত্তরদাতা কোন ধরনের তেল ব্যবহার করে না। এর কারণ হিসেবে অজ্ঞতা ও আর্থিক সংকট দু-ই দায়ী। শিশুদেরকে বাসী-পচা খাবার দেয়ার ক্ষেত্রে উচ্চবিত্ত ও মধ্যবিত্তের উত্তরদাতাদের সংখ্যা খুবই কম, তবে এক্ষেত্রে নিম্নবিত্ত উত্তরদাতাদের সংখ্যা সর্বাধিক (৫০.০০%)। তাছাড়া পানি ফুটিয়ে পান করে এরূপ উত্তরদাতার সংখ্যা সর্বাধিক হার উচ্চবিত্তে সর্বাধিক (৯০.০%) এবং মধ্যবিত্তে শতকরা ৭২.৫জন। শতকরা ৪১.৬৭জন উত্তরদাতা পানি ফুটিয়ে রাখে না; এক্ষেত্রে নিম্নবিত্তের হার সর্বাধিক (৮৭.৫%)। পুষ্টিগুণ বজায় রাখার জন্যে রান্না করার সময় ঢাকনা মুখে রান্না করে থাকে শতকরা ৫৮.৩৩জন এর মধ্যে উচ্চবিত্ত সর্বাধিক (৭৫.০%) এবং মধ্যবিত্তের সংখ্যা হচ্ছে শতকরা ৬২.৫%। অন্যদিকে ঢাকনা মুখে রান্না করে না এরূপ উত্তরদাতার সংখ্যা হচ্ছে ৪১.৬৭জন; যার মধ্যে নিম্নবিত্তের সংখ্যা সর্বাধিক (৬২.৫০%)।

**টেবিল-৩**

**শিশুর পরিস্কার পরিচ্ছন্নতা সম্পর্কিত তথ্যাবলী**

| গৃহীত ব্যবস্থা | উচ্চবিত্ত | মধ্যবিত্ত | নিম্নবিত্ত | মোট | শতকরা |
|---|---|---|---|---|---|
| প্রত্যহ গোসল করান | ৩৯(৯৬.৫) | ৩৭(৯২.৫) | (৩১(৭৭.৫) | ১০৭ | ৮৯.১৭ |
| প্রত্যহ গোসল করান না | ১(২.৫%) | ৩(৭.৫০) | ৯(২২.৫০) | ১৩ | ১০.৮৩ |
| খাবার পূর্বে হাতমুখ ধৌত করান | ৩০ | ৩২ | ২৫ | ৮৭ | ৭২.৫০ |
| | (৭৫.০০) | (৮০.০০) | ৬২.৫০ | | |
| খাবার পূর্বে হাতমুখ ধৌত করান না | ১০ | ০৮ | ১৫ | ৩৩ | ২৭.৫০ |
| | (২৫.০০) | (২০.০০) | (৩৭.৫০) | | |
| টয়লেট থেকে আসার পর | ৩৯ | ৩৮ | ২০ | ৯৭ | ৪৮০.৮০ |
| পর হাত পরিস্কার করান | (৯৭.৫০) | (৯৫.০০) | (৫০.০০) | | |
| টয়লেট থেকে আসার পর | ১ | ২ | ২০ | ২৩ | ১৯.১৭ |
| হাত পরিস্কার করান না | (২.৫০) | (৫.০০) | (৫০.০০) | | |
| পরিধেয় বস্ত্র নিয়মিত | ৩৭ | ৩০ | ২২ | ৮৯ | ৭৪.১৭ |
| ধুয়ে থাকেন | (৯২.৫) | (৭৫.০০) | (৫৫.০০) | | |
| পরিধেয় বস্ত্র নিয়মিত | ৩ | ১০ | ১৮ | ৩১ | ২৫.৮৩ |
| ধুয়ে থাকে না | (৭.৫%) | (২৫.০০) | (৪৫.০০) | | |
| সাপ্তাহিক নখ কাটান | ৩৬ | ৩২ | ২৩ | ৯১ | ৭৫.৮৩ |
| | (৯০.০) | ৮০.০০ | (৫৭.৫০) | | |
| সাপ্তাহিক নখ কাটান না | ৩ | ৮ | ১৭ | ২৮ | ২৪.১৭ |
| | (৭.৫) | (২০.০০) | (৪২.৫০) | | |

শিশুর পরিস্কার পরিচ্ছন্নতা সম্পর্কিত তথ্যাবলীর বিশ্লেষণে দেখা যায় যে, ৮৯.১৭ জন উত্তরদাতা শিশুকে প্রত্যহ গোসল করান; এই হার উচ্চবিত্তে সর্বাধিক (৯৭.৫%) এবং মধ্যবিত্ত ও নিম্নেবিত্তে যথাক্রমে শতকরা ৯২.৫ এবং ৭৭.৫০জন। ৭২.৫০জন উত্তরদাতাই খাবার পূর্বে হাত ধৌত করান এবং ৮০.৮৩জন উত্তরদাতাই টয়লেট থেকে আসার পরে হাত পা পরিস্কার করান। তবে উল্লেখ্য যে, উচ্চ ও মধ্যবিত্তে এ হার সর্বাধিক এবং নিম্নবিত্তের ক্ষেত্রে অর্ধেক উত্তর দাতাই (৫০%) টয়লেট থেকে আসার পর হাত পরিস্কার করান না। এছাড়া শিশুর পরিস্কার-পরিচ্ছন্নতার ক্ষেত্রে শিশুকে প্রতিদিন গোসল করান, শিশুর পরিধেয় বস্ত্র নিয়মিত পরিস্কার করা এবং এন্টিসেপটিক ডেটল ব্যবহারের ক্ষেত্রে উচ্চবিত্ত উত্তরদাতাদের সংখ্যা বেশী। অন্যদিকে উপরোক্ত দিকগুলির ক্ষেত্রে নিম্ন বিত্তের উত্তরদাতারা অপেক্ষাকৃত কম সচেতন এবং কম গুরুত্ব দিয়ে থাকে। শিশুর নখ কাটা বা নখ পরিস্কার রাখার ব্যাপারেও উচ্চবিত্ত ও মধ্যবিত্ত উত্তরদাতারা নিম্নবিত্তের তুলনায় বেশী যত্নশীল।

**টেবিল-৪**

**শিশুকে টীকাদান ও ভিটামিন এ ক্যপসুল প্রদান সম্পর্কিত তথ্যাবলীল বিন্যাস**

| টীকাদান ও ভিটামিন ও ক্যাপসুল প্রদান | উচ্চবিত্ত | মধ্যবিত্ত | নিম্নবিত্ত | মোট | শতকরা |
|---|---|---|---|---|---|
| শিশুকে মোট টীকা দিয়েছে | ৩৯ (৯৭.৫) | ৩৮ (৯৫.০) | ৩৪ (৮৫.০) | ১১১ | ৯২.৫০ |
| শিশুকে সবগুলো টীকা দিয়েছে | ২৭ (৬৭.৫%) | ২৪ (৬০.০০) | ১১ (২৭.৫%) | ৬২ | ৫৫.৮৬ |
| শিশুকে আংশিক টীকা দিয়েছে | ১২ (৩০.০০) | ১৪ (৩৫.০০) | ২৩ (৫৭.৫%) | ৪৯ | ৪৪.১৪ |
| শিশুকে আদৌ টীকা দেয়নি | ১ (২.৫) | ২ (৫.০) | ৬ (১৫.০০) | ৯ | ৬.৬৭ |
| এ ক্যাপসুল প্রদান করেছে | ৩০ (৭৫.০) | ৩২ (৮০.০) | ২০ (৫০.০) | ৮২ | ৬৮.৮৮ |
| এ ক্যাপসুল প্রদান করেনি | ১০ (২৫.০) | ৮ (২০.০০) | ২০ (৫০.০) | ৩৮ | ৩১.৬৭ |

বর্তমান সরকারী ও বেসরকারী পর্যায়ে সম্পসারিত টীকা দান কর্মসূচীর আওতাধীন সকল শিশুকে টীকা প্রদানের আওতাভুক্তির লক্ষ্যমাত্রা থাকলেও বর্তমান গবেষণার তথ্যে তা অত্যন্ত হতাশাব্যঞ্জক। যদিও শিশুকে টীকা দিয়েছে শতকরা ৯২.৫জন উত্তরদাতা, কিন্তু শিশুকে সবগুলো টীকা দিয়েছে এরূপ উত্তরদাতার সংখ্যা হচ্ছে মাত্র শতকরা ৫৫.৮৫জন। এই হার উচ্চবিত্তে সর্বাধিক (৬৭.৫%) এবং মধ্যবিত্তে ও নিম্নবিত্তে এই হার যথাক্রমে শতকরা ৬০.০জন এবং ২৭.৫জন। শিশুকে আংশিক টীকা প্রদান করেছে শতকরা ৪৪.১৪জন উত্তরদাতা; এক্ষেত্রে নিম্নবিত্তে সর্বাধিক উত্তরদাতা (৫৭.৫%) এবং মধ্যবিত্তে ও উচ্চবিত্তে যথাক্রমে শতকরা ৩৫.০ ও ৩০.০জন। খুব কমসংখ্যক উত্তরদাতাই শিশুকে আদৌ কোন টীকা প্রদান করেনি এবং এ ক্ষেত্রেও নিম্নেবিত্তের সংখ্যা সর্বাধিক (১৫.০০)। শিশুদের অন্ধত্বের হাত থেকে রক্ষা করার জন্যে সরকার বিনামূল্যে মাঠকর্মী বা পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র বা হাসপাতাল এর মাধ্যমে ভিটামিন ক্রম্বইম্বম্ব ক্যাপসুল প্রদান করে থাকে। কিন্তু বর্তমান সমীক্ষায় দেখা গিয়েছে যে, এই ৬৮.৮৮% উত্তরদাতা কেবল ভিটামিন ক্রম্বএম্বম্ব ক্যাপসুল প্রদান করেছে এক বা একাধিক সময়ে। ক্রম্বম্বএম্বম্ব ক্যাপসুল প্রদানের ক্ষেত্রে উচ্চবিত্ত ও মধ্যবিত্তে তুলনায় নিম্নবিত্তের উত্তরদাতাদের সংখ্যা অনেক কম। উল্লেখ্য যে, টীকা এবং ভিটামিন "এম্বম্ব ক্যাপসুল না প্রদানের ক্ষেত্রে অজ্ঞতা, অস্বচ্ছলতা, অলসতা, সময় হয়নি, ঝামেলাপূর্ণ কাজ ইত্যাদি কারণসমূহকে দায়ী করেছে।

**শিশুরোগ ও শিশুসেবা সম্পর্কিত তথ্যাবলী ঃ**

বাংলাদেশে শিশু মুত্যুহার অন্যান্য দেশের তুলনায় অনেক বেশী। বর্তমানে প্রতি হাজারে ১১৭জন শিশু বিভিন্ন রোগে অসুস্থ হয়ে মৃত্যুবরণ করে। শিশুরা সাধারণত যেসব রোগ ভোগ করে থাকে তা হচ্ছে;আমাশয়, নিউমোনিয়া, টাইফয়েড, ডায়রিয়া, হুপিং কাশি, জন্ডিস, হাম, সর্দি, কাশি, জ্বর ইত্যাদি। বর্তমান সমীক্ষাতেও দেখা যায় যে, শিশুরা সাধারণত যে সব রোগে ভোগে

তার মধ্যে বেশীর ভাগই (৯০.৮৩%) ঠান্ডা/সর্দি/কাশি/জ্বর ভোগ করে থাকে বলে উত্তরদাতারা মতামত প্রকাশ করেছে।

**টেবিল নং-৫**

**শিশুরা সাধারণত যে সব অসুখে ভোগ তার বিবরণ**

| অসুস্থতার ধরন | উচ্চবিত্ত | মধ্যবিত্ত | নিম্নবিত্ত | মোট | শতকরা হার |
|---|---|---|---|---|---|
| ঠান্ডা/সর্দি/কাশি/জ্বর | ৩২ (৮০.০০) | ৩৮ (৯৫.০) | ৩৯ (৯৭.৫%) | ১০৯ | ৯০.৮৩ |
| পেটের অসুখ, (আমাশয় পেট খারাপ, পেট ব্যাথা কৃমি ইত্যাদি) | ৭ (১৭.৫) | ৬ (১৫.০) | ৬ (১৫.০) | ১৯ | (১৫.৮৩) |
| ডায়রিয়া | ১০ (২৫.০) | ১১ (২৭.৫০) | ২৫ (৬২.৫০) | ৪৬ | (৩৮.৩৩) |
| নিউমোনিয়া | ২ (৫.০০) | ৪ (১০.০০) | ০ (২৫.০০) | ১৬ | (১৩.৩৩) |
| জন্ডিস | ৩ (৭.৫০) | ৩ (৭.৫০) | ৮ (২০.০০) | ১৪ | (১১.৬৭) |
| হুপিং কাশি | ২ (৫.০০) | ৫ (১২.৫০) | ১২ (৩০০০) | ১৯ | (১৫.৮৩) |
| অন্যান্য | ৫ (১২.৫০) | ৬ (১৫.০০) | ১৪ (৩৫.০০) | ২৫ (২৪.৮) | (২০.৮৩) |

ব্র্যাকেট এর মধ্যে কলাম শতকরা হার প্রত্যেকটি শ্রেণীর মোট উত্তরদাতার (উঃ ৪০ মধ্যঃ ৪০ নিম্ন ঃ ৪০)

এর মধ্যে উচ্চবিত্ত মধ্যবিত্ত ও নিম্নবিত্তের হার যথাক্রমে ৮০%, ৯৫% এবং ৪৭.৫% জন। পরেই ডায়রিয়া আক্রান্ত হয়ে থাকে বলে শতকরা ৩৮.৩৩জন উত্তরদাতা মতামত দিয়েছে, এর্ব এক্ষেত্রে নিম্নবিত্তের হার সর্বাধিক (৬২.৫০%)। পেটের অসুখ এবং হুপিং কাশিং কথা উল্লেখ করেছে সমসংখ্যক উত্তরদাতা। এদের সংখ্যা হচ্ছে শতকরা ১৫.৮৩জন। তাছাড়া নিউমোনিয়া, জন্ডিস এবং অন্যান্য রোগে শিশুরা আক্রান্ত হয়ে থাকে বলে

জানিয়েছে শতকরা ১৩.৩৩, ১১.৬৭ এবং ২০.৮৩জন। উল্লেখ্য যে প্রত্যেকটি রোগের ক্ষেত্রে উচ্চবিত্ত বা মধ্যবিত্তের তুলনায় নিম্নবিত্তের শিশুরা বেশী অসুস্থতার কথা উল্লেখ করেছে। এর কারণ হিসেবে আর্থিক অসংগতি, অসচেতনতা এবং ঠিকসময়ে চিকিৎসার অভাবই দায়ী।

## শিশু চিকিৎসাজনিত সেবা ঃ

শিশু অসুস্থ হলে কোন ধরনের প্রতিষ্ঠান থেকে চিকিৎসা ব্যবস্থা গ্রহণ করা হয় সে সম্পর্কিত তথ্যে দেখা যায় যে, সর্বাধিক সংখ্যক উত্তরদাতা (৬০.৮৩%) এ্যালোপ্যাথিক চিকিৎসা ব্যবস্থা গ্রহণ করে থাকে। এই হার উচ্চবিত্ত, মধ্যবিত্ত ও নিম্নবিত্ত সব ক্ষেত্রেই প্রায় সর্বাধিক (যথাক্রমে শতকরা ৭৭.৫, ৮০.০% ও ২৫.০%)।

টেবিল নং-৬

**শিশুদের চিকিৎসাজনিত সেবা সম্পর্কিত মতামতের বিবরণ**

| উৎসসমূহ | উচ্চবিত্ত | মধ্যবিত্ত | নিম্নবিত্ত | মোট | শতকরা হার |
|---|---|---|---|---|---|
| হোমিওপ্যাথ | ৩ (৭.৫%) | ১২(৩০.০%) | ১৯(৪৭.৫০) | ৩৪ | ২৮.৩৩ |
| কবিরাজ | – | ৩(৭.৫০%) | ৪(১০.০%) | ৭ | ৫.৮৩ |
| ঝাড়ফুক | – | ১(২.৫%) | ৫(১২.৫%) | ৬ | ৫.০০ |
| এ্যালোপ্যাথিক (প্রাইভেট) | ৩১(৭৭.৫%) | ৩২(৮০.০%) | ১০(২৫.০%) | ৭৩ | ৬০.৮৩ |
| সরকারী হাসপাতাল | ৭(১৭.৫%) | ৯(২২.৫%) | ১২(৩০.০%) | ২৮ | ২৩.৩৩ |
| বেসরকারী হাসপাতাল | ১(২.৫%) | ৫(১২.৫%) | ৩(৭.৫%) | ৯ | ৭.৫ |
| ক্লিনিক | ১৩(৩২.৫%) | ২(৫.০%) | – | ১৫ | ১২.৫ |
| কোন ব্যবস্থাই গ্রহণ করে না | – | ১(২.৫%) | ৩(৭.৫%) | ৪ | ৩.৩৩ |
| মোট | ৫৫ | ৬৫ | ৫৬ | ১৭৬ | |

(একাধিক উত্তর)

শিশুদের চিকিৎসার ব্যাপারে শতকরা মাত্র ২৩.৩৩জন উত্তরদাতা সরকারী হাসপাতালের কথা উল্লেখ করেছে, এর মধ্যে নিম্নবিত্ত উত্তরদাতাদের সংখ্যা সর্বাধিক (৩০.০%)। হোমিওপ্যাথ ও কবিরাজদের মাধ্যমে চিকিৎসা করে থাকে এইরূপ উত্তরদাতাদের সংখ্যা হচ্ছে শতকরা ২৮.৩৩ এবং ৫.৮৩জন। এক্ষেত্রেও নিম্নবিত্ত উত্তরদাতাদের সংখ্যাই বেশী।

ব্যক্তিগতভাবে ক্লিনিকের আশ্রয় গ্রহণ করে থাকে এরূপ উত্তরদাতার মধ্যে উচ্চবিত্ত ৩২.৫% এবং মধ্যবিত্ত ৫%। উল্লেখ্য যে, ঝাড়ফুক, কবিরাজ এবং কোন ব্যবস্থাই গ্রহণ করে না এইরূপ উত্তরদাতা উচ্চবিত্তে সম্পূর্ণভাবে অনুপস্থিত অন্যদিকে নিম্নবিত্ত উত্তরদাতাদের মধ্যে হোমিওপ্যাথ, সরকারী হাসপাতাল, কবিরাজ, ঝাড়ফুক বা কোন ব্যবস্থাই গ্রহণ করে না এইরূপ উত্তরদাতাই বেশী। এজন্যে শিশু মৃত্যুহার নিম্নবিত্তদের মধ্যে বেশী।

**চিকিৎসা ব্যবস্থা উন্নয়নকল্পে উত্তরদাতাদের সুপারিশসমূহ ঃ**

শিশুদের প্রচলিত চিকিৎসা ব্যবস্থা সরকারী ও বেসরকারী পর্যায়ে কতটুকু পর্যাপ্ততা বা অপর্যাপ্ততা রয়েছে সে সম্পর্কিত তথ্যে দেখা যায় যে, মাত্র শতকরা ৩২.৫জন উত্তরদাতা গৃহীত ব্যবস্থা পর্যাপ্ত বলে জানিয়েছে। সর্বাধিক সংখ্যক উত্তরদাতা শতকরা ৬২.৫জন উত্তরদাতাই সরকারী/ বেসরকারী পর্যায়ে গৃহীত ব্যবস্থাবলী অপর্যাপ্ত বলে মতামত প্রকাশ করেছে। এরমধ্যে উচ্চবিত্তে সর্বাধিক (৭২.৫%), মধ্যবিত্তে শতকরা ৫৫জন এবং নিম্নবিত্তে শতকরা ৬৯জন উত্তরদাতা। কোন ধরনের মন্তব্য করেনি এরূপ উত্তরদাতার সংখ্যা শতকরা ৫জন।

শিশু সেবার মান উন্নয়নে সর্বাধিক সংখ্যক উত্তরদাতা ডাক্তার, নার্স ও হাসপাতালের সংখ্যা বৃদ্ধির সুপারিশ করেছে। এর মধ্যে উচ্চবিত্ত, মধ্যবিত্ত ও নিম্নবিত্তের সংখ্যা যথাক্রমে শতকরা ৪৫.০, ৫০.০ ও ৩৭.৫জন। গরীবদের জন্য ফ্রি ঔষধ ও ফ্রি হাসপাতালের ব্যবস্থা করার সুপরিশ করেছে শতকরা ২৫জন উত্তরাদাতা। নিম্নবিত্তের এই হার সর্বাধিক (৪০%)

টেবিল নং-৭

**চিকিৎসা ব্যবস্থাবলীর পর্যাপ্ততা/অপর্যাপ্ততা এবং এর মান উন্নয়নে উত্তরদাতাদের সুপারিশসমূহঃ**

| মতামতের বিবরণ | উচ্চবিত্ত | মধ্যবিত্ত | নিম্নবিত্ত | মোট% |
|---|---|---|---|---|
| পর্যাপ্ত বলে মনে করেন | ১১(২৭.৫) | ১৫(৩৭.৫) | ১৩(৩২.৫) | ৩৯(৩২.৫) |
| পর্যাপ্ত বলে মনে করেন না | ২৯(৭২.৫) | ২২(৫৫.০) | ২৪(৬০.০) | ৭৫(৬২.৫) |
| মন্তব্য করেননি | – | ৩(৭.৫) | ৩(৭.৫%) | ৬(৫.০০) |
| মোট | ৪০ | ৪০ | ৪০ | ১২০(১০০) |
| সুপারিশ সমূহ | উচ্চবিত্ত | মধ্যবিত্ত | নিম্নবিত্ত | মোট % |
| ডাক্তার নার্স ও হাসপাতালের | | | | |
| সংখ্যা বৃদ্ধি | ১৮(৪৫.০) | ২০(৫০%) | ১৫(৩৭.৫) | ৫৩(৪৪.১৭) |
| গণমাধ্যমের প্রচার | | | | |
| বৃদ্ধির মাধ্যমে সচেতনতা | ৫(১২.৫) | ৪(১০.০) | ৪(১০.০) | ১৩(১০.৮০) |
| গরীবএদর জন্য ফ্রি এবং | | | | |
| ঔষধ রং ও অর্থের ব্যবস্থা | ৯(২২.৫০) | ৫(১২.৫০) | ১৬(৪০.০) | ৩০(২৫.০) |
| ডাক্তার ও নার্সদের দায়িত্ব | | | | |
| সচেতনতা বৃদ্ধি | ৭(১৭.৫০) | ৫(১২.৫) | ৪(১০.০) | ১৬(১৩.৩৩) |
| স্বাস্থ্য কর্মীদের ট্রেনিং | | | | |
| এর ব্যবস্থা | ২(৫.০) | ২(৫.০) | ২(৫.০) | ৬(১৫.০) |
| অন্যান্য | ১৮(৪৫.০) | ৬(১৫.০) | ২(৫.০) | ২৬(২১.৬৭) |
| মোট | ৫৯ | ৪২ | ৪৩ | |

ডাক্তার নার্সদের দায়িত্ব সচেতনতা বৃদ্ধির সুপারিশ করেছে শতকরা ১৩.৩৩ জন উত্তরদাতা, যা উচ্চবিত্তে সর্বাধিক (১৭.৫%)। স্বাস্থ্য কর্মীদের ট্রেনিং এর ব্যবস্থা এবং গণ মাধ্যমে প্রচার বৃদ্ধির মাধ্যমে গণসচেতনতা বৃদ্ধির সুপারিশ করেছে যথাক্রমে শতকরা ৫.০০ ও ১০.৮০ জন উত্তরদাতা/অন্যান্য সুপরিশের মধ্য ডাক্তারদের গ্রামে বাধ্যতামূলক অবস্থান, স্বাস্থ্যখাতে বাজেট বৃদ্ধি সেবার মান উন্নয়ন, জনগণের মধ্যে শিক্ষার হার বৃদ্ধি ইত্যাদি প্রধান এবং এই হার শতকরা ২১.৬৭জন।

## উপসংহার

উপসংহারে বলা যায় যে, শিশুস্বাস্থ্য, পুষ্টি যত্ন ও সেবার ক্ষেত্রে পরিবারের লোকজন বিশেষ করে মায়েরা গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে থাকেন। বর্তমান গবেষণার ফলাফলেও দেখা গিয়েছে যে, উচ্চবিত্তের শিক্ষিত ও সচেতন মায়েরাই শিশুপুষ্টি, সেবা, যত্ন সম্পর্কে নিম্নবিত্ত অশিক্ষিত, অসচেতন মায়েদের তুলনায় বেশী সচেতন। এজন্য পুষ্টিশিক্ষা কার্যক্রম বিভিন্ন অপুষ্টিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর জন্য আলাদা হতে পারে এবং তার সাফল্য নির্ভর করে কার্যকর জনসংযোগ মাধ্যমের উপর। যদিও দারিদ্র অপুষ্টির মূল কারণ, তবুও পুষ্টি শিক্ষা ও বিভিন্ন ধরনের স্বাস্থ্যসেবা জনগণের মধ্যে সুষ্ঠু খাদ্যাভাস গড়ে তোলা, চিরাচরিত ভুল খাদ্যাভ্যাস দূর করা এবং শিশুদের রোগ সম্পর্কে সচেতনতা আনয়ন, টীকা প্রদান, শিশুর নিরাপদ জন্মস্থানের ব্যবস্থাকরণ, শিশু মৃত্যুহার হ্রাস, শিশুপুষ্টি, যত্ন ও সেবার ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখতে পারে। উন্নয়নশীল দেশসহ বাংলাদেশে পুষ্টি শিক্ষা ও স্বাস্থ্যসেবার উন্নয়ন ছাড়া কোনক্রমেই শিশুদের মৃত্যুহার রোধ, প্রসূতি মৃত্যুহার রোধ, স্বাস্থ্য ও পুষ্টিগত মান উন্নয়ন সম্ভব নয়। এক্ষেত্রে সরকার ও বেসরকারী পর্যায়ে বিভিন্ন প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবে।

সাম্প্রতিক ইউনিসেফ কর্তৃক প্রকাশিত "স্বাস্থ্যতথ্য" সম্পর্কিত একটি বই প্রকাশিত হয়েছে যা শিশুদের বিকাশ, খাদ্যাভ্যাস, শিশুযত্ন ও পরিচর্যা সম্পর্কে কার্যকর ভূমিকা পালন করছে। লোক কাহিনীর মাধ্যমে রচিত বিভিন্ন ধরনের পুষ্টিবার্তা গ্রাম্য জনগোষ্ঠীর সচেতনতার ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করতে পারে। অধিক পুষ্টি ও অপুষ্টি উভয়ক্ষেত্রে অন্যান্য প্রতিরোধী ব্যবস্থার সঙ্গে বিশেষ ধরনের পুষ্টি ও স্বাস্থ্য শিক্ষা কার্যক্রম দরকার। প্রতিটি কার্যক্রমই জনগণের প্রয়োজন অনুসারে প্রণয়ন করতে হবে। উদাহরণস্বরূপ, গর্ভবতী ও প্রসূতি মায়েদের ক্ষেতে-খামারের ভাল খাদ্য উৎপাদনের পদ্ধতি শিক্ষা যথাযথ নয়, তার পরিবর্তে পরিবারের জন্য সুষম খাদ্য প্রস্তুত, রন্ধনপ্রণালী সম্পর্কে প্রশিক্ষণ যেমন অধিকতর কার্যকর তেমনিভাবে গ্রামে পুরুষ সদস্যদের খাদ্য উৎপাদনের কৌশলের সাথে পুষ্টি শিক্ষা একটি গুরুত্বপূর্ণ কৌশল হিসেবে নির্ধারণ করা যেতে পারে। আবার বাল্যবিবাহ এবং অল্প বয়সে গর্ভবতী হওয়া দুই-ই মা ও নবজাতক শিশু উভয়ের জন্যে স্বাস্থ্য ও পুষ্টি এবং বেড়ে ওঠার ক্ষেত্রে ক্ষতিকর। তাই এসব বিষয়ে বয়স্ক শিক্ষা, প্রাইমারী স্কুল এবং উপানুষ্ঠানিক প্রাথমিক শিক্ষা কেন্দ্রগুলোর মাধ্যমে সচেতনতা আনয়ন করা প্রয়োজন। পরিশেষে বলা যায় যে, উন্নয়নশীল দেশের জনগণের স্বাস্থ্য, পুষ্টি, সেবা, যত্ন,

মাতৃস্বাস্থ্য, পরিবার পরিকল্পনা ইত্যাদির জন্য সঠিক কোন নির্দিষ্ট কৌশল নেই, তাই একাধিক কার্যক্রম গ্রহণের অভিজ্ঞতার মাধ্যমে অবিরাম প্রচেষ্টা চালিয়ে যাওয়া আবশ্যক।

## তথ্য নির্দেশিকা


১. হোসেন, একরাম (১৯৯৮) *''শিশুর বাঁচার অধিকার''* উন্নয়ন পদক্ষেপ লালমাটিয়া ৩/৪ ব্লক ডি, ঢাকা, পৃষ্ঠা-৪০।

২. হক মাহ্‌বুব উল, (১৯৯৭) *''দক্ষিণ এশিয়ার মানব উন্নয়ন রিপোর্ট''* ইউনিভার্সিটি প্রেস লিমিটেড, পৃষ্ঠা ৪৮ ও ৪৯।

৩. আবদুল্লাহ এম (১৯৮৯) *''বাংলাদেশের পুষ্টি সমস্যা ঃ একটি প্রায়োগিক পর্যালোচনা''* ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয় পত্রিকা ৩৩তম সংখ্যা, ফেব্রুয়ারী পৃঃ ১১৫

৪. মাহ্‌বুব উল হক, প্রাগুক্ত, পৃঃ ৪৯ এবং "Bangladesh National Nutrition Survey INFIS, 1995-96.

৫. Hellen keller International (HKI) (1995). "Nutritional Surveillance Project : Vitamin A Capsule Distribution Compaign. Dhaka Helen keller International. Dhaka-Bangladesh.

৬. BBS and UNICEF, (1996-1997) "Multiple Indicator Cheatr Survey (NICS).

৭. P. A damson (1996) 'A Failure of Imagination (in the progress of nations) 1996 UNICEF.

৮. S. N. Miitra and elal (1997) "Bangladesh Demographic and Health Survey Report" National Institute of population Research and Training (NIPORT), Dhaka. Bangladesh P : 111. and Sample vital Registration System BBS (1996 Figure Provisional)

৯. International Center for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDRB). 1997. Glimpse 19:2. Dhaka : ICDDRB.

১০. Basui, Abdullah Hit; Robert E. Black, Shamsuel Arifeen, okenneth hill, S. N. Mitra and Ahmed Al-Sabir 1997. *"Cause of childhood deaths in Bangladesh : Result of nation-wide verbal autopsy study"* Special Research Report, Dhaka. International Center for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh.

১১. S. N. Mint and Et al "Bangladesh Demographic and Health Survey-1997 এবং দি জার্নাল অব সোস্যাল ডেভেলপমেন্ট, জুলাই'৯২ পৃঃ ১৮।

১২. হোসেন, একরাম (১৯৯৮) প্রাগুক্ত, পৃষ্ঠা ৪১।

১৩. সাপ্তাহিক বিচিত্রা, ২৬শে আগষ্ট, ৯৪ পৃ-২৭।

১৪. Government of Bangladesh "The Fifth Five-year pland 1997-2002, P " 459