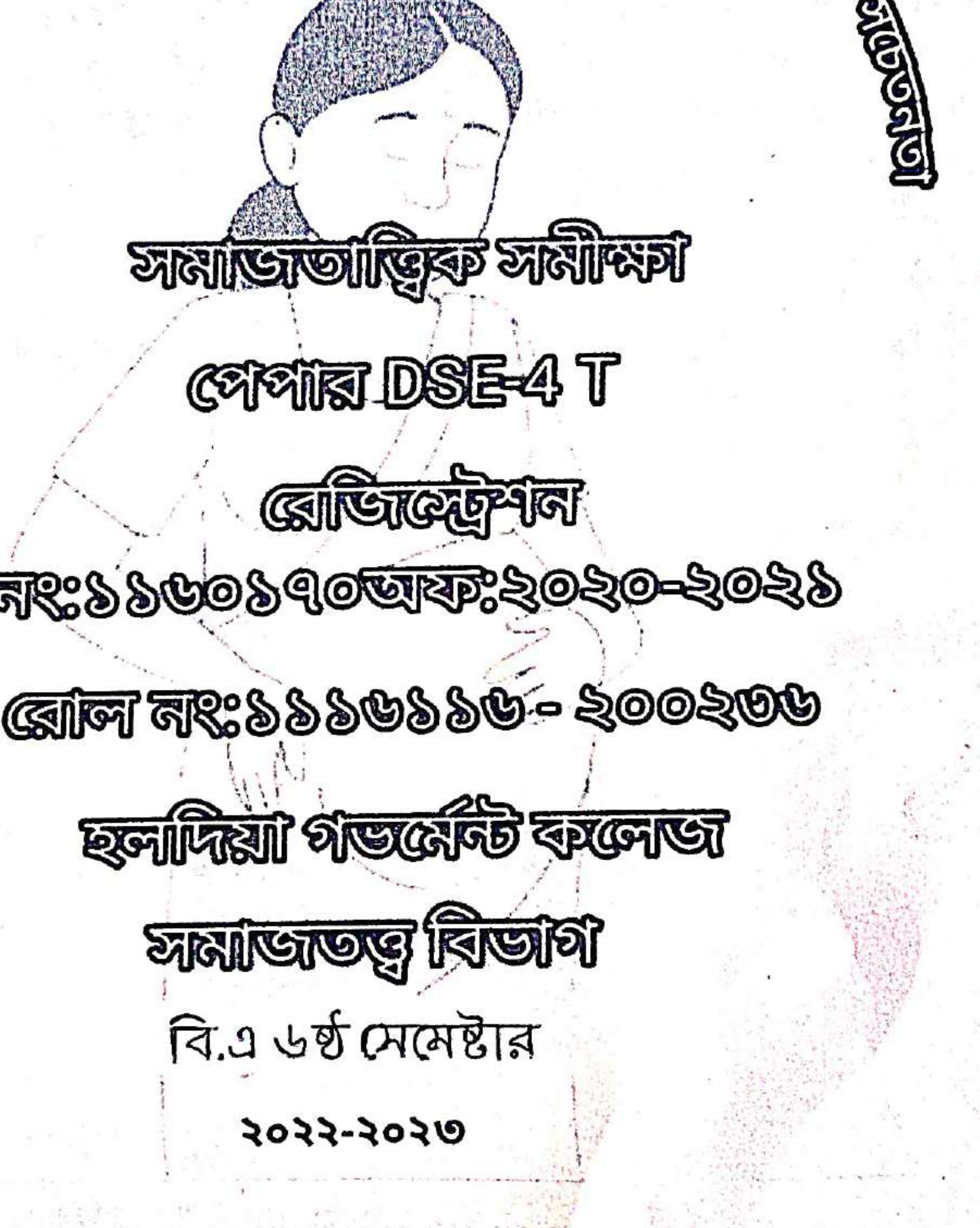
মুরাদপুর গ্রামের মহিলাদের গর্ভাবস্থা ও প্রসূতিকলীন স্বাস্থ্য সম্পর্কে সচেতনতা



সমাজতাত্ত্বিক সমীক্ষা

পেপার DSE-4 T

রেজিস্ট্রেশন

নং:১১৬০১৭০অফ:২০২০-২০২১

রোল নং:১১১৬১১৬ - ২০০২৩৬

হলদিয়া গভর্মেন্ট কলেজ

সমাজতত্ত্ব বিভাগ

বি.এ ৬ষ্ঠ সেমেষ্টার

২০২২-২০২৩

ঘোষণাপত্র

আমি এতদ্বারা ঘোষণা করছি যে, মুরাদপুর গ্রামের মহিলাদের সর্বাবস্থা এবং প্রসূতিকালীন স্বাস্থ্য সম্পর্কে সচেতনতা শীর্ষক যে গবেষণা কাজটি উপস্থাপনা করেছি, যা সমাজতত্ত্বে স্নাতক ডিগ্রী লাভ করার একটি আংশিক প্রয়োজনীয়তা সিদ্ধ করে। তা আমি মহাশয়া - শ্রীমতি ডঃ অনন্যা চ্যাটার্জী-র অধীনে সম্পন্ন করেছি। এর সঙ্গে আমি আরো অঙ্গীকার করছি যে এই কাজটি সম্পূর্ণ মৌলিক এবং এই কাজটি আংশিক অথবা সম্পূর্ণভাবে অতীতে কোথাও উপস্থাপনা করিনি বা ভবিষ্যতেও করবো না।।

Chatterjee
শিক্ষিকার স্বাক্ষর

Shilpa Das
পরীক্ষার্থীর স্বাক্ষর

ডঃ অনন্যা চট্টোপাধ্যায়
শিক্ষিকার নাম

শিল্পা দাস
পরীক্ষার্থীর নাম

তারিখ : ৯/৮/২০
স্থান : হলদিয়া

সূচীপত্র

অধ্যায়	বিষয়	পৃষ্ঠা ক্রমাঙ্ক
প্রথম	ভূমিকা	১-১৫
দ্বিতীয়	মুদ্রিত সাহিত্যের পর্যালোচনা	১৬-১৮
তৃতীয়	গবেষণার পদ্ধতি	১৯-২৫
চতুর্থ	গবেষণার উদ্দেশ্য	২৬
পঞ্চম	তথ্য বিশ্লেষণ	
[ক]	খাদ্য ও মাতৃস্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্যের বিশ্লেষণ	২৭-২৯
[খ]	সামাজিক জনসংখ্যার তথ্যের বিশ্লেষণ	৩০-৭০
	উপসংহার	৭১-৭২
	সংযোজন	
	গ্রন্থপঞ্জী	৭৩-৭৪
	চিত্র সারণী	৭৫
	সাক্ষাৎকার অনুসূচি	৭৬-৮১

কৃতজ্ঞতা স্বীকার

বিভিন্ন ব্যক্তিদের সাহায্য ও সহযোগিতা ছাড়া আমার পক্ষে সম্ভব হত না এই গবেষণাটিকে এগিয়ে নিয়ে যাওয়া। হলদিয়া সরকারি মহাবিদ্যালয়ের অধ্যক্ষ ডঃ দীপক কান্তি ত্রিপাঠী মহাশয় এই গবেষণাটি করার ক্ষেত্রে যেভাবে সাহায্য করেছেন তার জন্য আমি তাকে আন্তরিকভাবে ধন্যবাদ জ্ঞাপন করি। আমি হলদিয়া সরকারি মহাবিদ্যালয়ের সমাজতত্ত্ব বিভাগের অধ্যাপিকা মহাশয়া শ্রীমতী ডঃ অনন্যা চট্টোপাধ্যায়কে ধন্যবাদ জানাই সম্পূর্ণ গবেষণাটিতে সাহায্যদান করার জন্য। এছাড়াও সমাজতত্ত্ব বিভাগের অধ্যাপক ডঃ হাসিবুল রহমান মহাশয় এবং অধ্যাপিকা মৌমিতা রায় মহাশয়াকে এই গবেষণার জন্য যেভাবে সাহায্য প্রদান করেছেন তার জন্য ধন্যবাদ জ্ঞাপন করছি। সবশেষে উত্তরদাতাদের ধন্যবাদ জানাই আন্তরিকভাবে যাদের ছাড়া এই গবেষণাটি গড়ে তোলা সম্ভবপর হয়ে উঠত না। তাছাড়া লাইব্রেরির লাইব্রেরিয়ানকে ধন্যবাদ জ্ঞাপন করি যাদের সাহায্যে কিছু বই-য়ের মাধ্যমে তথ্য সংগ্রহ করতে পেরেছি। এছাড়াও সহপাঠী বন্ধুদের সহযোগিতা ছাড়া তথ্যগুলিকে একত্রিত করা সম্ভবপর হয়ে উঠত না, সুতরাং তাদের-কেও আন্তরিক ভালোবাসা ও ধন্যবাদ জানাই।।

সবশেষে, পরিবারের পিতা-মাতা ও সদস্যদের ধন্যবাদ জানাই, যারা এই গবেষণাটি গড়ে তুলতে মানসিক, অর্থ ও সহযোগিতা দান করেছেন। এদের প্রত্যেকের সহযোগিতা ছাড়া এই গবেষণাটি রূপায়িত করা সম্ভব ছিল না।।

ইতি,
বিপাশা দাস

ভূমিকা :

বহুকাল পূর্ব থেকেই সাবেকি ভারতীয় সমাজকে বোঝার ক্ষেত্রে 'গ্রাম' সমাজ অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। কারণ প্রকৃত ভারত বলতে যা বোঝায় তার প্রতিচ্ছবি গ্রামসমাজেই খুঁজে পাওয়া যায়। সমাজতাত্ত্বিক এবং সামাজিক নৃতাত্ত্বিকদের মতে গ্রামই ভারতের প্রতিনিধি, তাই ভারতের গ্রামসমাজকে অধ্যয়ন করলেই ভারতের সামাজিক ও সংস্কৃতিক জীবনকে উপলব্ধি করা সম্ভব বলে মনে হয়। M.N. Srinivas - এর মতে একটি গ্রাম অধ্যয়নের মাধ্যমে ভারতের বেশির ভাগ অংশে যে সামাজিক প্রক্রিয়া ও সমস্যাগুলি আছে তাদের সেগুলিকে উপলব্ধি করা সম্ভব হবে বলে তিনি মনে করতেন। এই কারণে ভারতের গ্রামসমাজ গবেষণায় সম্পাদন করেছেন। তিনি ভারতীয় জাতীয়তাবাদীর সময় থেকে বিভিন্ন জাতীয়তাবাদী নেতাদের দৃষ্টিভঙ্গি গ্রামগুলি বিশেষ গুরুত্বপূর্ণ করেছেন। ভারতের স্বাধীনতা আন্দোলনের এই রকম তিন নেতা গান্ধিজী, নেহেরু এবং আম্বেদকরের চিন্তাভাবনায় জাতীয়তাবাদী ভারতের গ্রাম সমাজ গুলো বিশেষভাবে গুরুত্ব পেয়েছে।

গান্ধিজীর পর ভারতের জাতীয়তাবাদী আন্দোলনের অন্যতম প্রভাবশালী ব্যক্তি হলেন জহরলাল নেহেরু। নেহেরু গান্ধিজীর নেতৃত্বে কাজ করেছেন এবং গান্ধিজীর প্রতি তার ভালোবাসা, শ্রদ্ধাও ছিল যথেষ্ট। নেহেরু কখনোই গ্রামের সাথে নিজের পরিচিতিকে যুক্ত করেননি। তিনি শহরে জন্মগ্রহণ করেছিলেন এবং শহরেই বড় হয়েছেন। রাজনীতিতে তিনি অংশগ্রহণ করেন, সেখান থেকে ভারত সম্পর্কে তার দৃষ্টিভঙ্গি বদলে যায়। সাবেকি ভারতীয় সমাজ সম্পর্কে নেহেরুর দৃষ্টিভঙ্গি আমরা লক্ষ্য করি। বিজ্ঞান সম্মত দৃষ্টিভঙ্গি থেকে তিনি প্রাচীন ভারতের সমাজ কাঠামোকে পর্যালোচনা করেছিলেন। এই বিজ্ঞানসম্মত দৃষ্টিভঙ্গির মাধ্যমে তিনি গ্রাম ও ভারতের জাত ব্যবস্থাকে বিশ্লেষণ করেছেন। এবং তিনি স্পষ্ট মন্তব্য করেছেন যে প্রাচীন ভারতীয় সমাজ কাঠামোতে তিনটি মূল উপাদান লক্ষ্য করা যায়। ভারতের সাবেকি গ্রাম সমাজ সম্পর্কে নেহেরুর দৃষ্টিভঙ্গি সম্পূর্ণ বিপরীতবাদী প্রকৃতির। তিনি বলেছেন গ্রামের বিভিন্ন জাতের কাজগুলি অন্যান্য জাতের কাজের সাথে সম্পর্কিত। গান্ধিজীর মতে নেহেরু কিন্তু গ্রামগুলিকে প্রজাতান্ত্রিক বলে মান্য করেননি। নেহেরু ঔপনিবেশিক

প্রশাসক ও পাশ্চাত্য লেখকদের সাবেকি ভারতীয় সমাজ সম্পর্কে লেখালেখিগুলি কোনো রকম সমালোচনা ছাড়াই পাঠ করেছিলেন। এই বিভ্রান্তি প্রতিফলিত হয়েছে প্রাচীন কৃষিভিত্তিক অর্থনীতি সম্পর্কে তার বক্তব্যের মধ্যে দিয়ে। গ্রাম সমাজ সম্পর্কে গান্ধীজী ও নেহেরুর দৃষ্টিভঙ্গির মধ্যে পার্থক্যটি চোখে পড়লো তা হলো -

“গান্ধীজী যেখানে গ্রামীণ জীবনের পুনরুত্থানের উপর জোর দেন - নেহেরু সেখানে আধুনিক প্রযুক্তির প্রয়োগ ঘটিয়ে এবং ভূমি সম্পর্কের পরিবর্তন ঘটিয়ে ভারতের গ্রামগুলির সামাজিক ও অর্থনৈতিক কাঠামোর পরিবর্তনের কথা বলেন”। নেহেরুর মনে করতেন কৃষকদের দুর্দশার কারণ ব্রিটিশরাই দায়ী। স্থানীয় জমিদাররাও ছিল দুর্দশার মূল কারণ। এই কারণে তিনি স্বাধীন ভারতের জমিদারি ও জায়গিরদারি প্রথার বিলোপ মধ্যস্বত্বভোগীদের বিলোপ, ভূমি সংস্কারের উপর জোর দিয়েছিলেন। নেহেরুর মতে গ্রামগুলিতে কৃষির নিরাপত্তাকে বাঁচিয়ে তুলতে হবে। কারণ আধুনিক শিল্প সমস্ত মানুষের জীবন-জীবিকাকে সুনিশ্চিত করতে পারে না। আবার সকলের কর্মসংস্থানও করতে পারে না। তাই এই হস্তশিল্পও কৃষিশিল্পই তাদের জীবিকা নির্বাহের ব্যবস্থা করতে পারে এবং পরিবারের জন্য অন্ন ও অর্থের যোগান করতে পারে। গান্ধীজী ও নেহেরু উভয়েই মনে করতেন গ্রামগুলিতে প্রথম কৃষির নিরাপত্তা ও হস্তশিল্প রক্ষা করা দরকার।

গান্ধীজী গ্রামগুলির স্বয়ংসম্পূর্ণ অর্জনের কথা ভেবেছিলেন, এবং ঔপনিবেশিক শাসনের প্রতীক আধুনিক শহরগুলির বিরোধিতা করেছিলেন। কৃষিক্ষেত্রে সাবেকি পদ্ধতির উপর গান্ধীজী যেখানে গুরুত্ব দিয়েছিলেন, সেখানে নেহেরু আধুনিক প্রযুক্তির প্রয়োগের কথা বলেছিলেন। গান্ধীজীর বিপরীতে নেহেরু বলেছিলেন যে আধুনিক প্রযুক্তি কৃষকদের জন্য কল্যাণকর।

আম্বেদকর দলিত দৃষ্টিভঙ্গিতে ভারতের গ্রাম সমাজকে ব্যাখ্যা করেছেন। তিনি ভারতের গ্রামগুলির যে বাস্তব চিত্রটি তুলে ধরেছিলেন তা গান্ধীজী ও নেহেরুর থেকে সম্পূর্ণ ভিন্ন, তিনি দলিত মনে করতেন গ্রামগুলিতে সামাজিক বঞ্চনা ও শোষণ এবং অস্পৃশ্যতার শিকার হতে নিম্নজাতের দলিত সম্প্রদায়গুলি। অস্পৃশ্যতার যেমন গ্রামের বাইরে বের করে দেয় তেমনি উচ্চজাতের মানুষেরা বিভিন্ন ধর্মীয় উৎসব অনুষ্ঠানেও তাদের অংশগ্রহণ করতে বাধা দেয়। তাই তিনি বলেছেন অস্পৃশ্যতার গ্রামের উচ্চজাত কর্তৃক শোষিত ও অত্যাচারিত হয়। এমনকি অস্পৃশ্যতারা কাজ করে উপযুক্ত পারিশ্রমিকও দাবি

ধরতে পারে না। তাদের জীবন-জীবিকা নির্বাহের একমাত্র উপায় হল গ্রামের হিন্দুজাতের মানুষের কাছে ভিক্ষা করা। তিনি বলেছেন ভারতের এই গ্রাম প্রজাতন্ত্র হল হিন্দুদের। আবার এই হিন্দুরাই গ্রাম নিয়ে গর্ব অনুভব করে। সেখানে অস্পৃশ্যদের কোনো স্থান নেই। 'এই প্রজাতন্ত্রে কোনো গণতন্ত্র নেই', 'নেই কোনো স্বাধীনতা', 'নেই কোনো সৌভ্রাতৃত্বের স্থান'। ভারতের গ্রাম প্রকৃত প্রজাতন্ত্রকে অস্বীকার করে। তাই আম্বেদকর তার মতে গ্রামীণ এই প্রজাতন্ত্র হল অস্পৃশ্যদের উপর উচ্চজাতের অনির্দেশ্যের এক সাম্রাজ্য, যেখানে অস্পৃশ্যদের কোনো স্থান নেই। গ্রামে তাদের কোনো অধিকার নেই এবং স্বাধীনতা নেই বলে তিনি মনে করেন।

সবশেষে, বলা হয় গান্ধীজী, নেহেরু ও আম্বেদকর এই তিন নেতা আলাদা আলাদা মত প্রকাশ করেছেন গ্রাম সম্পর্কে। যেখানে তারা গ্রামের কথা তুলে ধরেছেন। এবং নিজেদের মতামত প্রকাশ করেছেন। মূলত এই দৃষ্টিকোণ থেকে ভারতের গ্রামগুলিকে পর্যালোচনা করে দেখিয়েছেন, যে নিম্নবর্ণের মানুষেরা গ্রামীণ সমাজের বাইরে অবস্থান করে এবং গ্রামের হিন্দুজাত কর্তৃক অবদমিত নিপীড়িত ও শোষিত হয়।

"১৯৭৮ সালে প্রথম চাকরি পেয়েছিলাম রানাঘাটের আমবাগান 'কুপার্স ক্যাম্প' সংলগ্ন 'চেশায়ার হোমে', চিঠি পেয়ে যখন খুঁজে নিতে গেলাম কুপার্স ক্যাম্পের কর্মরত ভদ্রলোক ডাক্তার আমাকে বলেছিলেন এখানে আসতে গেলে ডাক্তারি ভুলে আসতে হবে, আর কেউ না এলেও চলে, আর তিনি তো থাকছেনই না মর্ত্য গ্রহের একজন লোকেও আর মাইনের চাকরিতে প্রায় পাকা"।—

ভারতের মত একটি বিকাশশীল এবং সমৃদ্ধ দেশে নারীর স্বাস্থ্যের কেন এত করুণ ছবি? এর কি কোনো প্রতিকার করা যায় না? ভারতের মত বিপুল জনসংখ্যার দেশে, বিপুল সংখ্যক দরিদ্র মানুষ যার ২১.৩ শতাংশ নারী স্বাস্থ্যের একটি বড় কারণ দারিদ্র্য যার মূলে আছে অর্থনৈতিক বৈষম্য তথা মানুষের মৌলিক প্রয়োজন বা চাহিদা গুলি মেটানোর ক্ষেত্রে রাষ্ট্র দ্বারা সৃষ্ট অসমতা। অন্যদিকে মেয়েদের নিজ স্বাস্থ্যের বিষয়টি একটু ব্যাপক, এত দেওয়া-সওয়া যে এ নিয়ে কারও মনে খোদ মেয়েদের মনেই কোনো প্রশ্ন থাকে না। জিজ্ঞাসা করলে তারা হয়তো কপালের দোষ দেয়। কিন্তু চোখ-কান খোলা রেখে খুঁজলে কারণগুলো অনায়াসে দেখা যায়। সেগুলির বিরুদ্ধে লড়াইও করা যায়। শুধু দারিদ্রের কারণে নারীদের স্বাস্থ্য এত দুর্বল নয়।

নারীর দুর্বল স্বাস্থ্যের পিছনে তার প্রতি বিভেদ কারণ হল পুরুষতন্ত্র, লিঙ্গবৈষম্য। সরকারি অসংখ্য উদাহরণ আছে আর তার প্রত্যেকটি ক্ষেত্রেই মেয়েটির বা মহিলাদের যে অনাচার বৈষম্য, পরাধীনতা তার কারণ সে মেয়ে। কেন্দ্রীয় পরিবার ভিত্তিক সমীক্ষা থেকে পাওয়া পরিবারকল্যাণ দপ্তর পরিচালিত জেলাস্তরের পরিসংখ্যান স্পষ্টতই এই সত্যি তুলে ধরেছে। এই বৈষম্যমূলক দৃষ্টিভঙ্গি সাধারণ কম শিক্ষিত মানুষদের মধ্যে যেমন ব্যাপক তেমনি সরকার তথা সব স্তরের প্রতিষ্ঠানের আধিকারিক ও পরিচালকরাও তার থেকে মুক্ত নন। মুক্ত নন মহিলারাও। নারীর প্রতি বৈষম্যমূলক দৃষ্টিভঙ্গির এক চরম প্রকাশ পরিবারে পরিকল্পনার ক্ষেত্রে। একদিকে যেমন নারীর সন্তান ধারণ মাতৃত্ব দিয়ে তার প্রতি মানুষের বিশেষ ক্ষমতাকে সামাজিক দিক থেকে মর্যাদা না দিয়ে তাকে অবজ্ঞা করা হয়। অন্যদিকে গর্ভধারণ করার ব্যাপারে নারীর ইচ্ছা বা শারীরিক ক্ষমতা বা অন্য স্বাধীনতার কর্তব্যের মর্যাদা দেওয়া হয় না। আজকের প্রযুক্তিবাদী আগ্রাসনের যুগেও কিন্তু এই বৈষম্য দূর হয়নি বলা যায় কমা হয়নি। প্রযুক্তিবাদী একদিকে দারিদ্র্য আর অন্যদিকে এই পুরুষতান্ত্রিক সামাজিক দুর্বলতাকে সুযোগ করে মেয়েদের শরীরকে ব্যবহার করেছে। বিভিন্ন গর্ভ নিরোধক হরমোন ওষুধ ইত্যাদির পরীক্ষা-নিরীক্ষা চালাবার জন্য ব্যবহার করেছে ক্ষমতা নিংড়ে নিয়ে পাহাড় প্রমাণ মুনাফা অর্জন করার জন্য।

আমরা জানি আমাদের রাষ্ট্রনীতিতে এই দ্বিচারিতা আছে একদিকে নারীর স্বাস্থ্যের কথা বলা অন্যদিকে ক্ষতিকারক সমস্ত পণ্যকে বাজারে দখল করতে দেওয়া। তাই সচেতন মানুষদের, মেয়েদের এগিয়ে আসতে হবে ব্যাপক ভাবে সচেতনতা তৈরীর জন্য। আজ তাই এ বিষয়ে এক সার্বিক উদ্যোগ নেওয়া খুব দরকার। যার একদিকে থাকবে বিদ্যালয় স্তর থেকে স্বাস্থ্য সম্পর্কে সমাজ তথা মেয়েদের মধ্যে ইতিবাচক চিন্তাভাবনার বীজ বপন করা, অন্যদিকে নারীর বিরুদ্ধে পুরুষতান্ত্রিক ও পুঁজিবাদী সকল ধ্বংসাত্মক ভাবনা ও ক্রিয়াকলাপের বিরুদ্ধে আওয়াজ ওঠানো। সুতরাং, গ্রামীণ নারী আর শিশু যে এসব কেন্দ্র থেকে কতটা স্বাস্থ্য পরিষেবা পায় তা বোঝা যায়।। এরূপ নারীর স্বাস্থ্য ও সুরক্ষার সাথে ওতপ্রোতভাবে জড়িয়ে আছে।।।

স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতা সমাজবিজ্ঞান সমাজ ও স্বাস্থ্যের মধ্যে মিথস্ক্রিয়া অধ্যয়ন। বিশেষ করে সমাজবিজ্ঞানীগণ পরীক্ষা করে দেখেন যে সামাজিক জীবন কিভাবে অসুস্থতা ও মৃত্যুহারের হার এবং রোগাক্রান্তি ও মৃত্যুর হার সমাজের উপর প্রভাব ফেলে। এই অধ্যয়নটি সমাজ, কাজ, শিক্ষা এবং ধর্মের পাশাপাশি রোগ এবং অসুস্থতার কারণগুলি, বিশেষ ধরনের যত্ন চাওয়ার কারণগুলি এবং রোগীর সম্মতি এবং অসম্পূর্ণতা সম্পর্কিত সামাজিক সংস্থার সাথে সম্পর্কিত স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতা সম্পর্কে দেখায়। স্বাস্থ্য বা স্বাস্থ্যের অভাব, একসময় একেবারে জৈবিক বা প্রাকৃতিক অবস্থার জন্য দায়ী। সমাজতাত্ত্বিকরা দেখিয়েছেন যে রোগের বিস্তার ব্যক্তি, জাতিগত ঐতিহ্য বা বিশ্বাসের আর্থ-সামাজিক অবস্থার উপর এবং অন্যান্য সাংস্কৃতিক কারণে ব্যাপকভাবে প্রভাবিত হয়। যেখানে একটি গবেষণায় রোগের পরিসংখ্যান জড়িত হতে পারে। একটি অসুস্থতার একটি সমাজতাত্ত্বিক দৃষ্টিকোণ কি বহিরাগত কারণের অনুসন্ধান যারা অসুস্থ হয়ে রোগ সংক্রমিত কারণে অন্তর্দৃষ্টি প্রদান করবে,

স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতার সমাজবিজ্ঞান বিশ্লেষণের একটি বিশ্বব্যাপী দৃষ্টিভঙ্গির প্রয়োজন কারণ সারা বিশ্ব জুড়ে সামাজিক কারণগুলির প্রভাব ভিন্ন হয়। ঐতিহ্যগত ঔষধ, অর্থনীতি, ধর্ম এবং সংস্কৃতির উপর ভিত্তি করে রোগের ধরণগুলির পরীক্ষা করে এবং তুলনা করা হয়, যা প্রতিটি অঞ্চলের জন্য নির্দিষ্ট। উদাহরণস্বরূপ: এইচআইভি/এইডস অঞ্চলের মধ্যে তুলনার একটি সাধারণ ভিত্তি হিসাবে কাজ করে। যদিও এটি নির্দিষ্ট এলাকায় অত্যন্ত সমস্যাযুক্ত, অন্যদিকে এটি জনসংখ্যার একটি অপেক্ষাকৃত ছোট শতাংশ প্রভাবিত করেছে।

বিভিন্ন সমাজে স্বাস্থ্য ও অসুস্থতাগুলির বণ্টন ও সময়ের মধ্যে, এবং নির্দিষ্ট সমাজের বর্ণগুলির মধ্যে স্বতন্ত্র পার্থক্য রয়েছে। ঐতিহাসিকভাবে শিল্পায়িত সমাজের মধ্যে দীর্ঘমেয়াদি দারিদ্র্য হ্রাস পেয়েছে, এবং গড় আয়ুষ্কাল শিকারী-সংগ্রাহক সমাজের তুলনায় গড় প্রত্যাশা উল্লেখযোগ্যভাবে উন্নত হয়। স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থায় বিশ্বব্যাপী পরিবর্তনের প্রবণতাগুলি স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতার সমাজবিজ্ঞান গবেষণা এবং বোঝার জন্য একটি আগের তুলনায় আরো বাধ্যতামূলক করে তোলে। পরিবর্তনশীল সামাজিক এবং দৈনিক জীবনের মধ্যে স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতার সমস্যাটি খুব জটিল হতে পারে। অগ্রণী তথ্য প্রত্যাবর্তনের কারণে নিদর্শনগুলি বিবর্তিত হয়, স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতার সমাজবিজ্ঞান অধ্যয়নকে ক্রমাগত আপডেট করা প্রয়োজন।

[illegible]

[illegible]

[illegible]

এবং এখনও অসুস্থ হতে পারি। আমাদের সামাজিক কাঠামোও আমাদের স্বাস্থ্যকে প্রভাবিত করে বলে সমাজবিজ্ঞানীরা এই সম্ভাবনাগুলির কোনোটিকেই অস্বীকার করেন না। তারা কেবল আমাদের মনে করিয়ে দেয় যে আমাদের সামাজিক পটভূমিও একটি গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে।

একটি সমাজতাত্ত্বিক পদ্ধতি জোর দেয় যে একটি সমাজের সংস্কৃতি স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতার ও ওষুধের প্রকৃতি সম্পর্কে তার বোঝার গঠন করে। বিশেষ করে সংস্কৃতি একটি সমাজের ধারণাকে প্রভাবিত করে যে ব্যক্তি সুস্থ বা অসুস্থ হওয়ার অর্থ কী, যে কারণে ব্যক্তি অসুস্থতাকে দায়ী করে যে উপায়ে ব্যক্তি তার সদস্যদের সুস্থ রাখতে এবং যারা অসুস্থ তাদের নিরাময় করার চেষ্টা করে, তারপরে একটি সমাজের সংস্কৃতি সম্পর্কে জানা আমাদের বুঝতে সাহায্য করে যে ব্যক্তি তার স্বাস্থ্য এবং নিরাময়কে উপলব্ধি করে। এটি কেবল দ্বারা একটি সমাজের স্বাস্থ্য এবং ওষুধ সম্পর্কে জানা আমাদের সংস্কৃতির গুরুত্বপূর্ণ দিকগুলি বুঝতে সাহায্য করে। এই বিষয়ে সংস্কৃতির একটি আকর্ষণীয় উদাহরণ দেখা যায় জাপানের অঙ্গ প্রতিস্থাপনের প্রতি বিদ্বেষ যা অন্যান্য ধনী দেশগুলির তুলনায় সেই দেশে অনেক কম সাধারণ। জাপানি এবং পরিবারগুলি মৃতদেহের দেহ বিকৃত করতে অপছন্দ করে, একসাথে ময়নাতদন্তের জন্যও যা অন্যান্য তুলনায় জাপানে অনেক কম সাধারণ। এই সাংস্কৃতিক দৃষ্টিভঙ্গি সম্ভবত তাদের পরিবারের কোনো সদস্য মারা গেলে অঙ্গ প্রতিস্থাপনের অনুমতি প্রত্যাখ্যান করতে প্ররোচিত করে এবং অনেক জাপানি নিজেদেরকে সম্ভাব্য অঙ্গ দাতা হিসাবে মনোনীত করতে অস্বীকার করে।

সময়ের সাথে সাথে সংস্কৃতির পরিবর্তনের সাথে সাথে এটিও সত্য যে স্বাস্থ্য এবং ওষুধের ধারণাও পরিবর্তিত হতে পারে। সমাজতাত্ত্বিক গবেষণা করে যে এক শতাব্দী আগে কীর্ত মেডিকেল স্কুলের চিকিৎসকরা মহিলাদের কলেজে যাওয়ার পরামর্শ দিয়েছিলেন কারণ উচ্চ শিক্ষার চাপ তাদের মাসিক চক্রকে ব্যাহত করবে। এই অযৌক্তিক উপদেশটি সময়ের যৌনতাকে প্রতিফলিত করেছিল এবং আমরা একটি স্পষ্ট ধারণা পাই সমাজের সংস্কৃতি পরিবর্তনের সাথে সাথে সুস্থ বা অসুস্থ হওয়ার অর্থ কী তা পরিবর্তিত হতে দেখি, এবং একটি সমাজের সংস্কৃতি এই বিভিন্ন উপায়ে গুরুত্বপূর্ণ কিন্তু এর সামাজিক কাঠামো বিশেষ করে এর অর্থনৈতিক উন্নয়নের স্তর এবং সরবরাহ করে এবং স্বাস্থ্য সম্পর্কে সচেতনতার পরিমাণও তাই হয়।

একটি সমাজের সংস্কৃতি এই বিভিন্ন স্বাস্থ্যপদ্ধতি চিন্তা এর সামাজিক কাঠামো বিবেচনা করে যে অর্থনৈতিক উন্নয়নের স্তর এবং খাদ্য-বস্ত্র সরবরাহে সরকারের সম্পৃক্ততার পরিমাণও তাই। আমরা দেখতে পাব ধনী সমাজের তুলনায় দরিদ্র সমাজের স্বাস্থ্য অনেক খারাপ। একই সময়ে ধনী সমাজের নিজে স্বাস্থ্য ঝুঁকি এবং স্বাস্থ্য সমস্যা রয়েছে; যেমন হৃদরোগ এবং ডায়াবেটিসের রোগ যা দরিদ্র সমাজগুলিতে ছাড়িয়ে গেল। স্বাস্থ্য-যত্ন সরবরাহে সরকারের সম্পৃক্ততার মাত্রাও গুরুত্বপূর্ণ যেমনটি আমরা দেখতে পাব। মার্কিন যুক্তরাষ্ট্র বেশ কয়েকটি স্বাস্থ্য সূচকে অনেক পশ্চিমা ইউরোপীয় দেশ থেকে পিছিয়ে আছে, কারণ পরবর্তী দেশগুলি মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের তুলনায় অনেক বেশি জাতীয় স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করে। যদিও অসুস্থতা প্রায়শই দুর্ভাগ্য বা খারাপ জিনের বিষয় তবুও আমরা ও সমাজে কাজ করি তা আমাদের অসুস্থ হওয়ার এবং থাকার সম্ভাবনাকে প্রভাবিত করে।

কার্যকরী দৃষ্টিকোণ থেকে - কার্যকারিতা সমাজের মসৃণ কার্যকারিতার জন্য সুস্বাস্থ্য এবং কার্যকর চিকিৎসা সেবা অপরিহার্য। রোগীদের অবশ্যই অসুস্থ ভূমিকা পালন করতে হবে যাতে তারা বৈধভাবে অসুস্থ হিসাবে বিবেচিত হয় এবং তাদের স্বাভাবিক দায়িত্ব থেকে অব্যাহতি পায়। চিকিৎসক রোগীর সম্পর্কটি শ্রেণীবদ্ধ - চিকিৎসক নির্দেশনা প্রদান করেন এবং রোগীকে সেগুলি অনুসরণ করতে পারে। দ্বন্দ্ব তত্ত্ব সামাজিক অসমতা স্বাস্থ্যের গুণমান এবং স্বাস্থ্যসেবার গুণমানকে চিহ্নিত করে। সুবিধাবঞ্চিত সামাজিক পটভূমির লোকেরা অসুস্থ হওয়ার এবং অপর্যাপ্ত স্বাস্থ্য সেবা পাওয়ার সম্ভাবনা বেশি। ঐতিহাসিকভাবে তাদের আয় বাড়ানোর জন্য চিকিৎসকরা ঔষধের অনুশীলনের নিয়ন্ত্রণ জোর চেষ্টা করেছেন এবং সামাজিক সমস্যাগুলিকে চিকিৎসা সমস্যা হিসাবে সংজ্ঞায়িত করেছেন, প্রতীকি মিথস্ক্রিয়াবাদ - স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতা হল সামাজিক নির্মাণ শারীরিক এবং মানসিক অবস্থার সামান্য বা কোনো বস্তুনিষ্ঠ বাস্তবতা নেই কিন্তু এর পরিবর্তে সুস্থ বা অসুস্থ অবস্থা হিসেবে বিবেচিত হয় শুধুমাত্র যদি সেগুলিকে সমাজ দ্বারা সংজ্ঞায়িত করা হয়, চিকিৎসকরা তাদের কর্তৃত্ব এবং চিকিৎসা জ্ঞান প্রদর্শনের জন্য পরিস্থিতি পরিচালনা করেন।

অনেক লোকের ভ্যাকসিন থেকে সম্ভাব্য নেতিবাচক পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া সম্পর্কে উদ্বেগ প্রকাশ করে। এই উদ্বেগগুলি শিশুর রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতাকে অতিরিক্ত বোঝার ভয় থেকে শুরু করে ভ্যাকসিনের দীর্ঘমেয়াদী পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া সম্পর্কে বিতর্কিত রিপোর্ট পর্যন্ত। একটি ভুল ধারণা হল যে ভ্যাকসিন নিজেই যে রোগের বিরুদ্ধে টিকা দিয়ে থাকে সেই রোগ হতে পারে। একটি ভুল ধারণা সাধারণভাবে প্রচারিত উদ্বেগ হল যে টিকা বিশেষত করে ক্রমবর্ধমান হারে ভ্যাকসিন অটিজমের সাথে যুক্ত। অটিজম সংযোগ বিশেষভাবে বিতর্কিত হয়েছে। 1998 সালে অ্যান্ড্রু ওয়েকফিল্ড নামে একজন ব্রিটিশ চিকিৎসক দ্য ব্রিটেনের ল্যানসেট জার্নালে, একটি গবেষণা প্রকাশ করেছিলেন যা ক্রমবর্ধমান ভ্যাকসিনকে অটিজমের সাথে যুক্ত করেছিল। প্রতিবেদনটি মিডিয়ার প্রচুর মনোযোগ পেয়েছে যার ফলে ব্রিটিশ টিকাদানের হার 1997 সালে 91 শতাংশ থেকে 2003 সালের মধ্যে প্রায় 80 শতাংশে নেমে আসে এবং পরবর্তীকালে হামের ক্ষেত্রে বৃদ্ধি পায়। ব্রিটিশ মেডিকেল জার্নালের একটি দীর্ঘ তদন্ত প্রমাণ করেছে যে কেবলমাত্র অটিজমের যোগসূত্র নেই কিন্তু ডক্টর ওয়েকফিল্ড তার দাবিকে সমর্থন করার জন্য মিথ্যা তথ্য দিয়েছেন। ডাঃ ওয়েকফিল্ডকে অপদস্থ করা হয়েছিল এবং তার লাইসেন্স কেড়ে নেওয়া হয়েছিল কিন্তু সন্দেহ এখনও অনেক পিতামাতার মনে থেকে রয়ে গেছে। বর্তমানে অনেক বাবা-মা এখনও এই অপ্রমাণিত MMR-অটিজম লিংক বিশ্বাস করেন এবং তাদের বাচ্চাদের টিকা দিতে অস্বীকার করেন। অন্যান্য পিতামাতারা ধর্মীয় বা ব্যক্তিগত বিশ্বাসের মতো বিভিন্ন কারণে টিকা না দেওয়া বেছে নেন। মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে একটি ছেলে যার বাবা-মা টিকা না দেওয়া বেছে নিয়েছিলেন বিদেশে ভ্রমণের সময় এই রোগের সংস্পর্শে এসেছিল এবং 11টি অতিরিক্ত হামের ঘটনা ঘটায় সংস্পর্শের জন্য টিকাবিহীন শিশুদের যার মধ্যে একজনকে হাসপাতালে ভর্তি করতে হয়েছিল। পেডিয়াট্রিক্সে প্রকাশিত একটি সমীক্ষা অনুসারে প্রাদুর্ভাবের জন্য সরকারী ক্ষেত্রে প্রতি নির্ণয়ের ক্ষেত্রে 10,376 খরচ হয়েছে। গবেষণায় আরও দেখা গেছে যে সংক্রামিত শিশুদের প্রাথমিকভাবে অটিকা দেওয়ার ঘটনাটি উচ্চ-আর্থ-সামাজিক অঞ্চলের বেসরকারি স্কুলে, পাবলিক চার্টার স্কুল এবং পাবলিক স্কুলের শিক্ষার্থীদের মধ্যে ঘটেছে, স্বাস্থ্য সামাজিক মহামারীবিদ্যার, রোগ, মানসিক স্বাস্থ্য, অক্ষমতা এবং চিকিৎসাকে অন্তর্ভুক্ত করে। সমাজবিজ্ঞানে নৈতিক ঘটনা হিসাবে বিবেচনা করা যায় না।

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO) এর মতে, স্বাস্থ্য হল সম্পূর্ণ শারীরিক, মানসিক এবং সামাজিক সুস্থতার একটি অবস্থা এবং কেবলমাত্র রোগ বা দুর্বলতার অনুপস্থিতি নয়। আপনার কাছে স্বাস্থ্য মানে কী? WHO সংজ্ঞা স্বাস্থ্যের সমসাময়িক সমস্যাগুলির সাথে কীভাবে সম্পর্কিত। আপনি কি বিশ্বাস করেন যে, কানাডিয়ান সমাজ অনেক লোককে ভুল প্রচার করছে। ঐতিহাসিকভাবে একটি রোগ হিসাবে বিবেচিত হয়েছিল কিন্তু এখন স্বাভাবিকতার একটি সীমার মধ্যে বিবেচনা করা হয়। এমন কিছু যা সম্প্রতি একটি রোগ হিসাবে পরিচিত হয়ে উঠেছে। যেখানে আগে একটি অলসতা বা চরিত্রের অন্যান্য ত্রুটির প্রমাণ বিবেচিত হয়েছিল। সমাজবিজ্ঞানীরা স্বাস্থ্যের একটি প্রধান তাত্ত্বিক দৃষ্টিভঙ্গির মাধ্যমে বিবেচনা করে এই বিষয়গুলিকে আরও সম্পূর্ণরূপে বুঝতে পারেন। কার্যকারী দৃষ্টিভঙ্গি হল একটি ম্যাক্রো-অ্যানালিটিক্যাল দৃষ্টিভঙ্গি যা বড় ছবিকে দেখায়, যেভাবে সমাজের সমস্ত দিক সমগ্রের অন্তর্ভুক্ত স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতার অবিচ্ছেদ্য অংশ তা ফোকাস করে। যারা কার্যকারী দৃষ্টিভঙ্গির মধ্যে কাজ করেছেন তাদের জন্য কীভাবে সুস্থ ব্যক্তিরা সমাজের স্থিতিশীলতার জন্য সবচেয়ে বেশি অবদান রাখতে পারে তার উপর ফোকাস করা হয়। [illegible] অসুস্থ ব্যক্তিদের সুস্থ অবস্থায় ফিরিয়ে আনার সবচেয়ে কার্যকর উপায় অনুসন্ধান করতে পারে।

স্বাস্থ্যের সামাজিক নির্মাণের সমাজবিজ্ঞান যদি সমাজের আচরণের প্রেক্ষাপট অধ্যয়ন হয়, তাহলে চিকিৎসা সমাজবিজ্ঞান হল মানুষ কীভাবে স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতা, রোগ এবং ব্যাধি এবং অসুস্থতা জয়ের জন্য স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত বিষয়গুলি পরিচালনা করে তার পদ্ধতিতে অধ্যয়ন করে। তাই চিকিৎসা সমাজবিজ্ঞানীরা স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতার শারীরিক, মানসিক এবং সামাজিক উপাদানগুলির অধ্যয়ন করে, এবং চিকিৎসা সমাজবিজ্ঞানীদের প্রধান বিষয়গুলি মধ্যে রয়েছে ডাক্তার-রোগীর সম্পর্ক, স্বাস্থ্যসেবার কাঠামো এবং আর্থ-সামাজিক, এবং কীভাবে সংস্কৃতি রোগ ও সুস্থতার প্রতি মনোভাবকে প্রভাবিত করে।

স্বাস্থ্যের সামাজিক নির্মাণের বাঁকগুলি অস্পষ্ট হলে মনে করা হয়, সর্বোপরি যদি একটি পরিমাপযোগ্য শারীরবৃত্তীয় সমস্যা হয় তবে সামাজিকভাবে রোগ গঠনের প্রশ্নই ওঠে না, স্বাস্থ্যের সামাজিক নির্মাণের বাঁকগুলি শারীরিক উদ্দেশ্যপ্রণোদিত ভাবে সংজ্ঞায়িত অবস্থাগুলির প্রতি দৃষ্টিভঙ্গির সামাজিক সাংস্কৃতিক দিকগুলির উপর জোর দেয়। সমাজবিজ্ঞানী Conrad and Barker (2010) এই বক্তায়

গত 50 বছরের উত্থানের প্রবীণ ব্যাখ্যাকারগুলি কোনার অন্য একটি বিশুদ্ধ কাঠামো অনুসরণ করেন। তাদের সংস্কৃতি ভিত্তিক উপাদিয়েজনামের অতীতে দেশের ব্যাখ্যাকারগুলিকে প্রশ্নবিদ্ধ করে অসুস্থতার সাংস্কৃতিক অর্থ অসুস্থতার দিকে অভিজ্ঞতার সামাজিক নির্মাণ এবং চিকিৎসা জ্ঞানের সামাজিক নির্মাণ করে।

অসুস্থতার সাংস্কৃতিক অর্থের অনেক চিকিৎসা সমাজবিজ্ঞানী দাবি করেন যে অসুস্থতার একটি জৈবিক এবং একটি পরীক্ষামূলক উপাদান উভয়ই রয়েছে এবং এই উপাদানগুলির একে অপরের থেকে স্বাধীনভাবে বিদ্যমান, আমাদের সংস্কৃতি, আমাদের জীববিজ্ঞান নয়, নির্দেশ করে যে কোন অসুস্থতাগুলি কলঙ্কজনক একটি নয়, কোনটি তার অক্ষমতা বলে বিবেচিত হয় এবং কোনটি নয়, এবং কোনটি প্রতিদ্বন্দ্বিতার যোগ্য বলে বিবেচিত হয়।

উদাহরণস্বরূপ, সমাজবিজ্ঞানী এরভিং গফম্যান বর্ণনা করেন যে কীভাবে সামাজিক কলঙ্ক ব্যক্তিদের সমাজে সম্পূর্ণরূপে গৃহীত হতে বাধা দেয়। অসুস্থতার প্রভাবই রোগীর উপর সবচেয়ে বেশি প্রভাব ফেলে এবং তিনি যে ধরনের যত্ন পান। অনেকে দাবি করে যে আমাদের সমাজে এবং এমনকি আমাদের স্বাস্থ্যসেবা প্রতিষ্ঠানগুলি কিছু রোগের বিরুদ্ধে বৈষম্য করে, যেমন- সামাজিক ব্যাধি; এইডস, যৌন রোগের এবং চর্মরোগ। এই রোগগুলির জন্য সুবিধাগুলি সার-পার হতে পারে। তাদের অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা এলাকা থেকে আলাদা হতে পারে বা একটি দরিদ্র পরিবেশে ছেড়ে দেওয়া হতে পারে। কলঙ্ক মানুষকে তাদের অসুস্থতার জন্য সাহায্য চাওয়া থেকে বিরত রাখতে পারে, প্রতি প্রয়োজনের চেয়ে খারাপ করে তোলে।

প্রতিদ্বন্দ্বিতামূলক অসুস্থতাগুলি হল যেগুলি কিছু চিকিৎসা পেশাদার দ্বারা প্রশ্নবিদ্ধ বা বাস্তব অস্তিত্ব কারক হয়, যেমন ফাইব্রোমায়ালজিয়া বা দীর্ঘস্থায়ী ক্লান্তি সিন্ড্রোমের মতো অবস্থাগুলি হয় সত্যিকারের অসুস্থতা হতে পারে বা শুধুমাত্র রোগীদের মাথায়, চিকিৎসা পেশাদারের মতামতের উপর নির্ভর করে। এই গতিশীলতা প্রভাবিত করতে পারে কিভাবে একজন রোগী চিকিৎসক চায় এবং সে কি ধরনের চিকিৎসা গ্রহণ করতে পারে। অসুস্থতার অভিজ্ঞতার সামাজিক নির্মাণের ধারণাটি একটি সামাজিক নির্মাণ হিসাবে বাস্তবতার ধারণার উপর ভিত্তি করে। অন্য কথায়, আমাদের নিজস্ব উপলব্ধি থেকে স্বাধীন কোনো বস্তুনিষ্ঠ বাস্তবতা নেই। অসুস্থতার অভিজ্ঞতার সামাজিক নির্মাণ এই ধরনের সমস্যাগুলির

সাথে মোকাবিলা করে যেমন কিছু রোগী কীভাবে তাদের রোগ ব্যবস্থাপনা করে এবং রোগীদের তাদের অসুস্থতার সাথে মোকাবিলা করার জন্য জীবনধারার পরিবর্তনগুলি কীভাবে নিয়ন্ত্রণ করে। অসুস্থতার অভিজ্ঞতা গঠনের ক্ষেত্রে সংস্কৃতি এবং ব্যক্তিগত উদ্বেগই গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। কিছু লোকের জন্য একটি দীর্ঘমেয়াদী অসুস্থতা তাদের পৃথিবীকে দেখার প্রভাব যেভাবে ফেলতে পারে, অন্য যেকোনো কিছুর চেয়ে অসুস্থতা দ্বারা আরও সংজ্ঞায়িত করা হয়। অন্যদের জন্য অসুস্থতা একটি নতুন নিজেকে পুনরায় আবিষ্কার করার জন্য আবিষ্কারের সুযোগ হতে পারে। প্রত্যেক ব্যক্তি কীভাবে তার অসুস্থতা অনুভব করে তাতে কিছু ভূমিকা পালন করে, এইডস বা যক্ষ্মা রোগের মত বিস্তৃত রোগের নির্দিষ্ট ক্ষেত্রে সাংস্কৃতিক চিকিৎসাকারী হয়েছে যা বছরের পর বছর ধরে পরিবর্তিত হয়েছে এবং যা ব্যক্তি এবং সমাজগুলিকে কীভাবে দেখে তা নিয়ন্ত্রণ করে।

সামাজিক মহামারীবিদ্যা হল রোগের কারণ এবং বিতরণের অধ্যয়ন। সামাজিক মহামারীবিদ্যা প্রকাশ করতে পারে কিভাবে সামাজিক সমস্যা বিভিন্ন জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্যের সাথে যুক্ত। এই মহামারী সংক্রান্ত গবেষণাগুলি দেখায় যে উচ্চ-আয়ের দেশগুলির স্বাস্থ্য সমস্যা নিম্ন-আয়ের দেশগুলির থেকে অনেকটাই আলাদা। কিছু রোগ যেমন ক্যান্সার, সার্কোমা, কিন্তু অন্যান্য যেমন স্থূলতা, হৃদরোগ, শ্বাসযন্ত্রের রোগ এবং ডায়াবেটিস উচ্চ-আয়ের দেশগুলিতে অনেক বেশি সাধারণ, এবং দারিদ্র্য থাকের সাথে মিলিত একটি আসীন জীবনধারার সরাসরি সম্পর্কযুক্ত। উচ্চ-আয়ের দেশগুলিতে বিষণ্ণতার প্রবণতা বেশি। বিপরীতে, নিম্ন আয়ের দেশগুলি ম্যালেরিয়া এবং যক্ষ্মা রোগে উল্লেখযোগ্য ভাবে ভোগ করে।

স্থূলতা যা উচ্চ আয়ের দেশগুলিতে বাড়ছে, এবং কার্ডিওভাসকুলার সমস্যা, পেশীর সমস্যা, ডায়াবেটিস এবং শ্বাসযন্ত্রের সমস্যা হয়, অনেক রোগের সাথে যুক্ত হয়েছে, অর্গানাইজেশন ফর ইকোনমিক কো-অপারেশন অ্যান্ড ডেভেলপমেন্ট অনুসারে সমস্ত দেশে স্থূলতার হার বাড়ছে, সর্বোচ্চ আয়ের দেশগুলিতে সর্বাধিক লাভ হচ্ছে। মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রে প্রাপ্তবয়স্কদের জন্য সর্বোচ্চ স্থূলতার হার বাড়ছে, যেখানে জনসংখ্যা দ্বিগুণ হয়েছে। ডানেলস হাসম্যান এবং তার সহযোগী গবেষকরা দাবি করেছেন যে উন্নত দেশগুলিতে স্থূলতা বৃদ্ধিতে বেশ কয়েকটি কারণ অবদান রাখছে যে, প্রযুক্তির উন্নতি এবং পরিবারের আকারের খাবারের মতো উপাদানের দাম কমিয়ে দেওয়া হয়েছে।

দুর্বলতা এবং ভঙ্গুরতার সমস্যাগুলির উল্লেখযোগ্য সামাজিক খরচ রয়েছে। যার মধ্যে নিম্ন আয় এবং উচ্চ ভাগ করা স্বাস্থ্য সেবা খরচ রয়েছে। উচ্চ আয়ের দেশগুলিতে বয়স্ক বন্দী দেশগুলির তুলনায় বিষণ্ণতার হার বেশি। সাম্প্রতিক একটি সমীক্ষা দেখায় যে গবেষণায় 10টি সর্বোচ্চ আয়ের দেশে প্রবীণ বিষণ্ণতার পর্বের গড় জীবনকালের প্রাদুর্ভাব ছিল 14.6 শতাংশ, 8টি নিম্ন ও মধ্যম আয়ের দেশে এটি 11.1 শতাংশের তুলনায়, গবেষকরা অনুমান করেন যে বিষণ্ণতার উচ্চ হার সর্বোচ্চ আয়ের দেশগুলিতে বিদ্যমান বৃহত্তর আয় বৈষম্যের সাথে যুক্ত হতে পারে।

বিষয়। বরং প্রতি স্বাস্থ্যসেবার ব্যয় কম যা সবচেয়ে ওপের নিম্ন আয়ের দেশগুলিকে অবশ্যই সংক্রামণের রোগ ও উচ্চ শিশুমৃত্যুর হার, অথবা চিকিৎসা বন্দী হয়ে অপর্যাপ্ত পানি ও নর্দমা ব্যবস্থার মতো সমস্যাগুলি পরিচালনা করতে পারে। এই বয়সের সমস্যাগুলি যা উচ্চ আয়ের দেশগুলিতে খুব কমই চিন্তা করে। নিম্ন আয়ের দেশগুলির বেশির ভাগ মানুষের জীবনের বৈশিষ্ট্য। এই বয়সের খাদ্য উদ্বেগের কারণে নিম্ন আয়ের শিশুমৃত্যুর হার বেশি এবং গড় আয়ু কম। অথচ আয়ের দেশগুলিতে চিকিৎসা সংক্রান্ত সমস্যাগুলি সবচেয়ে উল্লেখযোগ্য হল বিশুদ্ধ জল এবং মৌলিক অ্যান্টিবায়োটিক সংস্থানগুলির অ্যাক্সেসের অভাব। 2011 সালের ইউনিসেফের রিপোর্ট অনুসারে উন্নয়নশীল বিশ্বের জনসংখ্যার প্রায় অর্ধেক উন্নত স্যানিটেশন সুবিধার অভাব রয়েছে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা 193টি দেশের জন্য স্বাস্থ্য সম্পর্কিত তথ্য প্রকাশ করে। তাদের 2011 সালের বিশ্ব স্বাস্থ্য পরিসংখ্যান প্রতিবেদন তারা নিম্নলিখিত পরিসংখ্যান গুলি অন্তর্ভুক্ত করে।

বিশ্বব্যাপী পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের মৃত্যুর হার প্রতি 1000 জীবিত জন্মে 60 জন। অথচ আয়ের দেশগুলির প্রতি 1000 জীবিত জন্মে 117 এ হার প্রায় দ্বিগুণ। উচ্চ আয়ের দেশগুলিতে এই হার প্রতি 1000 জীবিত 7-এর চেয়ে উল্লেখযোগ্য ভাবে কম। পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের মৃত্যুর সব চেয়ে ঘন ঘন কারণ ছিল নিউমোনিয়া এবং ডায়রিয়া জনিত রোগ, যথাক্রমে 18 শতাংশ এবং 15 শতাংশ, পরিষ্কার জল এবং উপযুক্ত চিকিৎসা পরিষেবার অ্যাক্সেস উন্নতের মাধ্যমে এই মৃত্যুগুলি সহজেই এড়ানো যায়। নিম্ন আয়ের দেশগুলি ডাক্তার এবং নার্সের ঘাটতি উচ্চ আয়ের দেশগুলির দশমাংশ। চিকিৎসা কর্মীর অভাব এবং রোগীদের তার অ্যাক্সেসের জটিলতাগুলি নিম্ন আয়ের চিকিৎসাগুলি দেওয়ার জন্য এই সমস্যাটিকে বাড়িয়ে তোলে।

কানাডায় স্বাস্থ্য হলো একটি জটিল এবং প্রায়ই পরস্পর বিরোধী সমস্যা। একদিকে ধনী দেশগুলোর মধ্যে একটি হলো কানাডা বাকি বিশ্বের তুলনায় স্বাস্থ্যের অবস্থা ভালো। মার্কিন যুক্তরাষ্ট্রের বিপরীতে যেখানে জাতিগত পার্থক্যে স্থিতিশীল স্বাস্থ্য বৈষম্য বিদ্যমান, কানাডায় অ-আদিম দৃশ্যমান সংখ্যালঘু এবং ইউরোপীয় বংশোদ্ভূত কানাডিয়ানদের মধ্যে স্বাস্থ্যের পার্থক্যগুলি আয়, সামাজিক অবস্থা এবং জীবনধারা বিবেচনায় নেওয়া হলে অদৃশ্য হয়ে যায়। দেশগুলি থেকে আসা নতুন এবং সাম্প্রতিক অভিবাসীরা প্রকৃতপক্ষে গড় স্থানীয় জন্মগ্রহণকারী কানাডিয়ান থেকে ভালো স্বাস্থ্যের দিকে ঝুঁকছেন।

আদিবাসী কানাডিয়ানরা দুর্ভাগ্যবশত গুরুতর স্বাস্থ্য সমস্যায় ভুগছেন। অনুমান করা হয় যে 1500-এর দশকে যোগাযোগের আগে কানাডায় 500,000 আদিবাসী বাস করত, 19 শতকের শেষের দিকে 20 শতকের আনুমানিক 93 শতাংশ হ্রাস পেয়েছে। আদিবাসীদের সংরক্ষিত জায়গায় স্থানান্তরিত হওয়ার পর অবস্থার উল্লেখযোগ্য উন্নতি হয়নি। সাম্প্রতিক পর্যন্ত পানীয় জল, স্যানিটেশন সুবিধা এবং স্বাস্থ্যকর অবস্থার অভাব ছিল। এগুলি সংক্রামক রোগের বিস্তারের জন্য আদর্শ পরিস্থিতি ছিল। কানাডার বাকি অংশে অ্যান্টিবায়োটিকের ব্যবহার যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রণে আনার অনেক পরে 1950 এর দশকে যক্ষ্মার প্রকোপ আদিবাসীদের জন্য খুব বেশি ছিল। 2005 সালে আদিবাসীদের জন্য টিবি হার প্রতি 10,000 জনসংখ্যায় 27টি সক্রিয় কেস ছিল। যেখানে বাকি জনসংখ্যার জন্য প্রতি 10,000 জনে এটি ছিল মাত্র 5টি সক্রিয় মামলা। সমস্যার একটি অংশ হলো যে রিজার্ভের উপর এবং ভেতরে জনাকীর্ণ আবাসনে বসবাসকারী আদিবাসীদের শতাংশ সাধারণ জনসংখ্যার পাঁচ থেকে ছয় গুণ বেশি।

চিত্র 10.5 দেখায় যে আদিবাসীদের আয়ু বৃদ্ধি পেয়েছে। যাইহোক একটি গড় জনসংখ্যার তুলনায় উল্লেখযোগ্য কম রয়েছে। আদিবাসী পুরুষ এবং মহিলারা কানাডিয়ান পুরুষ ও মহিলাদের গড় থেকে যথাক্রমে 8.1 এবং 5.5 কম বছর বাঁচার আশা করতে পারে। যদি সংক্রামক রোগগুলি প্রধান আদিম জনগোষ্ঠীর নিয়ন্ত্রণের রয়েছে বলে মনে করা হয়। আদিবাসীরা ডায়াবেটিস, হৃদরোগ, ক্যান্সার শ্বাসকষ্টের সমস্যা এবং এইচআইভি এইডস - রিজার্ভে আদিবাসীরা স্বাস্থ্যের অবস্থাও গড় জনসংখ্যার তুলনায় উল্লেখযোগ্যভাবে খারাপ। কানাডার 20 বছরের বেশি বয়সী প্রায় 59 শতাংশ অ-আদিবাসীদের 2006-2007 সালে তাদের স্বাস্থ্যকে চমৎকার বা খুব ভালো হিসাবে মূল্যায়ন করেছে, এবং যেখানে তুলনায় এর মাত্র 51 শতাংশ মেটিসের 57% ইনুইটের 49 শতাংশ অসংরক্ষিত নিবন্ধিত অন-রিজার্ভ তাই

করেছে। একইভাবে 74 শতাংশ অ-আদিবাসী কানাডিয়ানরা রিপোর্ট করেছেন যে অসুস্থ স্বাস্থ্যের কারণে তাদের কোনো শারীরিক সীমাবদ্ধতা নেই, যেখানে অফ-রিজার্ভ ফার্স্ট নেশনস মেটিস এবং ইনুইটেরা মাত্র 58, 59 এবং 64 শতাংশ যথাক্রমে তা করেছে। অফ-রিজার্ভ আদিবাসী স্বাস্থ্যের উপর গবেষণার লেখকেরা রিপোর্ট করেছেন যে এই ধরনের সমস্যাগুলি অন্যান্য কারণের অভিজ্ঞতাকে নির্দেশ করে যা ফার্স্ট নেশনস মেটিস এবং ইনুইট মানুষের মধ্যে অসুস্থতার উচ্চতর বোঝার জন্য অবদান রাখে।

আর্থসামাজিক অবস্থা দ্বারা স্বাস্থ্য নির্ধারণের সিভিয়ার তার উপদেশে ডিমেলা দেওয়া কারণে 1994 সালে লিখেছিলেন যে দরিদ্র হওয়া নিজেই একটি স্বাস্থ্য ঝুঁকি এবং এর চেয়েও খারাপ হচ্ছে শহরে এবং দরিদ্রতা। তার বক্তব্যের প্রেক্ষাপট ছিল বিশ্বব্যাপী শহরে দারিদ্র্য কিন্তু তার উপসংহার কানাডার দারিদ্র্য এবং স্বাস্থ্যের মধ্যে সম্পর্কের ক্ষেত্রেও প্রযোজ্য। কানাডার শহরে এলাকার বাসিন্দাদের হাসপাতালে ভর্তির হার উল্লেখযোগ্য ভাবে বেশি এবং গড় বা ধনী শহরে এলাকার বাসিন্দাদের তুলনায় স্বাস্থ্যের স্বমূল্যায়িত সুনাম কম। দরিদ্রের মধ্যে কমবয়স শুরু থেকে ওদের সাথে নিম্ন আয় এবং দীর্ঘস্থায়ী অসুস্থতার সাথে যুক্ত। প্রকৃতপক্ষে এমনকি চিকিৎসা পরিচর্যা স্বাস্থ্যের সমস্যাগুলির মাত্র একটি অংশের জন্য দায়ী যখন একজন ব্যক্তির অসুস্থতা থেকে পুনরুদ্ধার করার ক্ষমতা আর্থিক আয়, শিক্ষা এবং জীবনযাপনের অবস্থা সহ আর্থসামাজিক কারণে প্রতিফলিত হয়। আন্তর্জাতিক গবেষণায় একটি পাওয়া গেছে যে সিভিল সার্ভিস কর্মসংস্থান, দেশের মধ্যে সম্পদ এবং ক্ষমতার তুলনামূলক ভাবে সামাজিক বৈষম্যের পার্থক্য জনসংখ্যাগুলোর জন্য উল্লেখযোগ্য ভাবে স্বাস্থ্য সমস্যাগুলোর দিকে পরিচালিত হয়।

এখন আমরা জানি গুরুত্বপূর্ণ যে অর্থনীতি আর্থ-সামাজিক অবস্থার নিজের অংশ মাত্র। গবেষণা পরামর্শ দেয় যে নির্দিষ্ট একটি গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করছে। Phelan and Link উল্লেখ্য যে আগেকার আচার-আচরণ প্রভাবিত রোগ যেমন, ফুসফুসের ক্যান্সার করোনারি ধমনী রোগ এবং এইডস প্রাথমিকভাবে SES গ্রুপ জুড়ে সমান ছিল সাম্প্রতিক নতুন রোগের সাথে তথ্য সংযুক্ত করার অভ্যাস ছড়িয়ে পড়লে এই রোগগুলির উচ্চ-আয়ের গ্রুপগুলির হ্রাস পায় এবং নিম্ন আয়ের গ্রুপগুলিতে বৃদ্ধি পায়। এটি একটি প্রদত্ত রোগের বিরুদ্ধে কিভাবে জ্ঞানের গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা এবং সেই সাথে স্বাস্থ্য উদ্যোগগুলি কীভাবে কার্যকরভাবে বিভিন্ন SES গোষ্ঠীতে পৌঁছায় তাতে মনোযোগ নিবদ্ধ করে।।

মুদ্রিত সাহিত্যের পর্যালোচনা

একটি অঞ্চলে মাতৃমৃত্যু হল সেই এলাকার মহিলাদের প্রজনন স্বাস্থ্যের একটি পরিমাপ। প্রজনন বয়সের অনেক মহিলার গর্ভাবস্থা এবং প্রসববকালীন বা গর্ভপাতের সময় এবং পরবর্তী জটিলতার কারণে মৃত্যু হয়। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার মতে গর্ভাবস্থায় বা গর্ভাবস্থার সময়কাল এবং স্থান নির্বিশেষে গর্ভাবস্থায় বা এর ব্যবস্থাপনার কারণে বা তার ক্রমবর্ধমান কোনো কারণে গর্ভাবস্থায় বা গর্ভাবরণের 42 দিনের মধ্যে একজন মহিলার মৃত্যু হলো মাতৃমৃত্যু। আকস্মিক বা আনুষঙ্গিক কারণ থেকে নয়। মাতৃমৃত্যুর প্রধান সূচকগুলির মধ্যে একটি হল মাতৃমৃত্যুর অনুপাত যা একই সময়ের একটি নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে মাতৃমৃত্যুর সংখ্যা হিসাবে সংজ্ঞায়িত করা হয়। জাতিসংঘ কর্তৃক নির্ধারিত টেকসই উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রার 3.1 এর লক্ষ্য হল বিশ্বব্যাপী মাতৃমৃত্যুর অনুপাত প্রতি 100,000 জীবিত জন্মে 70-এর নিচে নামিয়ে আনা। স্বরাষ্ট্র মন্ত্রকের অধীনে রেজিস্ট্রার জেনারেলের কার্যালয়, ভারতের জনসংখ্যা আদমশুমারি পরিচালনা করা এবং দেশে জন্ম ও মৃত্যু নিবন্ধন আইনের কার্যকারিতা পর্যবেক্ষণ করা ছাড়াও, নমুনা ব্যবহার করে উর্বরতা এবং মৃত্যু হারের মাধ্যমে পর্যবেক্ষণ করা ছাড়াও নমুনা ব্যবহার করে জন্মহার এবং মৃত্যুহারের অনুমান প্রদান করছে, এবং রেজিস্ট্রেশন সিস্টেমের মাধ্যমে।

SRS-এর অধীনে নির্দিষ্ট মৃত্যুর প্রবণতা তৈরি করতে নিয়মিতভাবে সমীক্ষা পরিচালিত হয়। বর্তমান বুলেটিন 2018-2020 সময়ের জন্য মাতৃমৃত্যুর মাত্রা প্রদান করে।

দেশের মাতৃমৃত্যুর পরিস্থিতি আরো ভালোভাবে বোঝার জন্য এবং বিশ্লেষণ করে আঞ্চলিক স্তরে যে পরিবর্তন ঘটেছে তা মানচিত্র করার জন্য রাজ্যগুলিকে তিনটি স্তরে শ্রেণীবদ্ধ করা হয়েছে - বিহার, ঝাড়খণ্ড নিয়ে গঠিত "এমপাওয়ার্ড অ্যাকশন গ্রুপ" (EAG) রাজ্যগুলি - মধ্যপ্রদেশ, ছত্তিশগড়, ওড়িশা, রাজস্থান, উত্তরপ্রদেশ এবং আসাম। এবং অন্যান্য রাজ্যগুলি অবশিষ্ট রাজ্য কেন্দ্রশাসিত অঞ্চলগুলিকে কভার করে। যেমনটি পূর্ববর্তী প্রতিবেদনে করা হয়েছে। একটা আনন্দের বিষয় যে ভারতের মাতৃমৃত্যুর অনুপাত বছরের পর বছর ধরে 2017-2019 সালে 103 এবং 2014-2016 সালে 130-থেকে 2018-2020 সালে 97-এ নেমে এসেছে।

মাতৃমৃত্যুর অনুপাত: এটি এস.আর.এস-এর অধীনে রিপোর্ট করা প্রতি 1,00,000 জীবিত জন্মের মাতৃমৃত্যুর অনুপাত হিসাবে প্রাপ্ত।

মাতৃমৃত্যুর হার: SRS-এর অধীনে রিপোর্ট করা সেই বয়সের প্রতি সংখ্যাবিশিষ্ট মহিলাদের মধ্যে 15-49 বছর বয়সী মহিলাদের মাতৃমৃত্যু হিসাবে এটি গণনা করা হয়।

মাতৃমৃত্যু একটি বিরল ঘটনা হওয়ার কারণে অনুমান প্রদানের জন্য নিচের নমুনাকাঠামোতে বড় নমুনার আকারের প্রয়োজন, SRS নমুনার আকারের বাড়ানোর জন্য মাতৃমৃত্যুর নির্ভরযোগ্য অনুমান করার জন্য তিন বছরের ডেটা একত্রিত করার অনুশীলন করার ফলাফলগুলি প্রাপ্ত করা হয়েছে।

তথ্যবিবরণঃ-

1. মাতৃমৃত্যুর হার এবং জীবনকালীন ঝুঁকি-ভারত EAG এবং আসাম দক্ষিণ এবং অন্যান্য রাজ্য, 2018-20 ভারত এবং প্রধান রাজ্যগুলি MMR-95% CI মাতৃমৃত্যুর হার আজীবন ঝুঁকি INDIA 97 (88-106) 6.0-0.21%। আসাম 195(117-272) 12.1 (0.412% 78-157) 11.20 39%, ঝাড়খণ্ড 56(10-101) 4.2 0.15%। মধ্যপ্রদেশ 69(35-103) 3.5 0.12%। কেরালা 19(0-42) 0.90 0.03%। তামিলনাড়ু 54(24-85% S309 % TOTAL) 64 (20.09%) গুজরাট।

2. মাতৃ ও অ-মাতৃমৃত্যুর বয়স কাঠামো, ভারত 2018-20 বয়স গোষ্ঠী মাতৃমৃত্যু অ-মাতৃ মৃত্যুর অনুপাত 95% CI অনুপাত 95% CI. 15-19 6% (4-8) 9% (8-9) 20-24 32% (27-36) 11% (11-12) 25-29 30% (25-34) 12% (12-13) 30-34 20% (16-24)।

ইউনিসেফ স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রক (MOHFW), মহিলা ও শিশু কল্যাণ মন্ত্রক (MWCD), NITI আয়োগ এবং রাজ্য সরকারগুলির সাথে পরিকল্পনা, বাজেট-নীতি-প্রণয়ন সক্ষমতা বৃদ্ধি পর্যবেক্ষণ এবং চাহিদা তৈরিতে সহায়তা করার জন্য কাজ করে। এটি উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ গর্ভবতী মহিলাদের এবং যাদের আবাসনের বাইরে দুর্বল এবং সামাজিক সুবিধাবঞ্চিত তাদের উপর ফোকাস করে কার্যকর মাতৃস্বাস্থ্য পরিষেবার পরিকল্পনা, বাস্তবায়ন, নীরিক্ষণ এবং তাদেরকে ত্বরান্বিত করার জন্য জেলা এবং ব্লক-স্তরে স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপক এবং সুপারভাইজারদের ক্ষমতা সমর্থন করে। সম্প্রদায়গুলি ইউনিসেফ ভারত সরকারের বিভিন্ন হস্তক্ষেপ বাস্তবায়নে সমর্থন করে যার মধ্যে রয়েছে:

ভারত সরকার 2013 সালে প্রজনন, মাতৃত্বকালীন, নবজাতক শিশু এবং কিশোরী স্বাস্থ্য (RMNCH+A) কাঠামো গ্রহণ করেছে, এটি মূলত নারী ও শিশুদের মধ্যে মৃত্যুহার এবং

অসুস্থতার প্রধান কারণগুলিকে মোকাবেলা করার লক্ষ্যে। এই কাঠামো স্বাস্থ্যসেবা পরিষেবাগুলি অ্যাক্সেস এবং ব্যবহারে বিলম্ব বুঝতে সাহায্য করে। বিভিন্ন প্রমাণিত এবং স্বাস্থ্য বিষয়ক কর্মকর্তাদের নিকট থেকে প্রাপ্ত পরিসংখ্যানে জানা যায় প্রতিবছর বাংলাদেশে 35 লাখ মায়ের মধ্যে প্রায় 6 হাজার মা- নিরাপদ মাতৃত্বের মারা যাচ্ছে।

এক বছরে প্রসব মায়ের মৃত্যু হচ্ছে ঝুঁকিপূর্ণ প্রসব। বিভিন্ন সূত্রে জানা যায়। বেশিরভাগ মা- মারা যাচ্ছেন প্রসবের দুটি কারণের জন্য।

(1) হেমারহেজ অর্থাৎ সন্তান জন্ম দেওয়ার পর অতিরিক্ত রক্তপাত।

(ii) একলাম্পসিয়া অর্থাৎ খিঁচুনির দরুণ কারণে। প্রসূতি রোগ সম্পর্কে ধারণা থাকলে অনেক মা এই সময় মৃত্যুর হাত থেকে বেঁচে যেতে পারেন।।

মেডিসিন হল একটি সামাজিক প্রতিষ্ঠান যা অসুস্থতা প্রতিরোধ নির্ণয় এবং চিকিৎসা এবং স্বাস্থ্যকে ঠিক যেমন সংজ্ঞায়িত করা হয়েছে তা প্রচার করতে উদ্বুদ্ধ চেষ্টা করে। চিকিৎসা প্রতিষ্ঠান নিয়ে অসন্তোষ বাড়ছে। একটি- অনন্য স্বাস্থ্য- পরিচর্যার ক্রমবর্ধমান ব্যয় থেকে উদ্ভূত হয় এবং যা অনেক স্বাস্থ্য বীমা কোম্পানির দ্বারা সংবেদনশীল কৃপণতা হিসাবে উপলব্ধি করে। 2009 সালের স্বাস্থ্য- পরিচর্যা সংস্কারের বিরুদ্ধে যুদ্ধের চিত্র তুলে ধরা হয়েছে। কিন্তু অসন্তোষ একটি ক্রমবর্ধমান দৃষ্টিভঙ্গি প্রতিফলিত করে যে মানুষের অস্তিত্বের সামাজিক এবং অসুস্থতার ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। এই দৃষ্টিভঙ্গি বিকল্প চিকিৎসায় নতুন করে আগ্রহ জাগিয়েছে, আমরা চিকিৎসার সামাজিক প্রতিষ্ঠানের জন্য এই অনেক বিষয়ে পরে ফিরে আসি। একটি চিকিৎসা সমস্যা হিসাবে দেখি এবং একজন চিকিৎসক সেই অনুযায়ী ব্যক্তির চিকিৎসা করেন।

গবেষণার পদ্ধতিবিদ্যা

ভূমিকা :

সামাজিক গবেষণা বলতে বোঝায় সমাজ ও ব্যক্তির বিশ্লেষণ, সমাজ ও ব্যক্তির জীবনে নিরপেক্ষ ও অভিজ্ঞতালব্ধ ব্যাখ্যা সামাজিক গবেষণায় মৌলিক প্রশ্ন। সমাজে ব্যক্তি ক্রিয়ার সমষ্টিগত রূপ, সামাজিক মিথস্ক্রিয়া সমাজের প্রাণ, সামাজিক গবেষণা এই মিথস্ক্রিয়ার উপাদান ও ঘটনাবলির বস্তুনিষ্ঠ বর্ণনা। সামাজিক গবেষণাতে সামাজিক প্রপ্রকৃতির বৈজ্ঞানিক ব্যাখ্যা বিশ্লেষণের মাধ্যমে মানুষের আচার- আচরণ, ক্রিয়া - প্রতিক্রিয়া সম্পর্কে জানার প্রচেষ্টা করে।

পলিন. ভি. ইয়াং বলেন, সামাজিক গবেষণাকে যৌক্তিক ও নিয়মতান্ত্রিক কৌশলের বিজ্ঞানভিত্তিক ব্যবস্থা হিসেবে সংজ্ঞায়িত করা যায়। আরো বলেন সামাজিক গবেষণাকে আমরা সমাজজীবনের অন্তর্ভুক্ত বিশ্লেষণ ও নীতি- রীতি একটি পদ্ধতিরূপে আখ্যা দিতে পারে। সুতরাং সামাজিক গবেষণা হচ্ছে সামাজিক ঘটনাবলির আচরণ বা সমস্যা সম্বন্ধে প্রণালীবদ্ধ ও যুক্তিনিষ্ঠ জ্ঞানের পরিবর্ধন।

ওয়েবস্টার মার্ক বলেন, জ্ঞান অর্জনই শুধু গবেষণার লক্ষ্য নয়, এর উদ্দেশ্য সমাজজীবন সম্পর্কে জ্ঞানলাভ করে সেই জ্ঞান সমাজের জন্য প্রয়োগ করা।

কে. ভি. বেইলি বলেন, সামাজিক গবেষণা উপাত্ত ও সংগ্রহের সাথে সম্পৃক্ত, যা সামাজিক বিভিন্ন উপাদান সম্বন্ধে প্রশ্নের উত্তর দিতে সহায়তা করে।

গবেষণার ধরন :

বাংলা গবেষণা শব্দের ইংরেজি প্রতিশব্দ হল Research। Research শব্দটি আলাদা দুটো শব্দ 'Re' এবং 'Search'-এর মিলিত রূপ দেখানো হয়। আক্ষরিক ভাবে এর অর্থ দাঁড়ায় পুনরায় অনুসন্ধান করা বা পুনরায় খোঁজা, যেহেতু 'Re' শব্দের অর্থ পুনরায় বা আবার এবং 'Search' শব্দের অর্থ হল খোঁজা। এখানে একই বিষয় পর্যায়ক্রমিক ভাবে বা ধারাবাহিকভাবে বারবার অনুসন্ধানের কথা বলা হয়। এর থেকে বলা যায় গবেষণার ধরন মূলত কোনো কিছু নিয়ে অনুসন্ধান করা বা খোঁজা।

গবেষণার ধরন কোনো কিছু সম্পর্কে জানার জন্য নিয়মতান্ত্রিক ও ধারাবাহিকভাবে খুঁটিয়ে অনুসন্ধান প্রক্রিয়া। এবং একটি গবেষণা শুধু একটি প্রকারের মধ্যেই সীমাবদ্ধ না থেকে দুই বা ততোধিক প্রকারের হতে পারে।

বিজ্ঞানভিত্তিক পদ্ধতি অবলম্বন করে বিশেষ কোনো সমস্যা সমাধানের জন্য বস্তুনিষ্ঠ ও সঠিক উপাত্ত আহরণ করে তা বিচার-বিশ্লেষণ করার মাধ্যমে যৌক্তিক সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার প্রক্রিয়া।

গবেষণা নকশা:

গবেষণায় প্রাপ্ত সম্পদের যথাযথ ব্যবহারের মাধ্যমে গবেষণার উদ্দেশ্যকে বাস্তবায়নের জন্য সুষ্ঠু ও সুশৃঙ্খলভাবে গবেষণাটি পরিচালনা করার বৈজ্ঞানিক কর্ম পরিকল্পনাকে হচ্ছে গবেষণা নকশা। বিভিন্ন সমাজ গবেষক গবেষণা নকশার বিভিন্ন রকম সংজ্ঞা প্রদান করেছেন।

ফ্রেড. এন. কার্লিঙ্গার বলেছেন, গবেষণা নকশা হলো গবেষণা প্রশ্নের উত্তর পাওয়া এবং ভেদ বা অমিল নিয়ন্ত্রণ করার পরিকল্পনা, কাঠামো ও কৌশল বিশ্লেষণ।

ক্লেয়ার সেলটিজ বলেন, গবেষণার উদ্দেশ্যের সাথে সঙ্গতিপূর্ণভাবে উপাত্ত ও বিশ্লেষণের কাজে বিভিন্ন শর্তের বিন্যাস রাখাই হলো গবেষণা নকশা।

সি. আর. কোঠারি বলেন, যথাযথ কাঠামো যার মধ্যে গবেষণা পরিচালনা করা হয়, যেটি তথ্য সংগ্রহ, পরিমাপ এবং বিশ্লেষণের নীল নকশা হিসেবে গঠন করা হয় বলে তিনি মনে করেন।

আর্ল. বেবি বলেছেন গবেষণা নকশা বৈজ্ঞানিক অনুসন্ধানের পরিকল্পনা নির্দেশ করে অর্থাৎ কোনো কিছু খুঁজে বের করার কৌশল বিশেষ।

ন্যাকমিয়াস এবং ন্যাকমিয়াস বলেন, গবেষণা নকশা হলো অনুসন্ধানের আওতায় গৃহীত কোনো বিশেষ সমস্যার ক্ষেত্রে বৈজ্ঞানিক পদ্ধতির প্রয়োগ, যার মাধ্যমে কোনো গবেষক বা তাত্ত্বিক কোনো ঘটনা সম্পর্কিত কারণগত অনুসিদ্ধান্ত এবং অর্থপূর্ণ বর্ধিত জ্ঞান অর্জনে সহায়ক হন।

P.V. Young বলেছেন, গবেষণা নকশা হলো গবেষণার যৌক্তিক এবং নিয়মতান্ত্রিক পরিকল্পনা ও নির্দেশনা।

সুতরাং, বলা যায় গবেষণা উদ্দেশ্যকে অর্জন করার জন্য সুষ্ঠু ও সঠিক বৈজ্ঞানিক পদ্ধতি ব্যবহার করে গবেষণা সম্পাদনের যৌক্তিক কর্ম পরিকল্পনাই হলো গবেষণা নকশা।

তথ্য সংগ্রহের পদ্ধতি:

তথ্য সংগ্রহের পদ্ধতি হলো যে কোনো সামাজিক গবেষণার পর্যবেক্ষণ করে আলোকে পূর্ণাঙ্গ বিশ্লেষণ করা। এটি সাধারণত দুই প্রকারের হয় —

(i) প্রাথমিক বা প্রত্যক্ষ, যা গবেষকের নিজ নিয়ন্ত্রিত তথ্য। প্রাথমিক তথ্যের মধ্যে পড়বে আদমশুমারি, সরকারি গেজেট, সরকারি রিপোর্ট, এই তথ্য গবেষক সরাসরি মন্ত্রক / সরকার / প্রতিষ্ঠান থেকে পেয়ে থাকেন।

(ii) পরোক্ষ বা মাধ্যমিক তথ্য যা গবেষকের জন্য অন্যের দ্বারা বা অন্য সূত্রে প্রাপ্ত নির্দিষ্ট তথ্য। পরোক্ষ তথ্যের মধ্যে পড়বে বই, জার্নাল, খবরের কাগজ, দৈনিক ইত্যাদি। এই তথ্য গবেষক নথি সূত্রে সংগ্রহ করে থাকেন। এই নথি দুই প্রকার—

a. প্রত্যক্ষ বিবরণ নির্ভর নথি যা রেকর্ড বলে চিহ্নিত করা হয়ে থাকে।

b. পরোক্ষ বিবরণ নির্ভর নথি যা Reports বলে চিহ্নিত হয়ে থাকে।

তথ্য সংগ্রহের পদ্ধতির বিভিন্নতা কোন গবেষণা পদ্ধতিতে ব্যবহার হয়েছে এবং গবেষণার উদ্দেশ্য কি তার উপর নির্ভর করে। এখানে সময় ও কতটুকু পরিশ্রম করতে হবে তাও এর উপর নির্ভর করে। আবার অনেক বেসরকারি গবেষণায় একটি মাত্র প্রশ্নের উত্তরের গবেষণা করা হয়ে থাকে।

সাক্ষাৎকার ঃ

সামাজিক গবেষণায় উপাত্ত সংগ্রহের একটি অন্যতম জনপ্রিয় এবং বহুল প্রচলিত কৌশল হল সাক্ষাৎকার। বর্তমানে সামাজিক বিজ্ঞানের বিভিন্ন শাখাতেই কৌশলটির গুরুত্ব ও ব্যবহার ক্রমান্বয়ে বৃদ্ধি পাচ্ছে। সাক্ষাৎ গ্রহণকারী এবং উত্তরদাতার মধ্যে সরাসরি সম্পর্ক স্থাপিত হয়। সাক্ষাৎকার গ্রহণকারী উদ্দেশ্যমূলক কথোপকথনের মধ্য দিয়ে উত্তরদাতার নিকট থেকে প্রয়োজনীয় উপাত্ত সংগ্রহ করে নেয়। সাক্ষাৎকার মূলত একটি মিথস্ক্রিয়ার প্রক্রিয়া। সাক্ষাৎকার উপাত্ত সংগ্রহের একটি মৌখিক কৌশল হিসেবে স্বীকৃতি পেয়েছে।

সাক্ষাৎকার অনুসূচী ঃ

আক্ষরিক অর্থে সাক্ষাৎকার হচ্ছে 'Mutual view of each Other'। একে উদ্দেশ্যমূলক কথোপকথন বলেও অভিহিত করা হয়। কোন বিষয়ে উপাত্ত সংগ্রহের উদ্দেশ্যে দুই বা ততোধিক ব্যক্তির মুখোমুখি অবস্থার কথোপকথনকে সাক্ষাৎকার অনুসূচী বলে অভিহিত করা হয়। এটি মূলত একটি মিথস্ক্রিয়া প্রক্রিয়া। একটি উপাত্ত সংগ্রহের একটি সরাসরি কৌশল। মানব আচরণ অধ্যয়নে উপাত্ত সংগ্রহের সাক্ষাৎকার অনুসূচী সবচেয়ে বেশি ব্যবহৃত হয়।

এফ. এন. কার্লিংগার বলেন, একটি আন্তঃব্যক্তিক পরিস্থিতি যেখানে একজন ব্যক্তি সাক্ষাৎগ্রহণকারী আর একজন ব্যক্তিকে গবেষণার সমস্যার সাথে সঙ্গতিপূর্ণ ও সজ্জিত প্রশ্নের উত্তর দিতে বলেন।

সি. এ. মোজার এবং গ্রাহাম কালটন বলেছেন, উত্তরদাতার নিকট থেকে নিয়ে নির্দিষ্ট তথ্য বের করে সেটিকে আবার পুনরায় সাক্ষাৎকার গ্রহণকারীর মধ্যে কথোপকথন করে সেটিকে গবেষণার কাজে লাগানো হয়।

সুতরাং, উপরোক্ত সমূহ বলা যায় - Goode এবং Hatt বলেছেন - মৌলিক সামাজিক মিথস্ক্রিয়ার একটি প্রক্রিয়া হল গবেষণার পদ্ধতির সাক্ষাৎকারের অনুসূচী।

মুক্তপ্রান্ত ও বদ্ধপ্রান্ত :

প্রশ্নমালায় দুই ধরনের প্রশ্ন থাকে। সেটি হল মুক্তপ্রান্ত ও বদ্ধপ্রান্ত। মুক্তপ্রান্ত প্রশ্নের ক্ষেত্রে কোন উত্তর নির্দেশ করা হয় না। যেমন, অবসর সময় তোমার প্রিয়? মুক্তপ্রান্তে, ছবি দর্শনের কোন ব্যাখ্যা করো। মুক্তপ্রান্ত প্রশ্নের উদাহরণ হিসেবে এই ধরনের প্রশ্ন অনুসন্ধানমূলক গবেষণায় ব্যবহার করা হয়। এবং যে গবেষণায় মানুষের মুখের কথা হুবহু লিপিবদ্ধ করা হয় সেই গবেষণায় মুক্তপ্রান্ত প্রশ্ন ব্যবহার করা হয়ে থাকে।

বদ্ধপ্রান্ত প্রশ্নে একাধিক উত্তরের ইঙ্গিত দেওয়া হয়। সেগুলির মধ্যে একটি উত্তরদাতাকে পছন্দ করতে হয়। বদ্ধপ্রান্ত প্রশ্ন বৃহদাকার সমীক্ষার ক্ষেত্রে এবং পরিমাণবাচক গবেষণায় ব্যবহার করা হয়। পরিসংখ্যানের ব্যবহারের উদ্দেশ্য হল সময় এবং অর্থ সাশ্রয় বা বাঁচিয়ে রাখা। এই প্রশ্ন চয়নের ক্ষেত্রে কিছু বিতর্কের অবকাশ থাকে। যা বিতর্কিত বিষয়গুলি সম্পর্কে বক্তব্যগুলি পছন্দের উত্তর দেওয়া হবে বলে মনে করা হয়।

মুক্তপ্রান্ত ও বদ্ধপ্রান্ত প্রশ্নের মধ্যে পার্থক্য নির্দেশ যদি করা হয়, তাহলে গবেষণায় স্বতন্ত্রভাবে এবং যৌথভাবে এই দুই ধরনের প্রশ্ন ব্যবহৃত হয়ে থাকে। এই দুই ধরনের প্রশ্নের স্বতন্ত্র প্রয়োগ ক্ষেত্র উল্লেখ করে সমন্বিত বা যৌথ ক্ষেত্রে উল্লেখ করা যায়। আবার প্রাসঙ্গিকভাবে সীমিত অর্থে উত্তর লক্ষ্য হলে তাকে বদ্ধপ্রান্ত প্রশ্ন বলা যায়। আবার অন্যদিকে জটিল বিষয়ে যেখানে কয়েকটি বিকল্প উত্তর পাওয়া সম্ভব নয়, বিশদ ব্যাখ্যার প্রয়োজন হয়, তখন তাকে মুক্তপ্রান্ত প্রশ্ন বলা যায়। আবার এই দুই ধরনের প্রশ্ন অনুসন্ধানমূলক গবেষণায় বলা যায়।

অনুমানচয়ন ঃ

অনুমানচয়ন হচ্ছে একটি বিজ্ঞানভিত্তিক পদ্ধতি যার সাহায্যে সমগ্রক থেকে প্রতিনিধিত্বশীল নির্বাচন করা হয়। অনুমানচয়ন বা সমগ্রকের একটি ক্ষুদ্র অংশকে পরীক্ষা করে সমগ্রকের বৈশিষ্ট্য সম্পর্কে ধারণা লাভ করা হয়। অনুমানচয়ন হল একটি পদ্ধতি যার সাহায্যে সমগ্রকের বৈশিষ্ট্য সম্পর্কে ধারণা লাভ করা হয়।

[illegible] সমাজ গবেষকদের জ্ঞান আরও বেশি বলেছেন, বৃহত্তর উপাদান সম্পর্কে সিদ্ধান্তে উপনীত হওয়ার লক্ষ্যে উপাদান থেকে উপাদান নির্বাচনের প্রক্রিয়াই হলো অনুমানচয়ন।

অনুমানচয়ন এমন একটি পদ্ধতি বা প্রক্রিয়া যার মাধ্যমে সমগ্রকের একটি প্রতিনিধিত্বশীল অংশকে পরীক্ষা করে সমগ্রকের বৈশিষ্ট্য সম্পর্কে যুক্তি সঙ্গত সিদ্ধান্তে উপনীত হওয়া যায়।

গবেষণার সীমাবদ্ধতা ঃ

বিভিন্ন ক্ষেত্রে সামাজিক গবেষণার গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা থাকা সত্ত্বেও এর সীমাবদ্ধতা রয়েছে। সামাজিক গবেষণায় সীমাবদ্ধতাসমূহ উল্লেখ করা হয়। এর কিছু সুবিধা ও অসুবিধার কথা তুলে ধরা হয়েছে।—

ক) **সুবিধা** —

(i) অনুসন্ধানকারী আন্তরিক হওয়া দরকার গবেষণার জন্য। সামাজিক গবেষণার ক্ষেত্রে দক্ষ সামাজিক গবেষক দরকার হয়।

(ii) সামাজিক গবেষণার ক্ষেত্রে তথ্য সংগ্রহ করা প্রথমে দরকার। তথ্য সংগ্রহের সময় কিছুটা সুবিধাও পাওয়া যায়।

(iii) বৈজ্ঞানিক গবেষণার ক্ষেত্রে যেমন বিভিন্ন চলকের উপর সম্পূর্ণ নির্ভর করতে হয়। তেমনি এই সামাজিক গবেষণায় তথ্যের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ ভাবে গবেষণার কাজ চালাতে হয়।

(iv) আমরা যে গবেষণার কাজ করেছি সেখান থেকে অনেক সুবিধা পেয়েছি।

(v) এই গবেষণায় গুণবাচক বিষয়কে সঠিকভাবে পরিমাপ করা সম্ভব বলে মনে হয়।

খ) **অসুবিধা** —

(i) এই সামাজিক গবেষণায় দক্ষ ও সামাজিক গবেষণায় সঠিক গবেষক খুঁজে বের করা খুব কষ্টকর হয়ে যায়।

(ii) সামাজিক গবেষণায় তথ্য সংগ্রহের ক্ষেত্রে

সমস্যা দেখা যায়। কোনো গবেষকরা মানুষের কাছে থেকে তথ্য সংগ্রহ করতে হয়।

(iii) সামাজিক গবেষণায় সবচেয়ে বড় সীমাবদ্ধতা হল নিয়ন্ত্রণহীনতা।

(iv) উপাত্ত সংগৃহীত হওয়ার পরও সমস্যা থেকে যায় প্রয়োজনে যথাযথ পাওয়ার জন্য গবেষককে উপাত্তের ব্যাখ্যার উপর নির্ভর করতে হয়।

(v) কোনো সমস্যা নিয়ে অনুসন্ধান করলে তখন তাকে প্রশ্নমালার সাহায্য নিতে হয়। কারণ আমাদের মানুষ বা ব্যক্তিকে প্রশ্নের মানে বোঝানোর জন্য।

গবেষণার সীমাবদ্ধতা থাকা সত্ত্বেও পরিশেষে বলা যায়, সমস্যা সংকুল এ মানব পৃথিবীতে সমস্যা থেকে উত্তরণের জন্য সামাজিক গবেষণা অপরিহার্য। সীমাবদ্ধতার পরিসর থেকে বেরিয়ে আসতে পারলে সামাজিক গবেষণার প্রয়োগ ও প্রয়োজনীয়তা উন্নত ও উচ্চ দিকে সমাদৃত হতে পারে।

গবেষণা ক্ষেত্র:

2011 সালের আদমশুমারি তথ্য অনুসারে মুরাদপুর গ্রামের অবস্থান কোড বা গ্রামের কোড হল 345648। মুরাদপুর গ্রামটি ভারতের পশ্চিমবঙ্গের পূর্ব মেদিনীপুর জেলার চাঁদিপুর মহকুমার মধ্যে অবস্থিত। তমলুক এবং চাঁদিপুর যথাক্রমে মুরাদপুর গ্রামের জেলা ও উপজেলা সদর, 2003 সালের পরিসংখ্যান অনুসারে দিবাকরপুর হল মুরাদপুর গ্রামের গ্রাম পঞ্চায়েতের প্রশাসক।

গ্রামের মোট ভৌগোলিক আয়তন 351.18 হেক্টর। মুরাদপুরের মোট জনসংখ্যা 3753 জন, যার মধ্যে পুরুষ জনসংখ্যা 1901 জন এবং মহিলা 1852 জন। মুরাদপুর গ্রামের সাক্ষরতার হার 73.24% যার মধ্যে 81.80% পুরুষ এবং 76.62% মহিলা সাক্ষর। মুরাদপুর গ্রামে প্রায় 813 টি বাড়ি রয়েছে। মুরাদপুর গ্রামের পিন কোড হল 721625।

সমস্ত বড় অর্থনৈতিক কর্মকাণ্ডের জন্য তমলুক মুরাদপুরের নিকটতম শহর যা প্রায় 10 কিমি দূরে অবস্থান রয়েছে, — নিচে মুরাদপুরের জনসংখ্যা ও মুরাদপুরের গ্রামের বিবরণের চিত্র তুলে ধরা রয়েছে। ——

ঃ খুশমনপুরের জনসংখ্যা ঃ

Particulars	Total	Male	Female
Total Population	3753	1901	1852
Literate Population	2974	1555	1419
Illiterate Population	779	346	433

ঃ খুশমনপুর গ্রামের সংক্ষিপ্ত বিবরণ ঃ

Gram Panchayat	Dibakarpur
Block / Subdivision	Chandipur
District	Purba Medinipur
State	West Bengal
Pincod	721625
Area	351.18 hectares
Population	3753
Households	813
Nearest Town	Tamluk (10 km.)

গবেষণার উদ্দেশ্য :

(i) গ্রামীণ মহিলাদের গর্ভাবস্থা এবং প্রসূতিকালীন স্বাস্থ্য সম্পর্কে বিশদে জানা।

(ii) গ্রামীণ সমাজে গর্ভবতী মহিলাদের জন্য বিভিন্ন পরিষেবার সুবিধা কেমন আছে জানা।

(iii) সদ্যজাত সন্তানদের স্বাস্থ্য সম্পর্কে মায়ের বা পরিবারের সচেতনতা কেমন তা জানা।

তথ্য বিশ্লেষণ

আমরা স্বাস্থ্য ও মাতৃস্বাস্থ্য সমীক্ষার জন্য যে তথ্যগুলো সংগ্রহ করেছি তা নিম্নে বিশ্লেষণ করেছি.—

স্বাস্থ্য :

: মুরাদপুর গ্রামে সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্র সেই সংক্রান্ত পরিষেবা:

আমরা মুরাদপুর গ্রামে পার্শ্ববর্তী এলাকায় গিয়ে কোনো সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্র আছে কিনা জিজ্ঞেস করায় বললো বাড়ি থেকে স্বাস্থ্যকেন্দ্র কাছাকাছি একটা আছে তাছাড়া চন্ডিপুরে যেতে হয় সরকারি হাসপাতালে। আর ওই স্বাস্থ্যকেন্দ্রে এলোপ্যাথি ডাক্তার আসেনা শুধু হোমিওপ্যাথি ডাক্তার আসেন বাকি সব কিছুর জন্য ওনারা চন্ডিপুরে যান। বাড়িতে থেকে স্বাস্থ্যকেন্দ্রের দূরত্ব 1-2 কিলোমিটার-এর মধ্যে সবার প্রায়। আর স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে ইনজেকশন, টিকা, ওষুধ বিনামূল্যে সবাই পেয়ে থাকেন প্রায় মানুষ জন কিছুসংখ্যক ব্যক্তি না বলেছেন। শেষ ডাক্তার দেখিয়েছেন প্রায় মানুষ 3মাস-3মাসের মধ্যে আবার অনেকে 6-1 বছরের মধ্যে।

: স্বাস্থ্যসাথী কার্ড ও আয়ুষ্মান কার্ডের পরিষেবা সংক্রান্ত তথ্য:

গ্রামের প্রায় মানুষ বলেছিলেন স্বাস্থ্যসাথী কার্ড বা আয়ুষ্মান কার্ড আছে। এবং বেশিরভাগ মহিলারা বলেছেন তার স্বাস্থ্যসাথী কার্ড থেকে অনেক সুবিধা পেয়েছেন, যেমন - ঝড়ের সময় পেপার, কোরনার সময় খাবার ইত্যাদি। আবার দুই-তিন জন ব্যক্তি যারা কোনো সুযোগ সুবিধা এখনো গ্রহণ করেননি বা পাননি। এবং যারা পাননি তারা বলেছেন তারা গ্রাম পঞ্চায়েতের কাছে দরখাস্ত দিয়েছেন তবুও কোনো সুযোগ-সুবিধা পাননি।

: স্বাস্থ্য সংক্রান্ত পরিষেবা:

স্বাস্থ্যকেন্দ্র ছাড়া নিজস্ব এলাকায় ডাক্তার আসেন কিছু মানুষ হ্যাঁ বলেছেন। কিন্তু এলাকার মধ্যে কোনো নিজস্ব ব্যক্তিগত ডাক্তার আসেন না। এবং স্বাস্থ্যকেন্দ্র তারা অনেক সুযোগ-সুবিধা গ্রহণ করেছেন প্রায় মানুষ বলেছেন। এবং স্বাস্থ্যকেন্দ্র ছাড়া তারা পার্শ্ববর্তী এলাকায় মানে চন্ডীপুরের সরকারি হাসপাতালেও অনেক সুবিধা গ্রহণ করেন বললেন প্রায় মানুষ। এবং এলাকায় স্বাস্থ্যকেন্দ্রে শুধু হোমিওপ্যাথি ওষুধ থাকে কিন্তু এলোপ্যাথি ওষুধ প্রায় থাকে না বললেই চলে। এবং এলাকার মধ্যে খুব সংখ্যক প্রতিবন্ধি আছে।

কিন্তু প্রশ্নাবলীর মধ্যে প্রতিবন্ধি আমাদের চোখে পড়েনি। এবং তারা বিনামূল্যে স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে ঔষধ ও পান ব্যবস্থা প্রায় ব্যক্তি সহমত প্রকাশ করেছেন।

: সাধারণ স্বাস্থ্য সংক্রান্ত অন্যান্য প্রশ্ন :

প্রশ্নাবলীতে আমরা কিছু ব্যক্তিকে জিজ্ঞেস করলাম বাড়িতে কেউ মদ্যপান, ধূমপান করেন কিনা সবাই প্রায় তা উত্তর দিয়েছেন, আবার অনেকে হ্যাঁ ও উত্তর দিয়েছেন, আবার অনেকে বলতে চান নি। আবার আমরা দেখেছি তাদের শারীরিক কিছু লক্ষণ দিক থেকে যে তারা ধূমপান বা মদ্যপান করেন। এবং যেমন গুটকা, পান, জর্দা ইত্যাদি সেবন করেন কারণ তাদের দাঁত দেখে সেটা পরিষ্কার বোঝা যাচ্ছে। এবং আমরা কিছু মহিলাদেরও দেখেছি যারা পান বা গুটকা সেবন করেন। এবং তাদের শারীরিক স্বাস্থ্য দেখে বোঝা যাচ্ছে, এবং আমরা কিছু সংখ্যক মানুষদেরও সচেতন করেছি এই ক্ষতিকর জিনিস থেকে দূরে থাকতে। কারণ এই গুলো শরীরের জন্য ক্ষতিকারক। এই গুলো থেকে ক্যান্সারও হতে পারে। এই গুলো হল স্বাস্থ্য সংক্রান্ত কিছু প্রশ্ন।।

গর্ভবতী :

: গর্ভবতী ও স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য :

মুরাদপুর গ্রামের প্রশ্নাবলীতে গিয়ে আমরা মহিলাদের গর্ভবতী ও স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য সংগ্রহ করে পরিবারের কেউ গর্ভবতী আছে কিনা জিজ্ঞেস করলাম প্রায় তা বলেছেন, এবং গর্ভবতী অবস্থাতে তারা অঙ্গনওয়াড়ি থেকে দুধ, ডিম, খাদ্য-সামগ্রী বা কোনো সুবিধা পেয়েছেন তার প্রায় মহিলা হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন। গর্ভবতী বোঝার জন্য কোনো উপায় খুঁজেছেন কিছু মহিলা প্রেগন্যান্সি কিট দিয়ে আবার কেউ ডাক্তার দেখিয়ে, আবার প্রায় মহিলারা ঘরোয়া উপায়ে বুঝেছেন। গর্ভবতী অবস্থাতে অনেক মহিলারা 1-3 মাস অন্তর ডাক্তার দেখিয়েছেন আবার অনেকে দেখাননি। এবং প্রায় মহিলারা 4 মাস অন্তর চন্ডিপুর হাসপাতালে যান ডাক্তার দেখাতে, এবং অনেকে সময় তারা পার্শ্ববর্তী স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যান। গর্ভবতী অবস্থায় ইউএসজি করিয়েছেন প্রায় মহিলারা করিয়েছেন আবার অনেক মহিলা করাননি। যারা ইউএসজি করাতেন 2-3 মাস অন্তর। গর্ভবতী অবস্থায়, আয়রন বা ফলিক অ্যাসিড যুক্ত কোনো ঔষধ খেয়েছেন সবাই হ্যাঁ বলেছেন। এবং এই আয়রন ঔষধ পার্শ্ববর্তী স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে তারা পেতেন। কখনো কি গর্ভবতী অবস্থাতে সন্তান নষ্ট হয়েছিল প্রায় সব মহিলা না বলেছেন। কিন্তু 2-3 জন হ্যাঁ বলেছেন। কারণ তারা বোঝাতে চান নি। গর্ভপাতের পর ডাক্তারের কাছে পরামর্শ নেননি। গর্ভপাতের পর আবার কতদিন পর সন্তান নিয়েছেন অনেকে 1-3 বছর পর আবার অনেকে 1-2 বছরের মধ্যে অনেকে আর গর্ভবতী হতে পারেননি।

বলছেন কি আপনার বা আপনার পরিবারের কারোর মত সন্তান প্রসব হয়েছিল সব মহিলা না বলেছেন।

ঃ সদ্যজাত সন্তানের স্বাস্থ্য সম্পর্কে সচেতনতার তথ্য ঃ

সন্তান প্রসবের সময় প্রথম কোথায় যান প্রায় মহিলারা চন্দ্রপুর হাসপাতালে আবার অনেকে কাঞ্চনাথ নার্সিং হোমে আবার কেউ কেউ বাড়িতে প্রসব হয়েছে। সন্তান প্রসবের সময় কিভাবে প্রসব হয়েছিল প্রায় সবাই সিজারিয়ান বলেছেন আবার কিছু সংখ্যক মহিলা নরমালে হয়েছেন। মহিলাদের প্রায় নির্দিষ্ট সময় সন্তান প্রসব হয়েছিল। এবং সন্তানের ওজন ছিল মহিলাদের কথায় — 2.500-3.00 kg-র মধ্যে। সদ্যজাত সন্তানের কোনো শারীরিক অসুস্থতা ছিল প্রায় সবাই না বলেছেন। সন্তানকে নিয়ম মত টিকা করিয়েছেন প্রায় সবাই হ্যাঁ বলেছেন। সবাই সদ্যজাত সন্তানকে নিজের স্তন্যপান করান। নিয়মিত বাচ্চাকে ডাক্তার দেখান অনেকে হ্যাঁ বলেছেন আবার 1-2 জন না বলেছেন। কারোর জিজ্ঞেস করাতে কোনোরকম ঘরোয়া উপায় ব্যবহার করেছেন, হ্যাঁ হলে কতদিন অন্তর ডাক্তার দেখান অনেকে 3-5 মাস বলেছেন অনেকে 2-4 মাস বলেছেন। বাচ্চার অসুখ-বিসুখ হলে কার কাছে যান সবাই ডাক্তারের কাছে যোগাযোগ। আবার অনেকে প্রাথমিক স্বাস্থ্যকেন্দ্র আবার অনেকে হাসপাতালেও যান। সদ্যজাত সন্তানের স্বাস্থ্য সম্পর্কে তাদের মানসিক দিক থেকে অনেক সচেতন বলে ব্যক্তিগত ভাবে আমার মনে হয়েছে।

ঃ মেয়েদের সন্তান নেওয়ার সঠিক সীমা সংক্রান্ত তথ্য ঃ

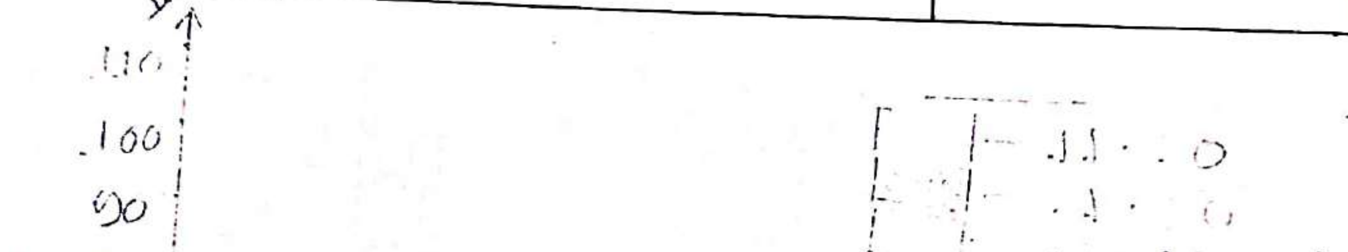
মেয়েদের কত বছর বয়সে সন্তান নেওয়া সঠিক সেক্ষেত্রে কিছু মহিলারা বলেছেন 18-20 বছর বয়সে আবার অনেকে 20-21 বছরের মধ্যে বলেও বলেছেন। মেয়েদের মোট কয়টি সন্তান হওয়া দরকার সেক্ষেত্রে কিছু মহিলা উত্তর দিয়েছেন 2-3 টে। এবং কয়টি সন্তান হবে এবং কতদিন পরে হবে সে বিষয়ে আপনারা কার মতামত নিয়েছেন সবাই নিজের স্বামী-স্ত্রী-র কথা বলেছেন। মেয়েদের কি প্রজনন সম্পর্কে জানানো উচিত আপনার মতামত সবাই এক সহমত প্রকাশ করেছেন হ্যাঁ। সন্তান নেওয়ার আগে আপনি সেই বিষয়ে ডাক্তার বা গ্রামের অঙ্গনওয়াড়ী বা পাড়ার মহিলাদের সাথে আলোচনা করেছেন বা পরামর্শ নিয়েছেন সবাই না বলেছেন কারণ এই বিষয় অত্যন্ত ব্যক্তিগত।

ঃ মানসিক স্বাস্থ্য সংক্রান্ত তথ্য ঃ

মানসিক স্বাস্থ্য সম্পর্কে আমরা জিজ্ঞেস করলাম আপনার কী মনে হয় স্বাস্থ্য সম্পর্কে আপনি কিভাবে সুস্থ থাকবেন সে ক্ষেত্রে প্রায় সবাই বলছেন ঠিক মত খাওয়ার খেতে হবে, ওষুধ খেতে হবে এবং নিজেকে ফিট রাখতে হবে। পরিবারের কারোর রক্তাল্পতা আছে অনেকে না বলেছেন আবার এক থেকে দুই জন হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন, কারণ তাদের শারীরিক অসুবিধা।

সারণী - ১ :- সামাজিক জনসংখ্যার উত্তরদাতার বয়স তথ্যের বিশ্লেষণ :-

উত্তরদাতার বয়স	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
11-20	5	4.54 %
21-30	24	21.81 %
31-40	32	29.09 %
41-50	23	20.90 %
51-60	17	15.45 %
61-70	8	7.27 %
71-80	1	0.90 %
মোট	110	

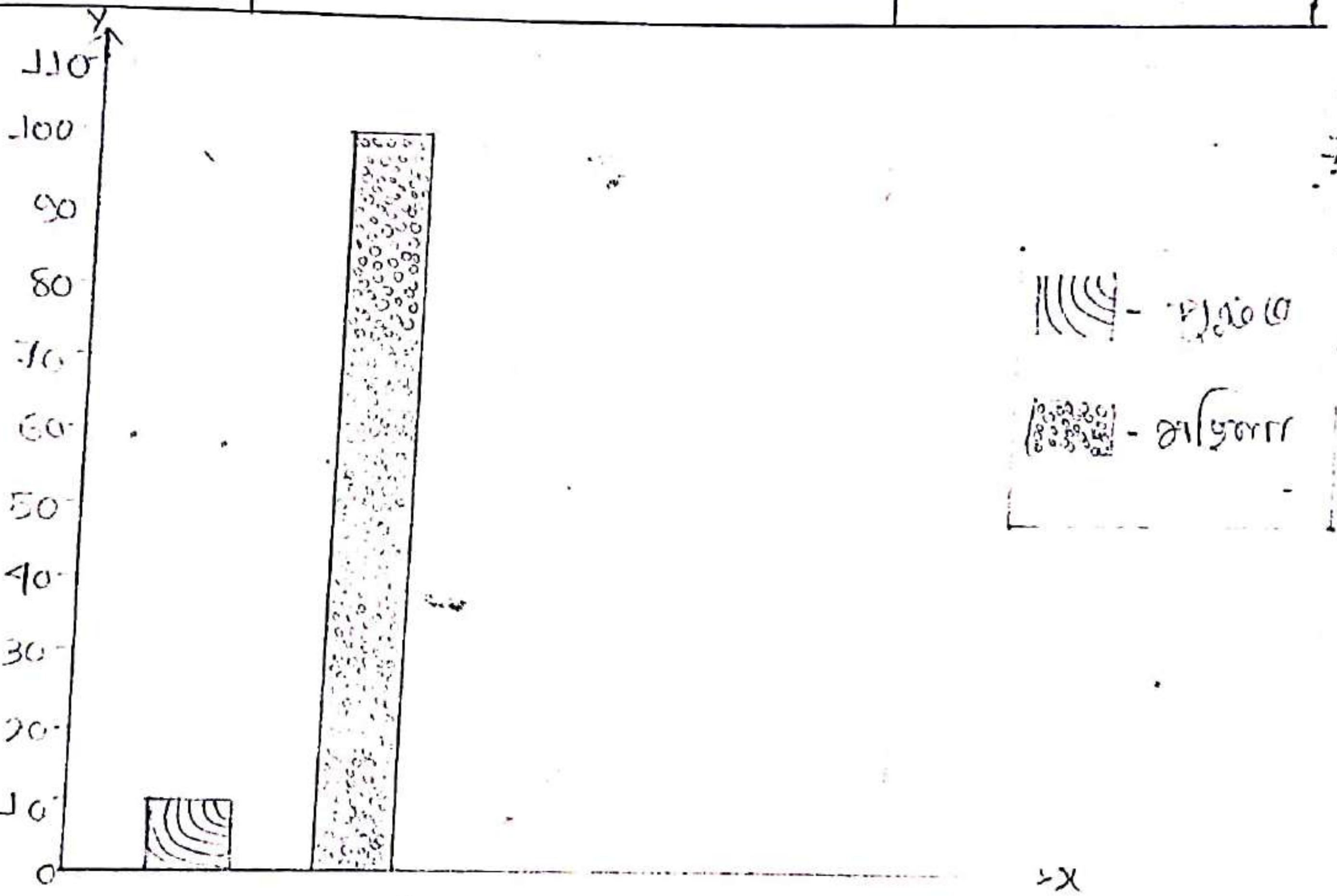


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার বয়সের ক্ষেত্রে মোট (N)=110 জন। উত্তরদাতার মধ্যে 11-20 জনের সংখ্যা হল - 5(4.54%), 21-30 জনের সংখ্যা হল - 24(21.81%), 31-40 জনের সংখ্যা হল- 32(29.09%), 41-50 জনের সংখ্যা হল-23(20.90%), 51-60 জনের সংখ্যা হল - 17(15.45%), 61-70 জনের সংখ্যা হল - 8(7.27%), 71-80 জনের সংখ্যা হল- 1(0.90%)।।

সারণী - ২

উত্তরদাতার লিঙ্গ

উত্তরদাতার লিঙ্গ	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
পুরুষ	১০	৯.০৯%
মহিলা	১০০	৯০.৯০%
মোট	১১০	

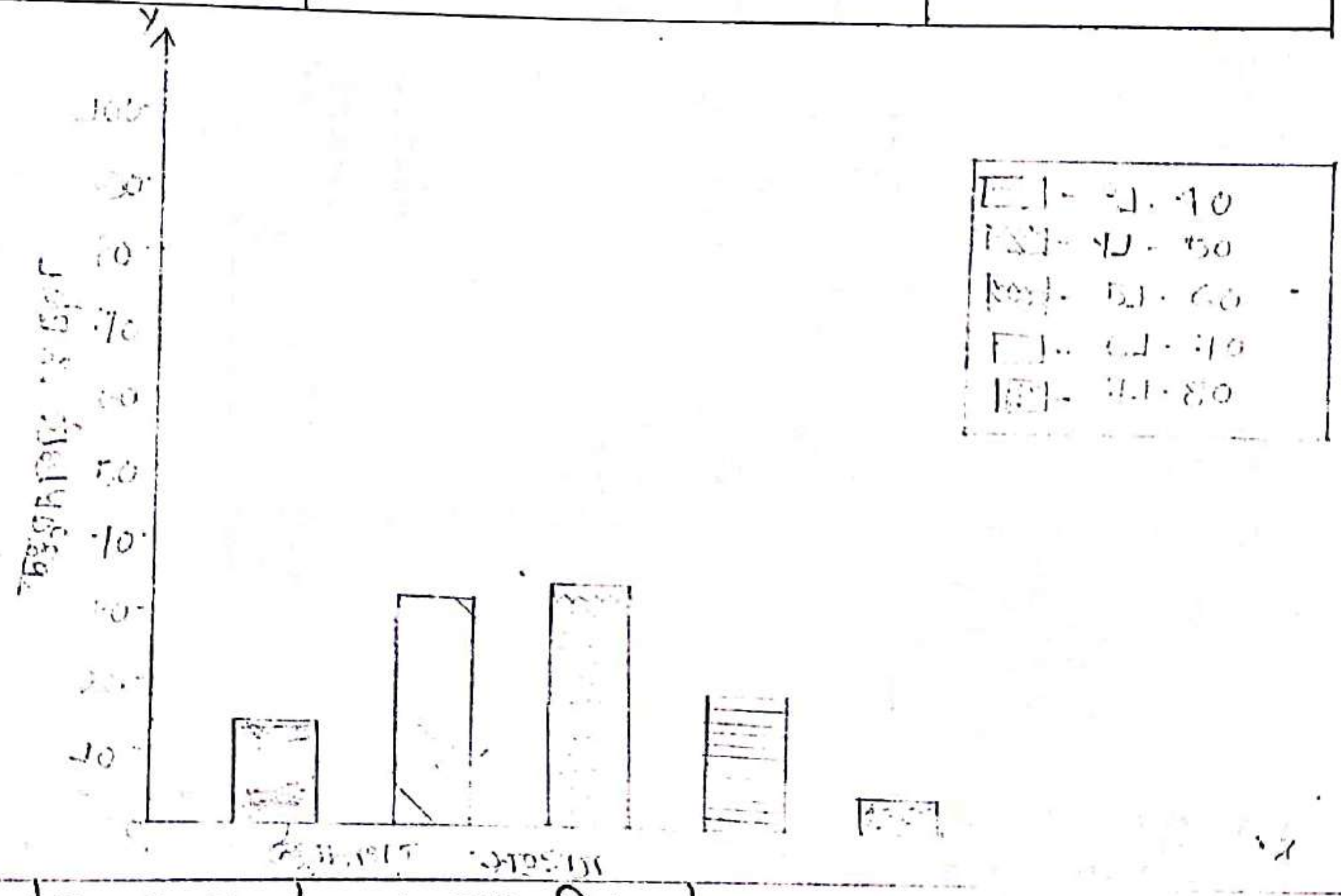


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার লিঙ্গের ক্ষেত্রে মোট (n) = ১১০ জন, উত্তরদাতার মধ্যে পুরুষ উত্তরদাতার সংখ্যা হল - ১০ (৯.০৯%), ও মহিলা উত্তরদাতার সংখ্যা হল - ১০০ (৯০.৯০%)।।

সারণী- 3

উত্তরদাতার বয়সভিত্তিক

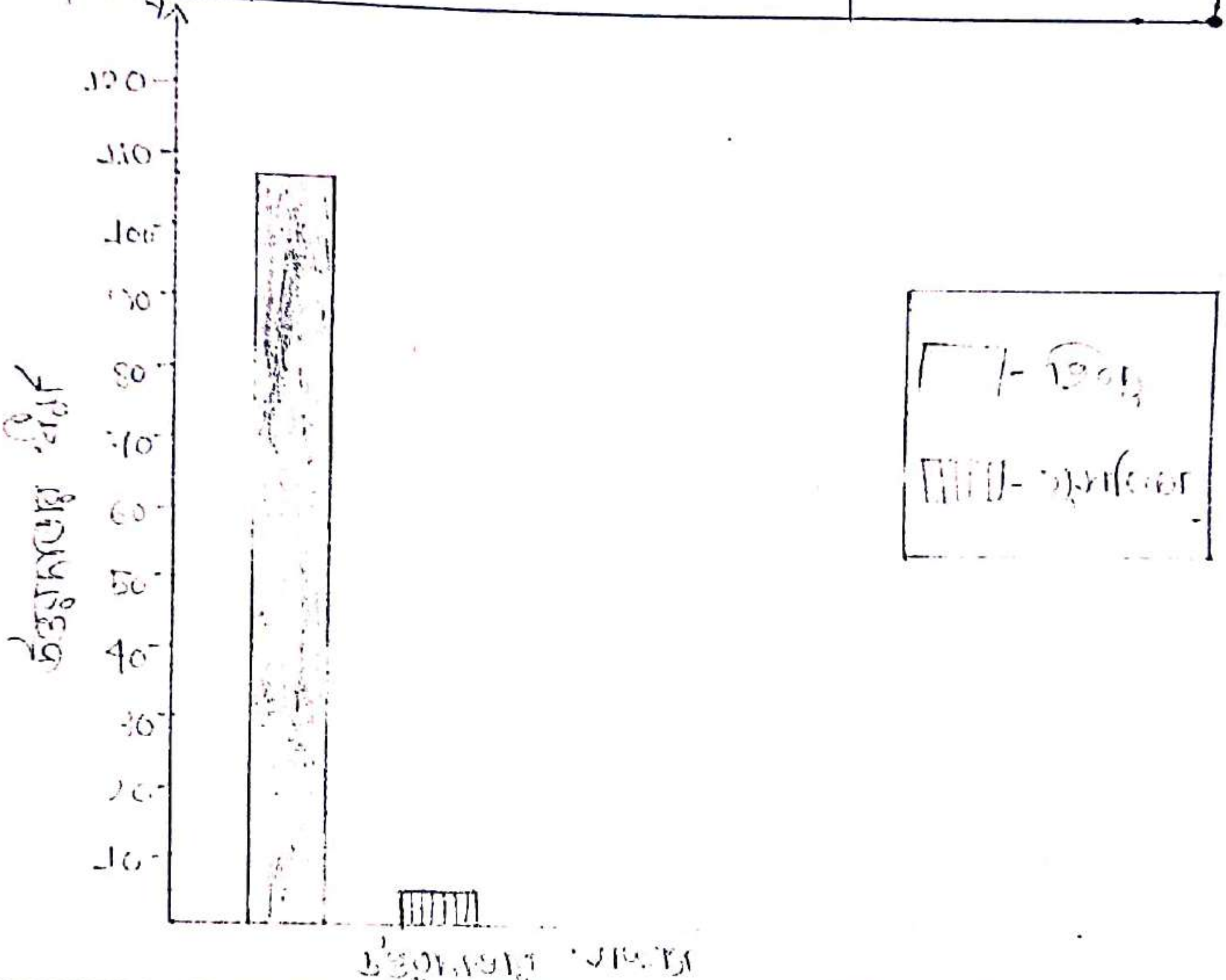
উত্তরদাতার বয়স	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
31-40	14	14%
41-50	32	32%
51-60	33	33%
61-70	18	18%
71-80	3	3%
মোট	100	



উত্তরদাতার উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার বয়সের ক্ষেত্র মোট (N)=100 জন। উত্তরদাতার মধ্যে 31-40 তাদের মোট সংখ্যা হলো -14(14%)। 41-50 তাদের মধ্যে মোট সংখ্যা হলো - 32(32%)। 51-60 তাদের মধ্যে মোট সংখ্যা হলো - 33(33%)। 61-70 তাদের মধ্যে মোট সংখ্যা হলো -18(18%)। 71-80 তাদের মধ্যে মোট সংখ্যা হলো - 3(3%)।।

সারণী- ৪
উত্তরদাতার ধর্ম

উত্তরদাতার ধর্ম	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হিন্দু	106	96.36 %
মুসলিম	4	3.63 %
মোট	110	

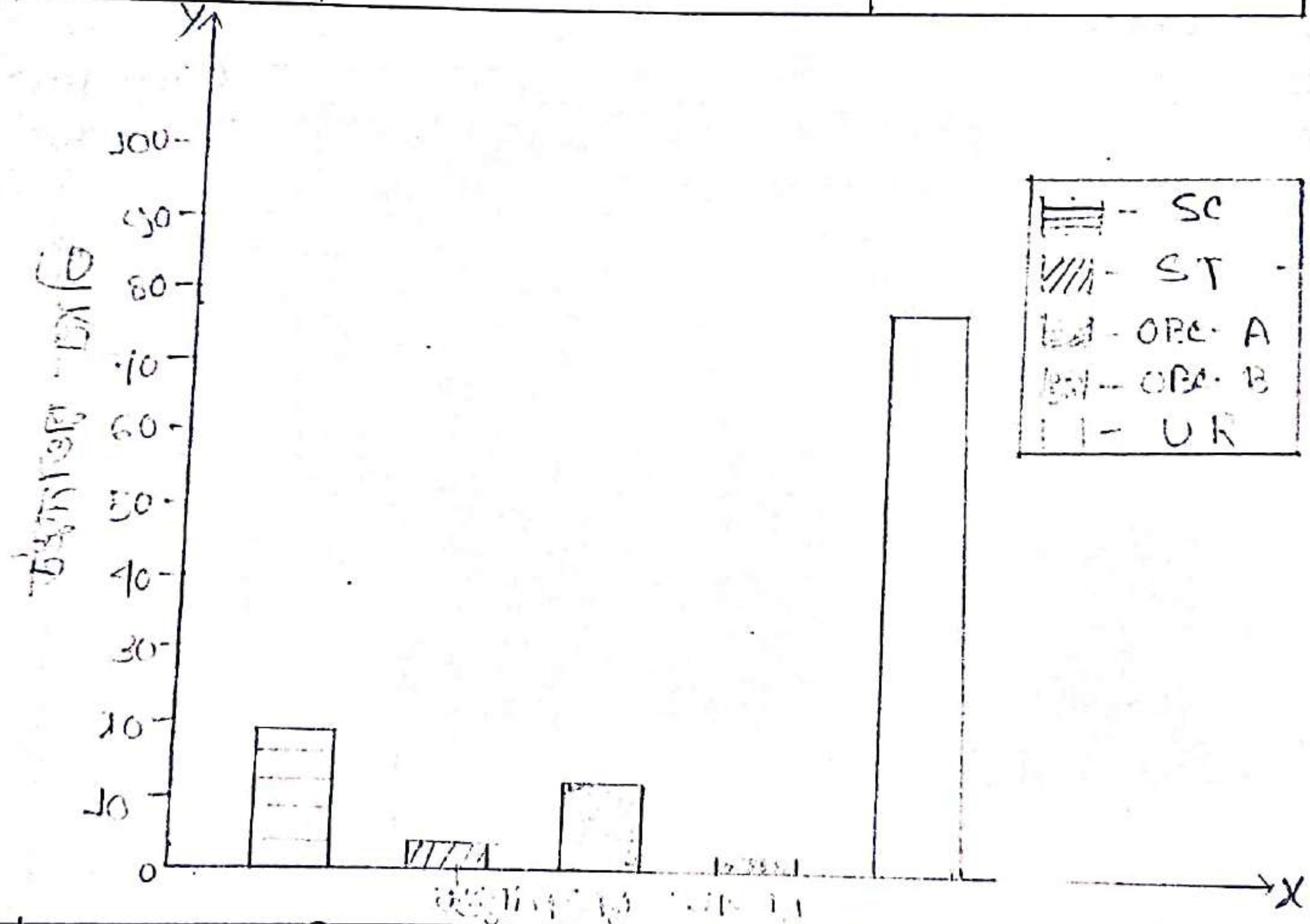


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার ধর্মে মোট স্যাম্পল হল (N) = 110 জন। হিন্দু উত্তরদাতার মধ্যে সংখ্যা হল মোট- 106 (96.36%)। উত্তরদাতার মধ্যে মুসলিমদের সংখ্যা হল মোট- 4 (3.63%)।।

সারণী - ৮

উত্তরদাতাদের জাতিঃ

উত্তরদাতার জাতি	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
SC	১৮	১৬.৩৬%
ST	৩	২.৭২%
OBC - A	১১	১০%
OBC - B	১	০.৯০%
UR	৭৭	৭০%
মোট	১১০	

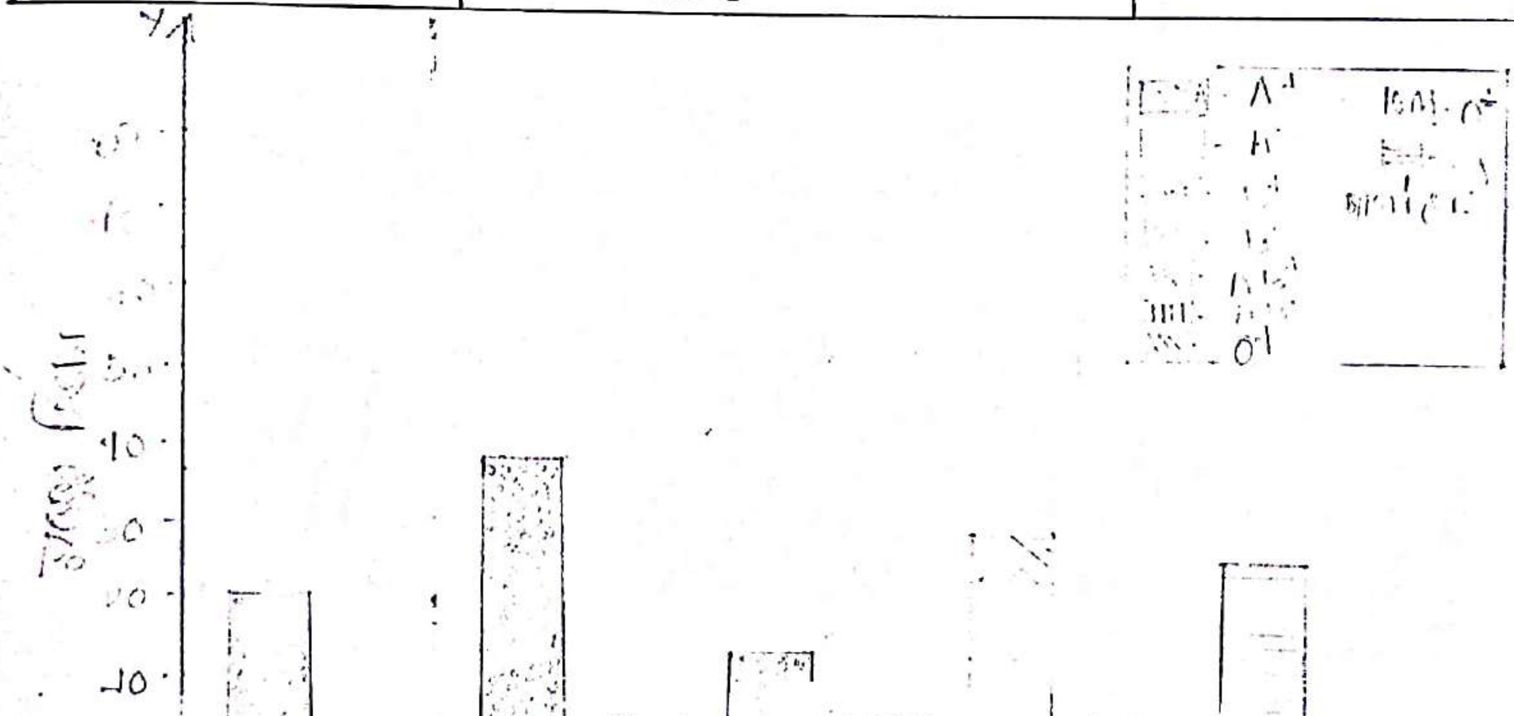


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার জাতির ক্ষেত্র মোট হলো - ১১০ জন, উত্তরদাতার SC - এর মধ্যে সংখ্যা মোট হলো - ১৮ (১৬.৩৬%)। ST - এর মধ্যে মোট সংখ্যা হলো - ৩ (২.৭২%)। OBC - A এর মধ্যে মোট সংখ্যা হলো - ১১ (১০%)। OBC - B - এর মধ্যে মোট সংখ্যা হলো - ১ (০.৯০%)। UR - এর মধ্যে মোট সংখ্যা হলো - ৭৭ (৭০%)।।

সারণী-6

উত্তরদাতাদের রক্তের বিভাগ

উত্তরদাতার রক্তের বিভাগ	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
A+	20	18.18%
A−	1	0.90%
B+	27	24.54%
B−	1	0.90%
AB+	11	10%
AB−	1	0.90%
O+	26	23.63%
O−	1	0.90%
জানা নেই	22	20%
মোট	110	



উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার রক্তের বিভাগের ক্ষেত্রে মোট জন=110জন। A+-গ্রুপ এর মধ্যে মোট জন-20(18.18%)। A−-গ্রুপ মধ্যে মোট-1(0.90%)। B+-গ্রুপ মধ্যে মোট-27(24.54%)। B−-গ্রুপ মধ্যে মোট-1(0.90%)। AB+-গ্রুপ মধ্যে মোট জন-11(10%)। AB−-গ্রুপ মধ্যে মোট জন-1(0.90%)। O+-গ্রুপ মধ্যে মোট জন-26(23.63%)। O−-গ্রুপ মধ্যে মোট জন-1(0.90%)। এবং উত্তরদাতার মধ্যে জানা নেই রক্তের বিভাগের সংখ্যা-22(20%)।।

সারণী - ৭

উত্তরদাতাদের পেশা

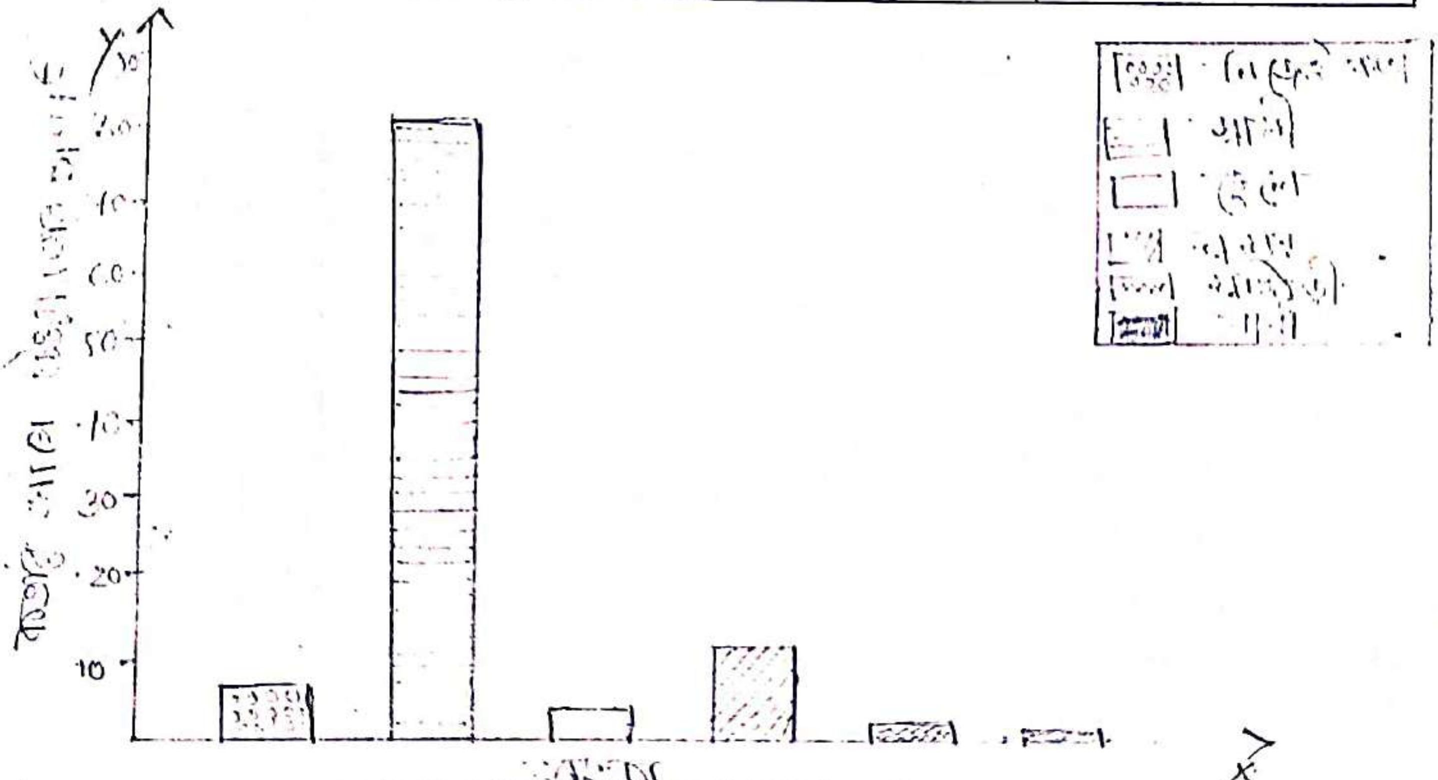
উত্তরদাতার পেশা	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
গৃহবধূ	60	54.54 %
শ্রমিক	34	30.90 %
চাকরি	7	6.36 %
কৃষক	4	3.63 %
ছাত্র	1	0.90%
ব্যবসা	4	3.63%
মোট	110	

উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার পেশার ক্ষেত্রে মোট (n)=110 জন। গৃহবধূর মোট সংখ্যা হল- 60(54.54%)। শ্রমিকের মোট সংখ্যা হল- 34(30.90%)। চাকরির মোট সংখ্যা হল- 7(6.36%), কৃষকের মোট সংখ্যা হল- 4(3.63%)। ছাত্রের মোট সংখ্যা হল - 1(0.90%)। ব্যবসায়ের সংখ্যা মোট হল- 4(3.63%)।।

সারণী - ৪

কর্তার সাথে উত্তরদাতার সম্পর্ক

কর্তার সাথে উত্তরদাতার সম্পর্ক	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
নিজেই কর্তা	8	7.27%
স্বামী	81	73.63%
ছেলে	4	3.63%
শ্বশুর	13	11.81%
শাশুড়ী	3	2.72%
বাবা	1	0.90%
মোট	110	

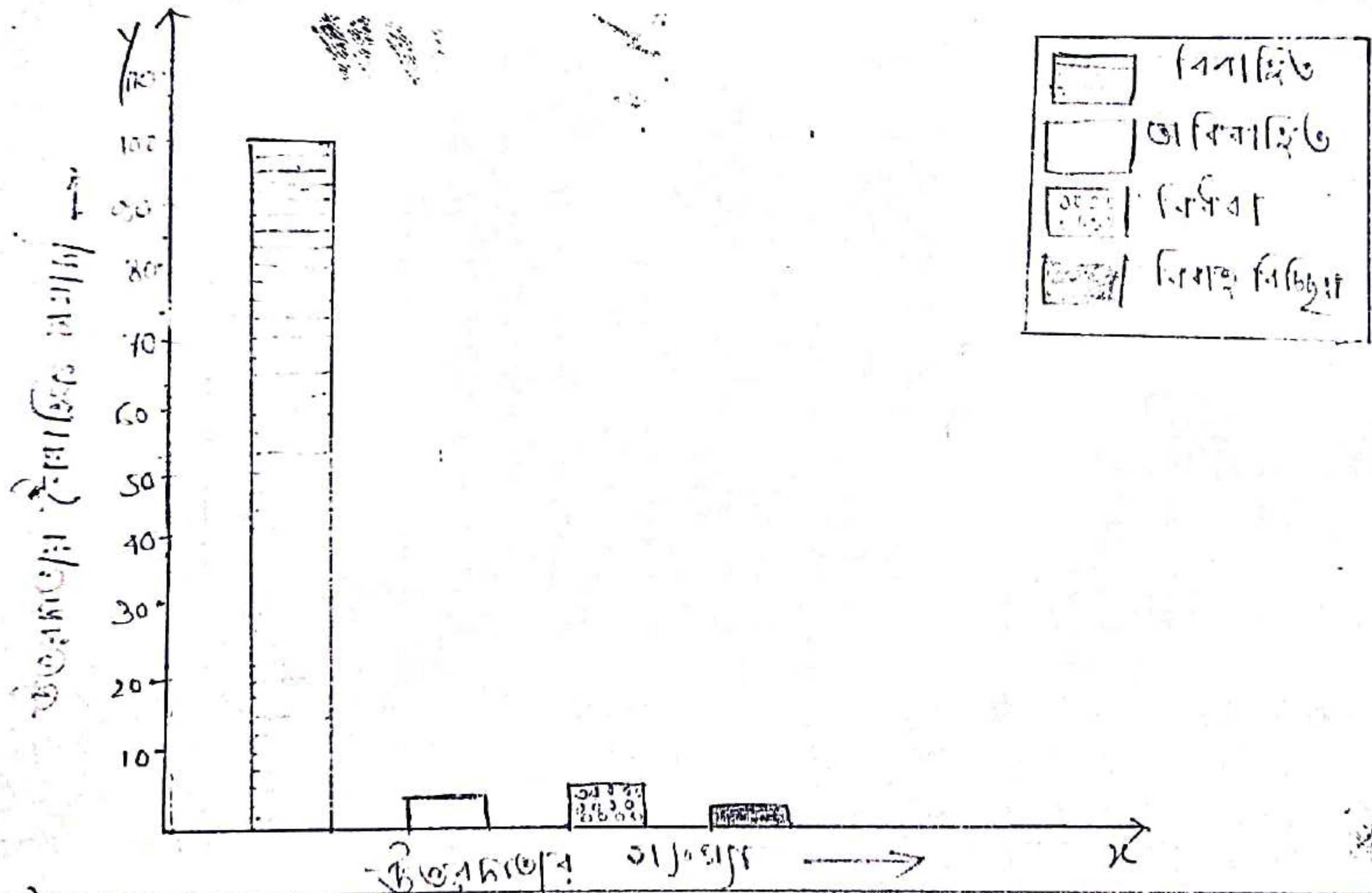


উপরোক্ত সারণীতে কর্তার সাথে উত্তরদাতার সম্পর্কের ক্ষেত্রে মোট- 110 জন। উত্তরদাতার মধ্যে নিজেই কর্তার মোট সংখ্যা হল - 8(7.27%)। স্বামীর মধ্যে মোট সংখ্যা হল- 81(73.63%)। ছেলের মধ্যে মোট সংখ্যা হল - 4(3.63%)। শ্বশুরের মধ্যে মোট সংখ্যা হল= 13(11.81%)। শাশুড়ীর মধ্যে মোট সংখ্যা হল - 3(2.72%)। বাবার মধ্যে মোট সংখ্যা হল - 1(0.90%)।।

সারণী- ৩

উত্তরদাতাদের বৈবাহিক মর্যাদা

উত্তরদাতার বৈবাহিক মর্যাদা	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
বিবাহিত	১০০	৯০.৯০%
অবিবাহিত	৩	২.৭২%
বিধবা	৫	4.54%
বিপত্নীক	0	0
বিবাহ বিচ্ছিন্ন	২	১.৮১%
মোট	১১০	

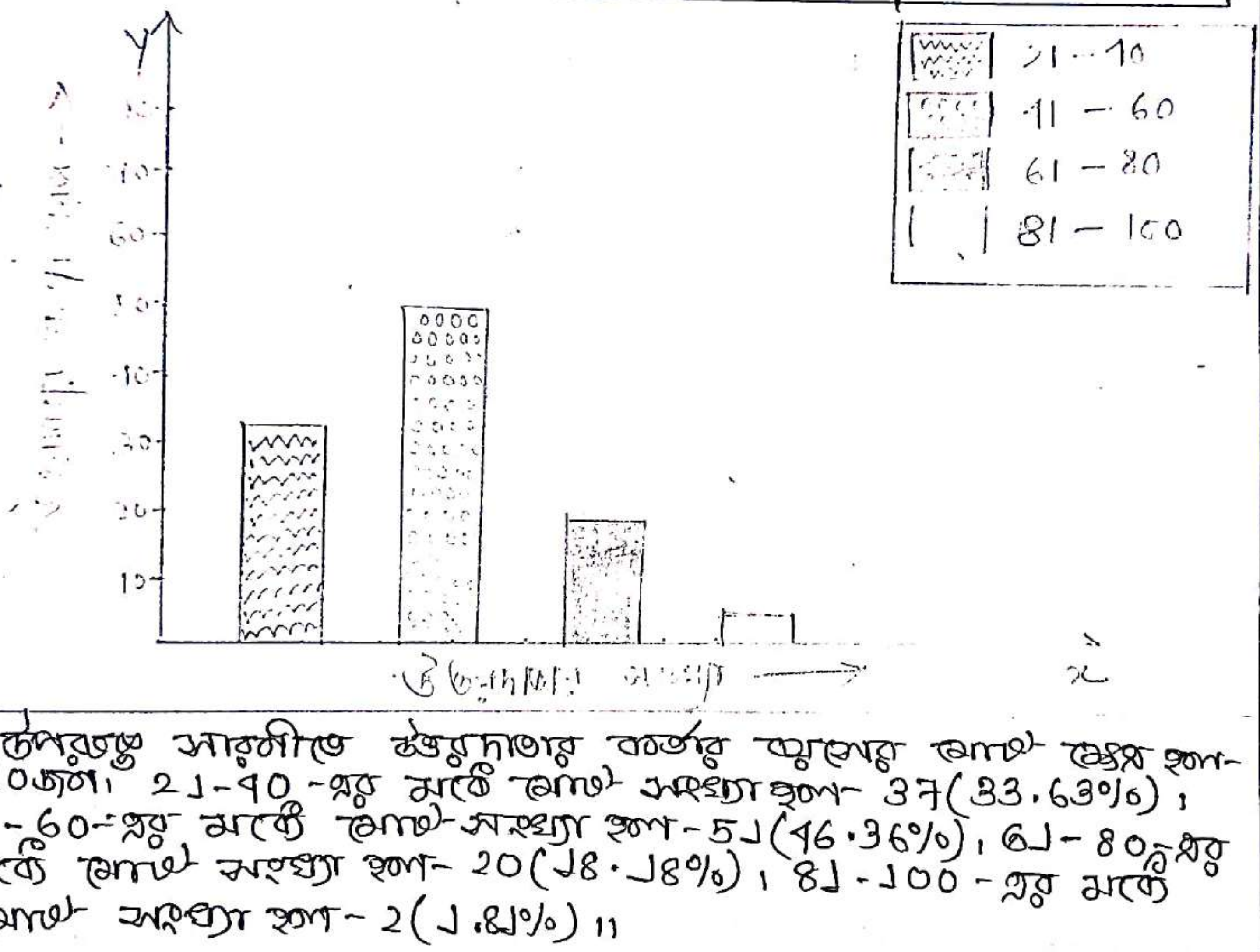


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার বৈবাহিক মর্যাদার ক্ষেত্রে মোট সংখ্যা হল- ১১০ জন। বিবাহিতের মোট সংখ্যা হল- ১০০ (৯০.৯০%), অবিবাহিতের মধ্যে মোট সংখ্যা হল- ৩ (2.72%)। বিধবার মধ্যে মোট সংখ্যা হল- ৫ (4.54%)। বিপত্নীকের মধ্যে মোট সংখ্যা হল- 0 (0)। বিবাহ বিচ্ছিন্নের মধ্যে মোট সংখ্যা হল-2(১.৮১%)

সারণী - ১০

উত্তরদাতার বয়সের ধরন

উত্তরদাতার বয়সের ধরন	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
21 - 40	37	33.63%
41 - 60	51	46.36%
61 - 80	20	18.18%
81 - 100	2	1.81%
মোট	110	

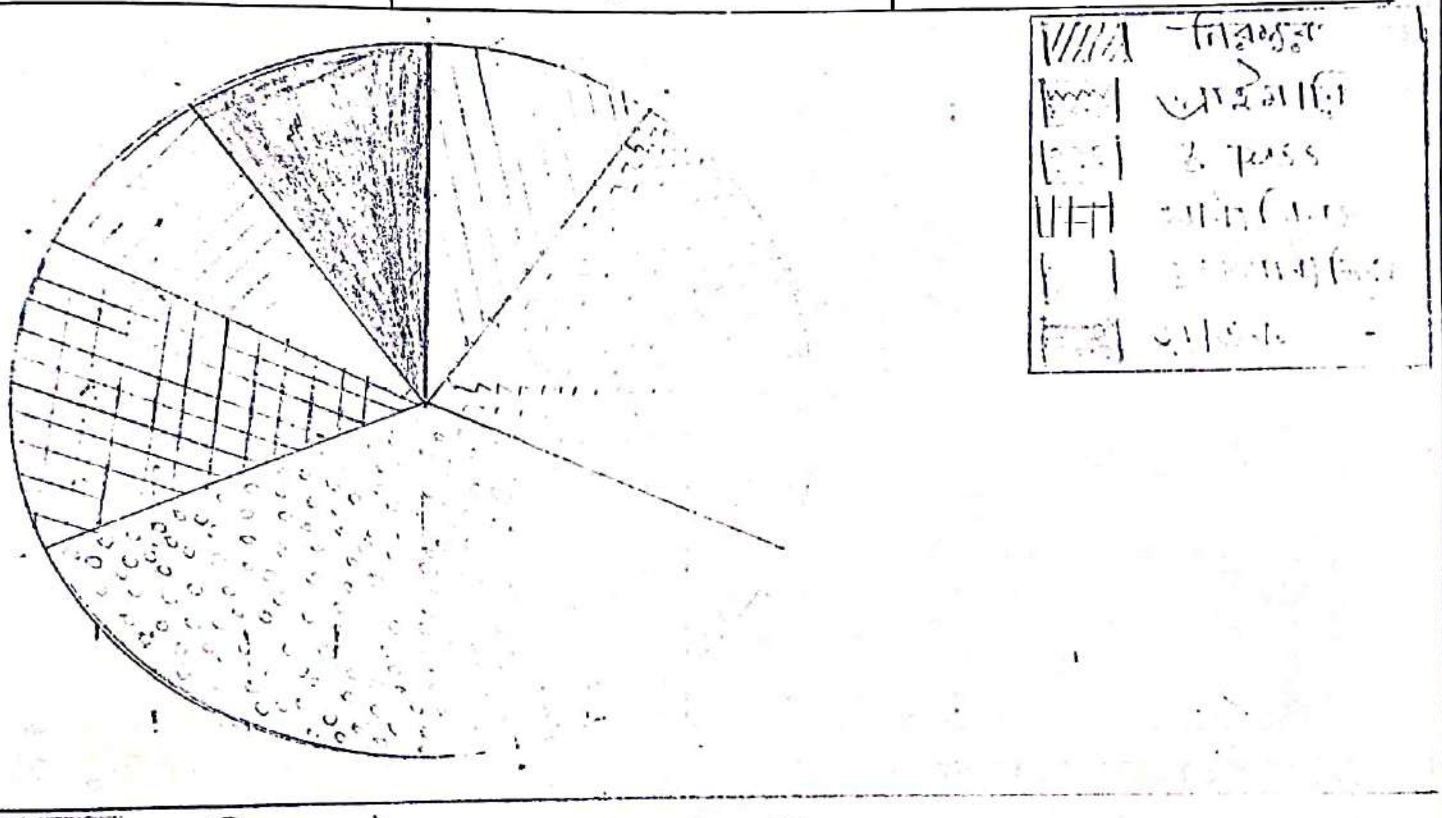


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার বয়সের ধরনের মোট উত্তর হল- 110জন। 21-40-এর মধ্যে মোট সংখ্যা হল- 37(33.63%), 41-60-এর মধ্যে মোট সংখ্যা হল- 51(46.36%), 61-80-এর মধ্যে মোট সংখ্যা হল- 20(18.18%), 81-100-এর মধ্যে মোট সংখ্যা হল- 2(1.81%)।।

সারণী – ১১

বর্তমান শিক্ষাগত যোগ্যতা

বর্তমান শিক্ষাগত যোগ্যতা	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
নিরক্ষর	১২	১০.৯০ %
প্রাইমারি	২৯	২৬.৩৬ %
8 Pass	৩১	২৮.১৮ %
মাধ্যমিক	১৫	১৩.৬৩ %
উচ্চ মাধ্যমিক	১১	১০ %
স্নাতক	১২	১০.৯০ %
মোট	১১০	

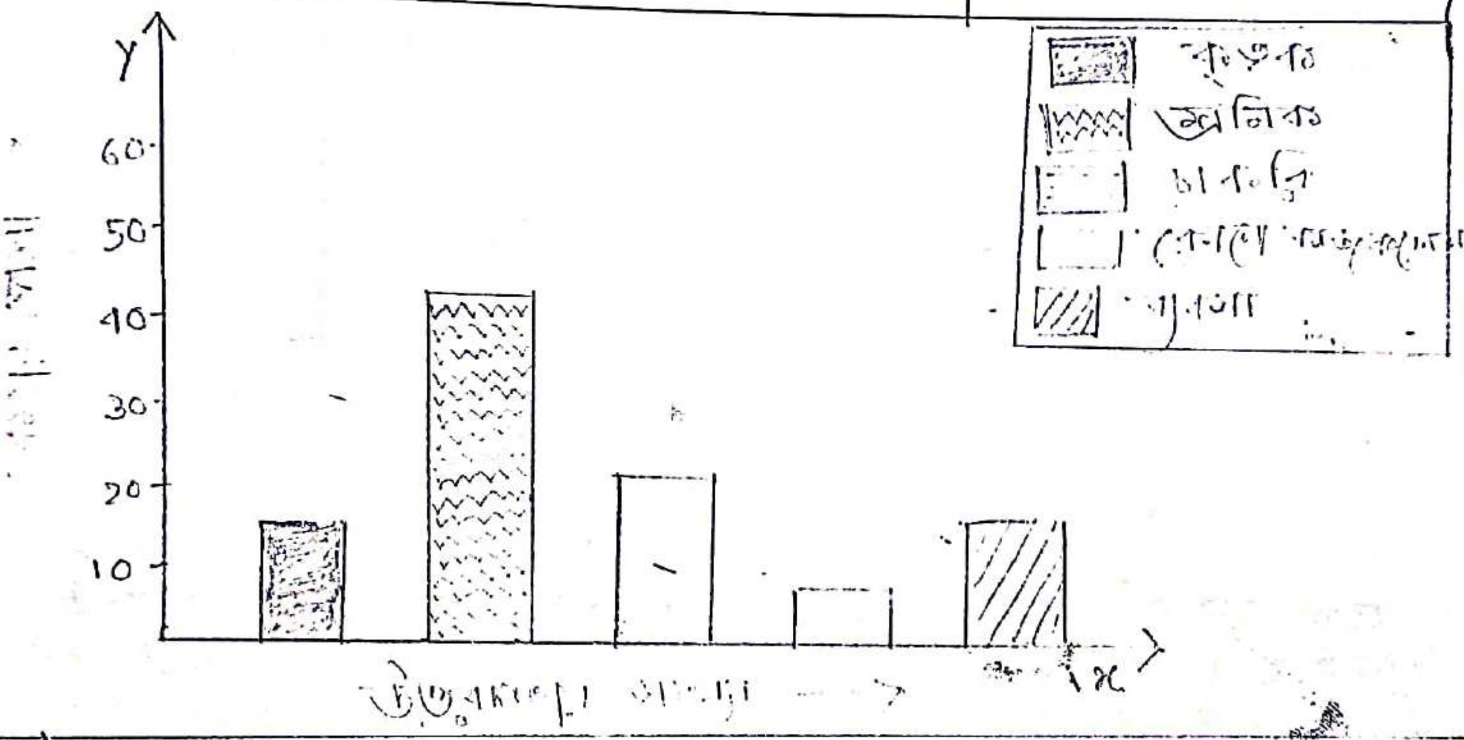


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার বর্তমান শিক্ষাগত যোগ্যতার মোট ক্ষেত্রে হল–১১০ জন। নিরক্ষরদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল –১২(১০.৯০%)। প্রাইমারিদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল– ২৯ (২৬.৩৬%)। 8 Pass-এর মধ্যে মোট সংখ্যা হল– ৩১ (২৮.১৮%)। মাধ্যমিকদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল– ১৫(১৩.৬৩%)। উচ্চ মাধ্যমিকদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল– ১১ (১০%)। স্নাতকদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল–১২(১০.৯০%)।।

কর্তার পেশা

সারণী - ১২

কর্তার পেশা	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
কৃষক	১৮	১৬.৩৬%
শ্রমিক/দিন মজুর	৪৫	৪০.৯০%
চাকরি	২১	২৪.৫৪%
বেকার কাজ করেনা	৭	৬.৩৬%
ব্যবসা	১৯	১৭.২৭%
মোট	১১০	

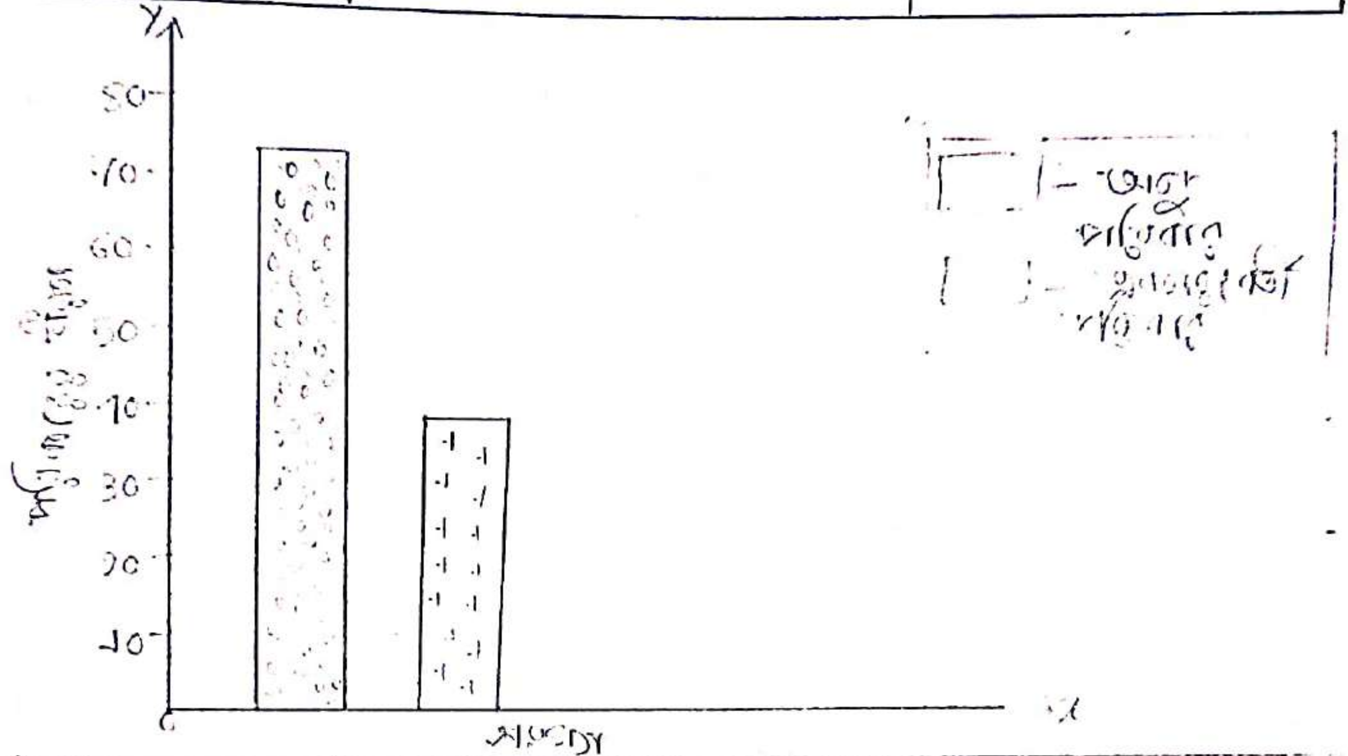


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার কর্তার পেশায় মোট-জনসংখ্যা হল- ১১০ জন। কৃষকদের মোট সংখ্যা হল - ১৮ (১৬.৩৬%)। শ্রমিক/দিন মজুরদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল- ৪৫(৪০.৯০%), চাকরিদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল- ২১ (২৪.৫৪%)। বেকার কাজ করেনা তাদের মধ্যে মোট-সংখ্যা হল - ৭(৬.৩৬%), ব্যবসার সাথে যুক্ত তাদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল - ১৯ (১৭.২৭%)।।

সারণী - 13

পরিবারের ধরণ

পরিবারের ধরণ	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
অণু পরিবার	71	65.45 %
একান্নবর্তী পরিবার	39	35.45%
মোট	110	

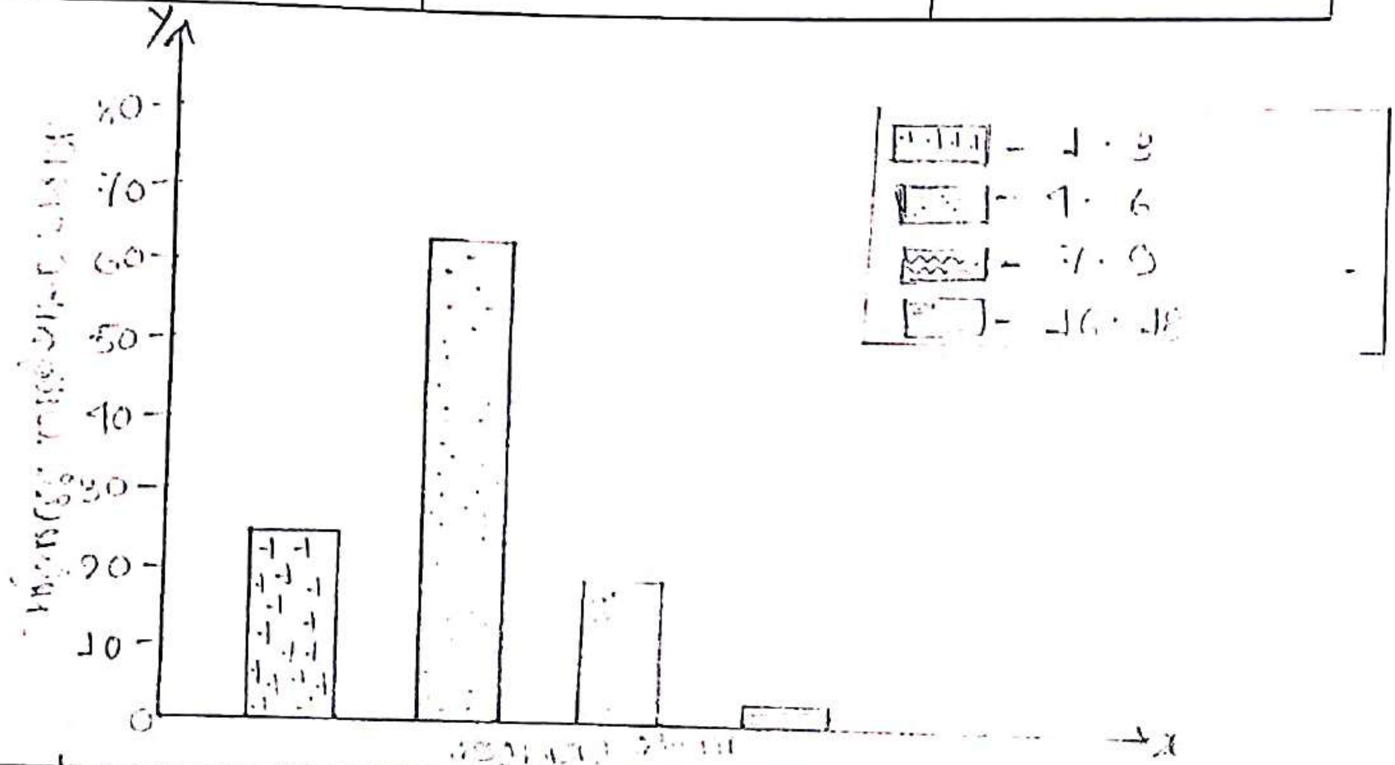


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার পরিবারের ধরণের ক্ষেত্র মোট হল-110 জন, তাদের মধ্যে অণু পরিবারদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল- 71(65.45%)। এবং একান্নবর্তী পরিবারদের মধ্যে মোট সংখ্যা হল- 39(35.45%)।।

সারণী - ১৪

পরিবারের মোট সদস্য সংখ্যা

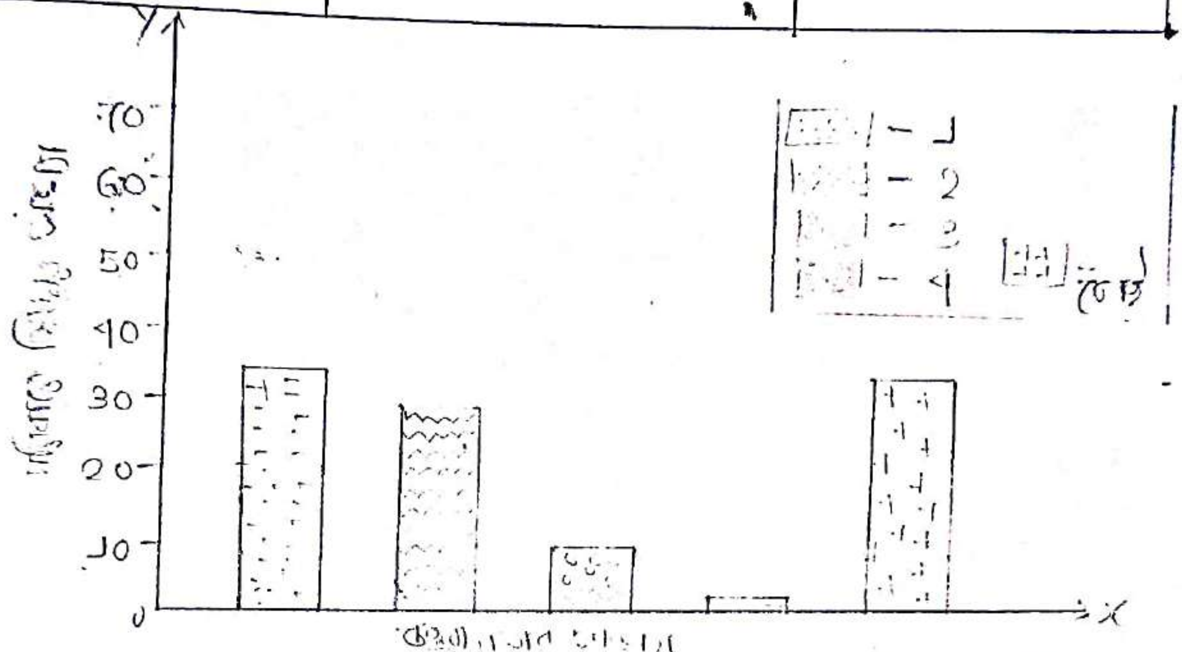
পরিবারের মোট সদস্য সংখ্যা	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
1-3	25	22.72%
4-6	64	58.18%
7-9	19	17.27%
10-12	0	0
13-15	0	0
16-18	2	1.81%
মোট	110	



উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার পরিবারের মোট সদস্য সংখ্যার ক্ষেত্রে মোট হলো- 110 জন। উত্তরদাতার মধ্যে 1-3 জনের মধ্যে মোট সদস্য সংখ্যা হলো- 25 (22.72%)। 4-6 জনের মধ্যে মোট সদস্য সংখ্যা হলো- 64 (58.18%)। 7-9 জনের মধ্যে মোট সদস্য সংখ্যা হলো- 19 (17.27%)। 16-18 জনের মধ্যে মোট সদস্য সংখ্যা হলো- 2 (1.81%)।

সারণী-১৫
উত্তরদাতার পরিবারের শিশুর সংখ্যা

উত্তরদাতার পরিবারের শিশুর সংখ্যা	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
1	35	31.81 %
2	30	27.27 %
3	10	9.09%
4	1	0.90 %
নেই	34	30.90%
মোট	110	

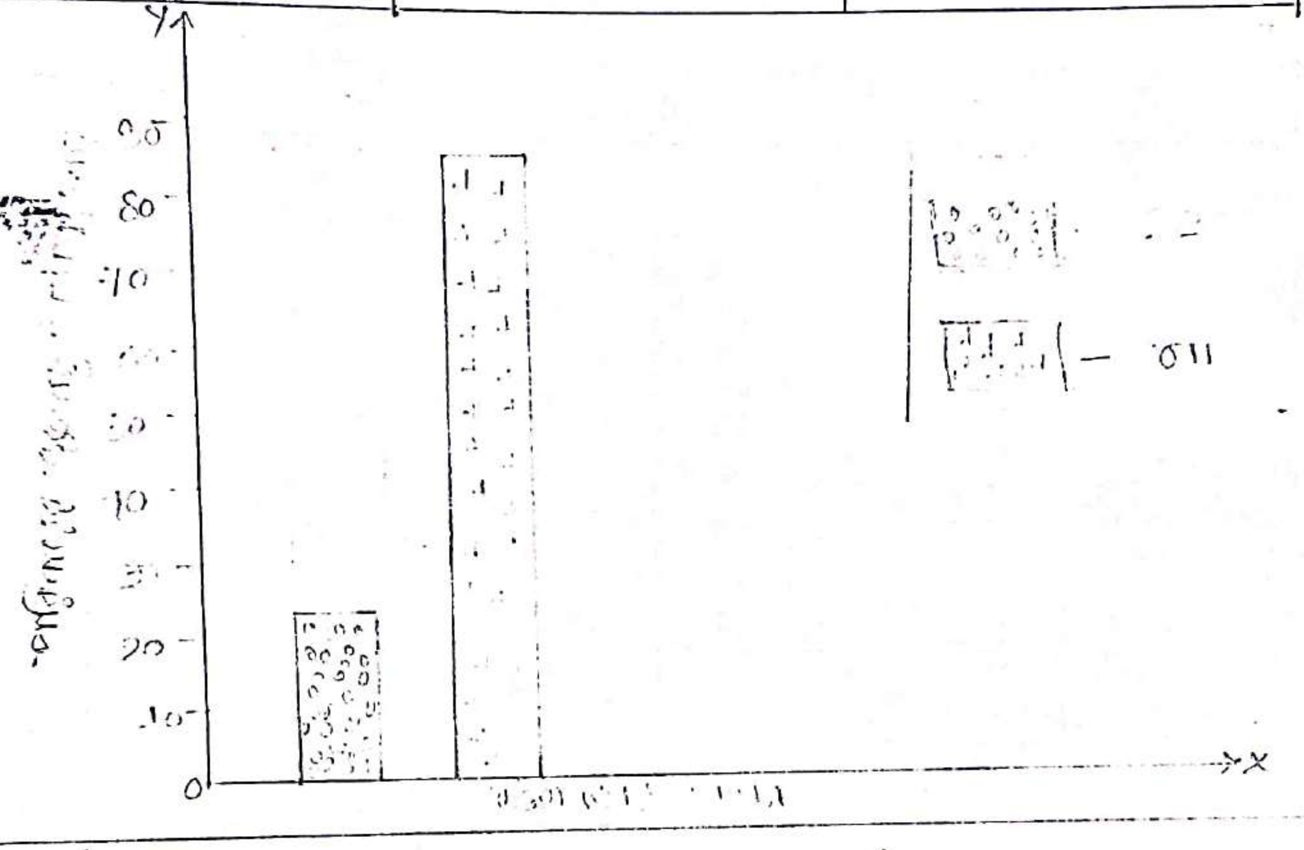


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার পরিবারের শিশুর সংখ্যার মোট ক্ষেত্র হল-110 জন। উত্তরদাতাদের 1 জনের মধ্যে মোট সংখ্যা হল - 35(31.81%)। 2 জনের মধ্যে মোট হল - 30(27.27%)। 3 জনের মধ্যে মোট সংখ্যা হল - 10(9.09%)। 4 জনের মধ্যে মোট সংখ্যা হল - 1(0.90%)। নেই - এর মধ্যে মোট সংখ্যা হল - 34(30.90%)।।

সারণী - ১৬

পরিবারের স্কুলছুট ছেলে মেয়ে আছে

উত্তরদাতার পরিবারের স্কুলছুট ছেলে মেয়ে আছে	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হ্যাঁ	22	20%
না	88	80%
মোট	110	

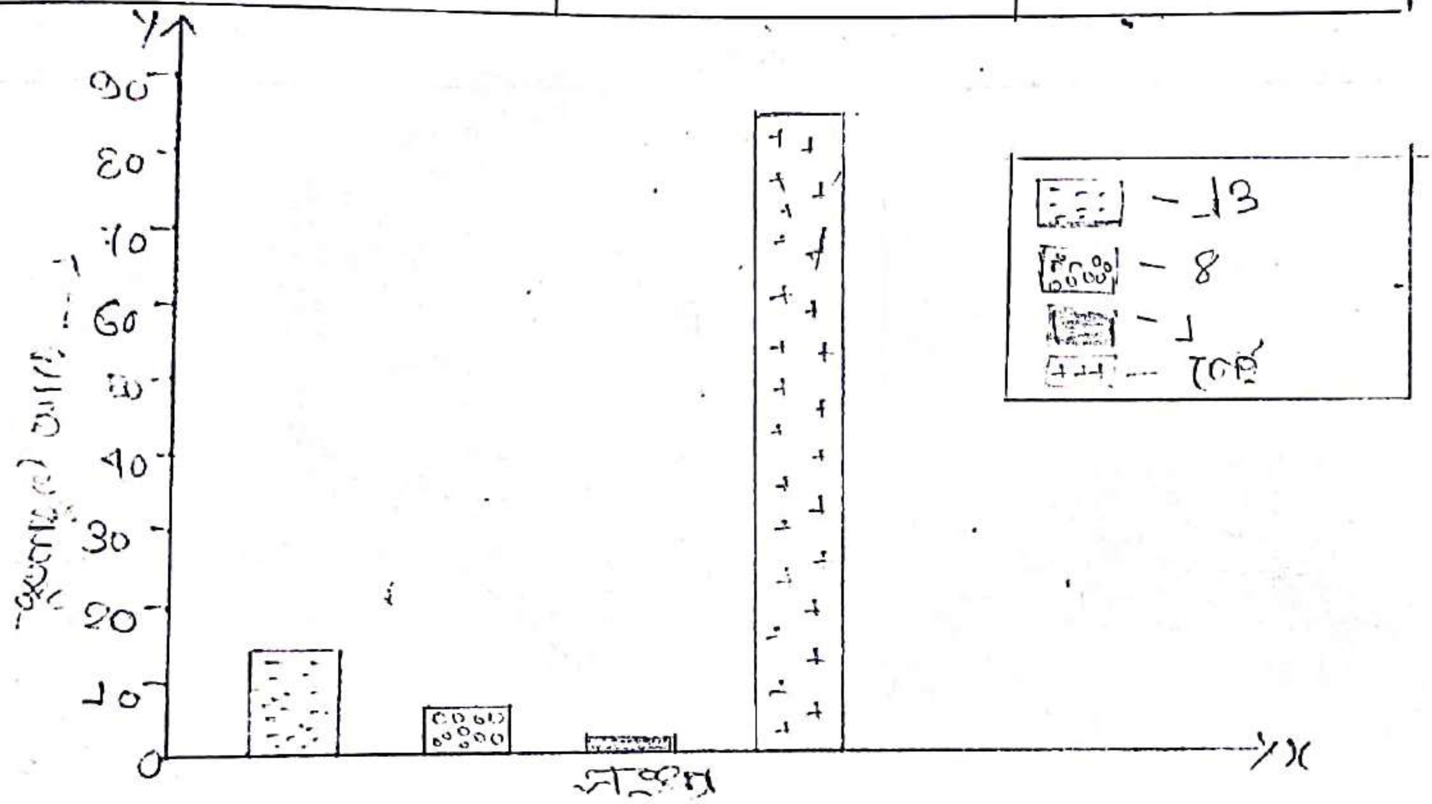


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতাদের পরিবারের স্কুলছুট আছে তার মধ্যে মোট লোক হল - 110জন। স্কুলছুট আছে হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন মোট সংখ্যা হল - 22(20%)। স্কুলছুট নেই না উত্তর দিয়েছেন মোট সংখ্যা হল - 88(80%)।।

সারণী- 17

পরিবারের মোট কতজন মোবাইল ব্যবহারকারী আছে

উত্তরদাতার পরিবারের মোবাইল কতজন ব্যবহারকারী আছে	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
1	13	11.81%
2	8	7.27%
3	1	0.90 %
নেই	88	80%
মোট	110	

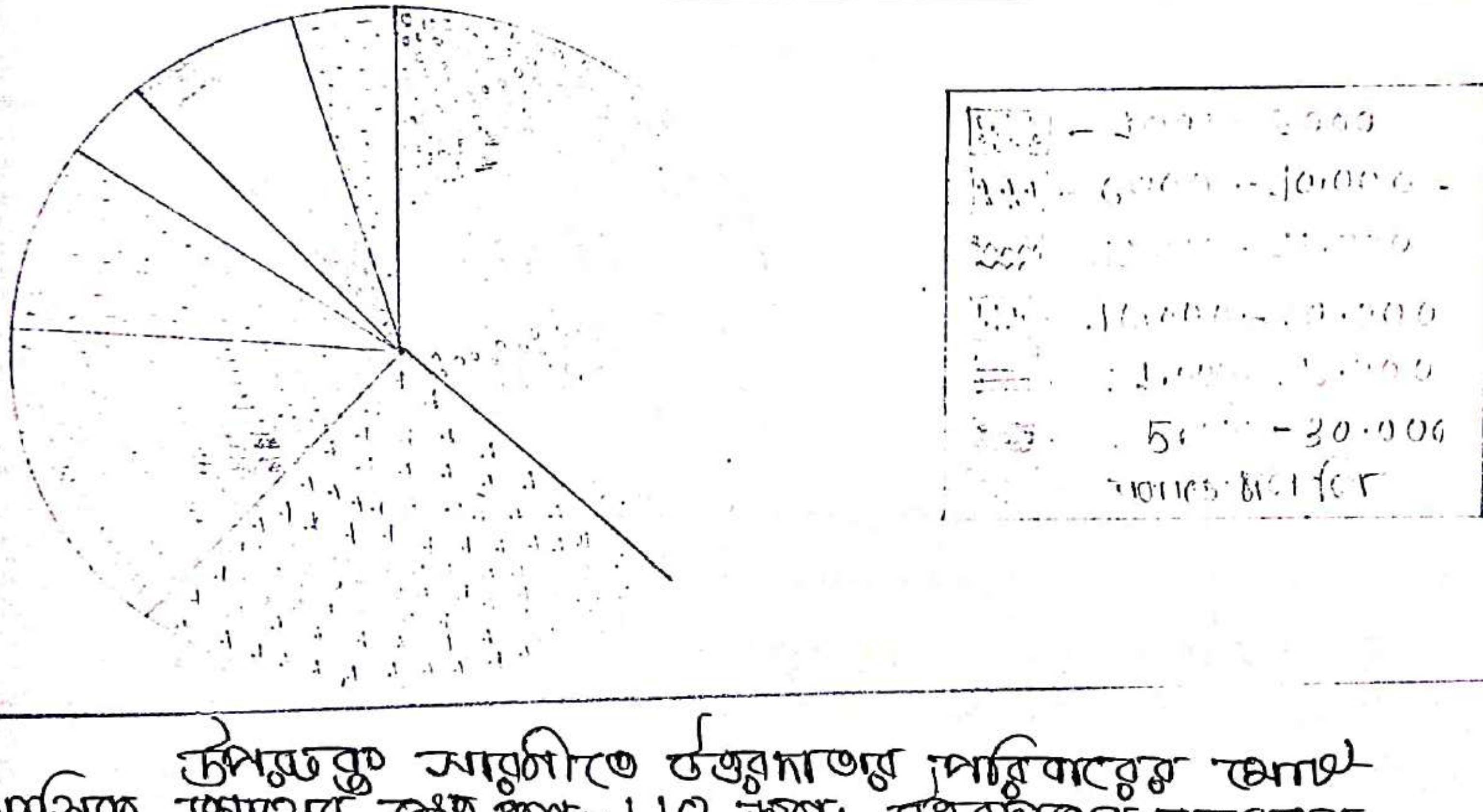


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার পরিবারের মোবাইল কতজন ব্যবহারকারী আছে তার মোট সংখ্যা - 110 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় 1 - জনের মোবাইল আছে - 13 (11.81 %), 2 - জনের মধ্যে মোবাইল আছে - 8 (7.27 %), 3 - জনের মধ্যে মোবাইল আছে - 1 (0.90%), নেই - এর মধ্যে মোবাইল - 88 (80%),

সারণী-১৪

উত্তরদাতাদের পরিবারের মোট মাসিক আয়

উত্তরদাতার পরিবারের মোট মাসিক আয়	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
1000- 5000	57	51.81%
6000-10,000	29	26.36%
11,000-15,000	10	9.09%
16,000-20,000	7	6.36%
21,000-25,000	1	0.90%
25,000-30,000	5	4.54%
বলতে চান নি	1	0.90%
মোট	110	

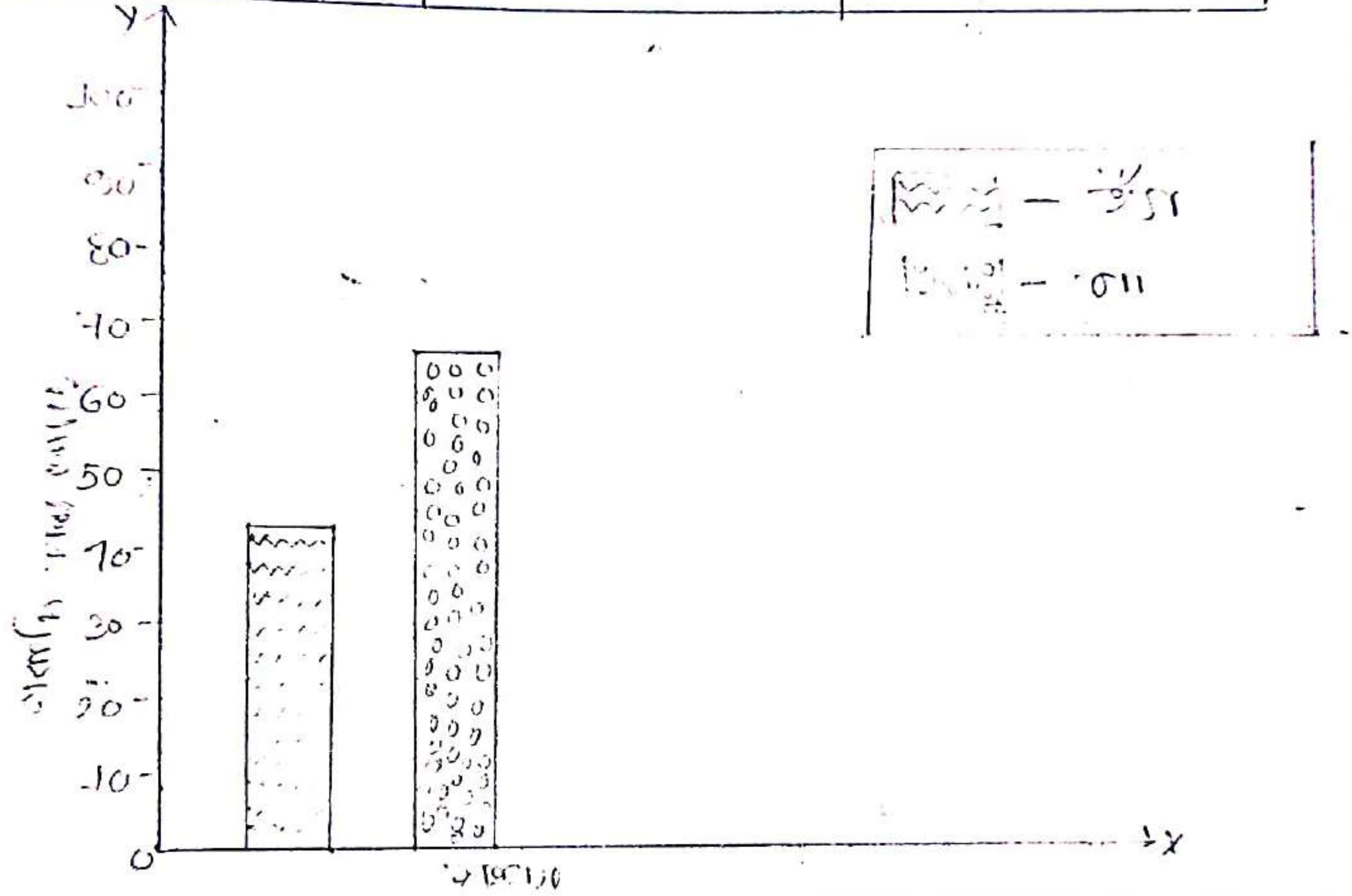


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার পরিবারের মোট মাসিক আয়ের ক্ষেত্র হল-110 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় 1000-5000-এর মধ্যে মোট হল- 57(51.81%)। 6000-10,000 এর মধ্যে মোট হল- 29(26.36%)। 11,000-15000-এর মধ্যে মোট হল - 10(9.09%)। 16,000- 20,000-এর মধ্যে মোট হল - 7(6.36%)। 21,000-25,000-এর মধ্যে মোট হল - 1(0.90%)। 25,000-30,000-এর মধ্যে মোট হল - 5(4.54%)। বলতে চান নি - 1(0.90%)।।

সারণী - ১৩

উত্তরদাতাদের সামাজিক পক্ষ সম্পর্কে মতামত

উত্তরদাতার সামাজিক পক্ষ আছে	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হ্যাঁ	৪৪	৪০%
না	৬৬	৬০%
মোট	১১০	

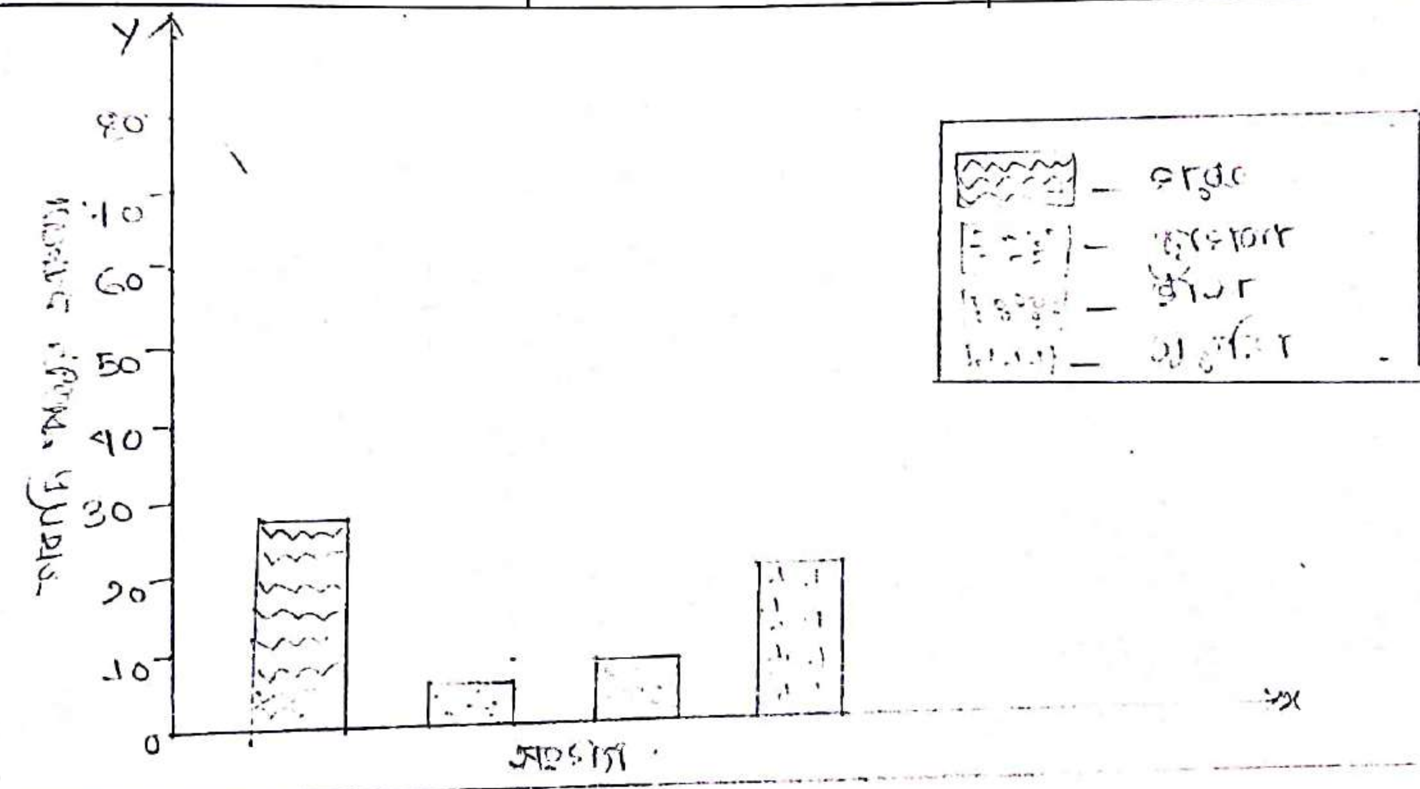


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার সামাজিক পক্ষ আছে তার ক্ষেত্র মোট-১১০ জন। সামাজিক পক্ষ আছে হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন তার মোট সংখ্যা হল - ৪৪ (৪০%)। না উত্তর দিয়েছেন মোট সংখ্যা হল - ৬৬ (৬০%)।।

সারণী- 20

উত্তরদাতাদের গবাদি পশুর সংখ্যা

গবাদি পশুর সংখ্যা	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
গরু	28	47.45%
ছাগল	5	8.47%
হাঁস	6	10.16%
মুরগি	20	33.89%
ভেড়া	0	0
মোট	59	

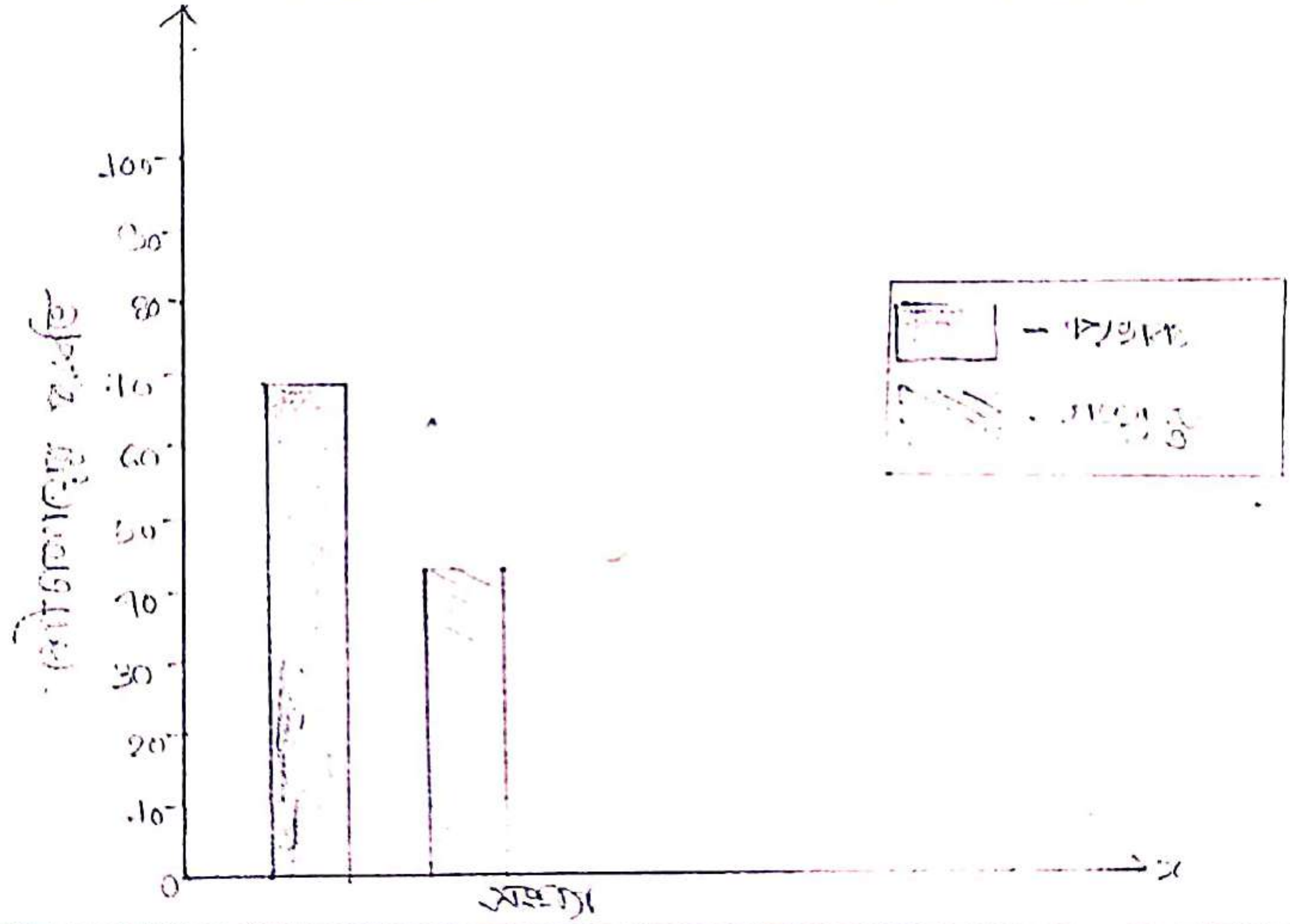


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার গবাদি পশুর সংখ্যার মোট যোগ হল- 59 জন। গবাদি পশুর মধ্যে গরুর সংখ্যা মোট- হল- 28(47.45%)। ছাগলের সংখ্যা মোট-5(8.47%), হাঁসের সংখ্যা মোট হল- 6(10.16%), মুরগির সংখ্যা মোট হল- 20(33.89%)।।

সারণী - ২১

উত্তরদাতার শৌচাগারের প্রকৃতি

উত্তরদাতার শৌচাগারের প্রকৃতি	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
পৃথক	৬৯	৬২.৭২ %
সংযুক্ত	৪১	৩৭.২৭ %
মোট	১১০	

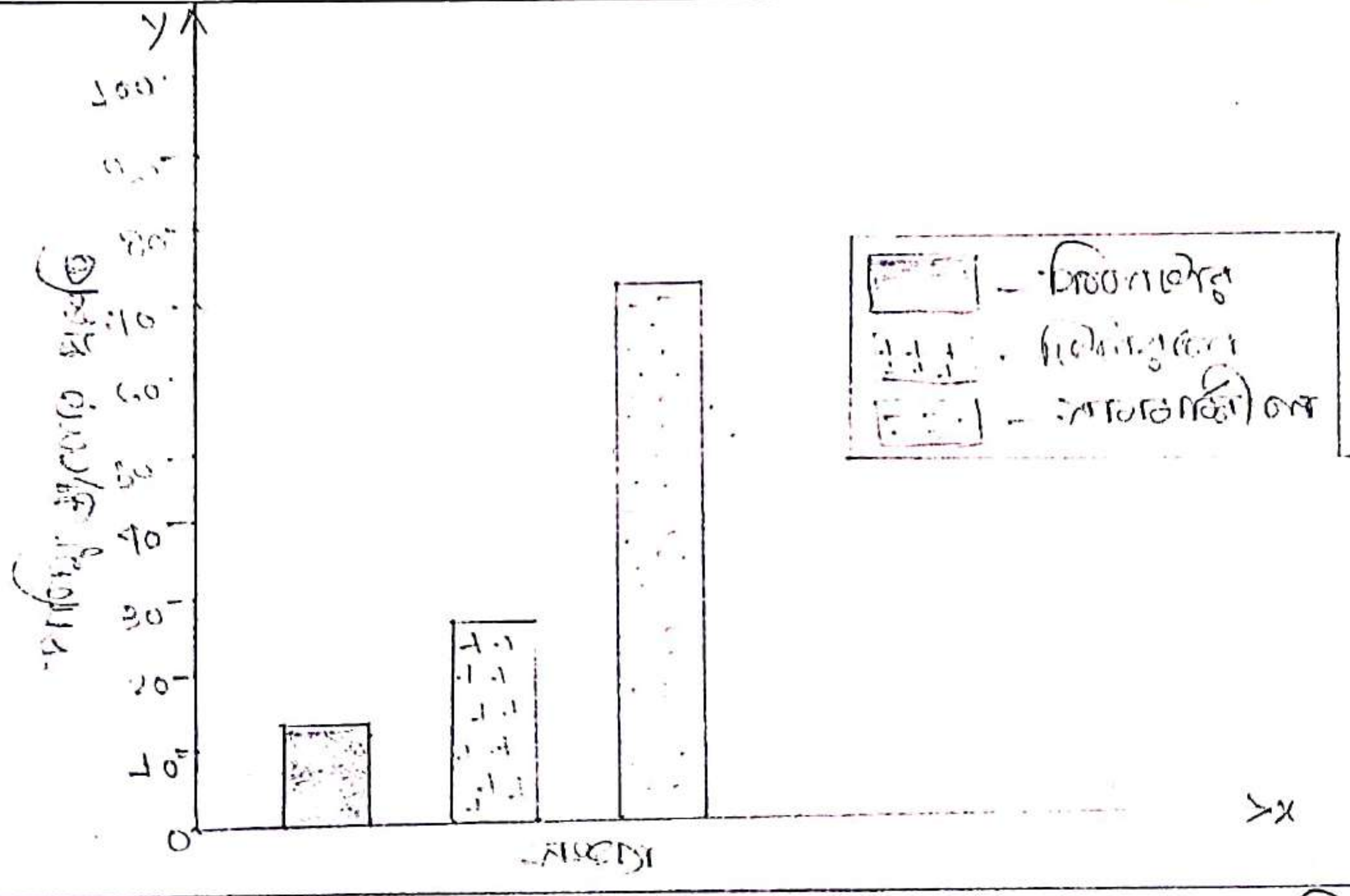


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার শৌচাগারের প্রকৃতির মোট ক্ষেত্র হল-১১০ জন। পৃথকের সংখ্যা মোট হল — ৬৯ (৬২.৭২%)। সংযুক্তের সংখ্যা মোট হল- ৪১ (৩৭.২৭%)।

সারণী- 22

উত্তরদাতাদের পানীয় জলের প্রকৃতি

উত্তরদাতার পানীয় জলের প্রকৃতি	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
মিউনিসিপ্যালিটির	13	11.81 %
টিউবওয়েল	26	23.63 %
সাবমার্সিবল	71	64.54 %
মোট	110	

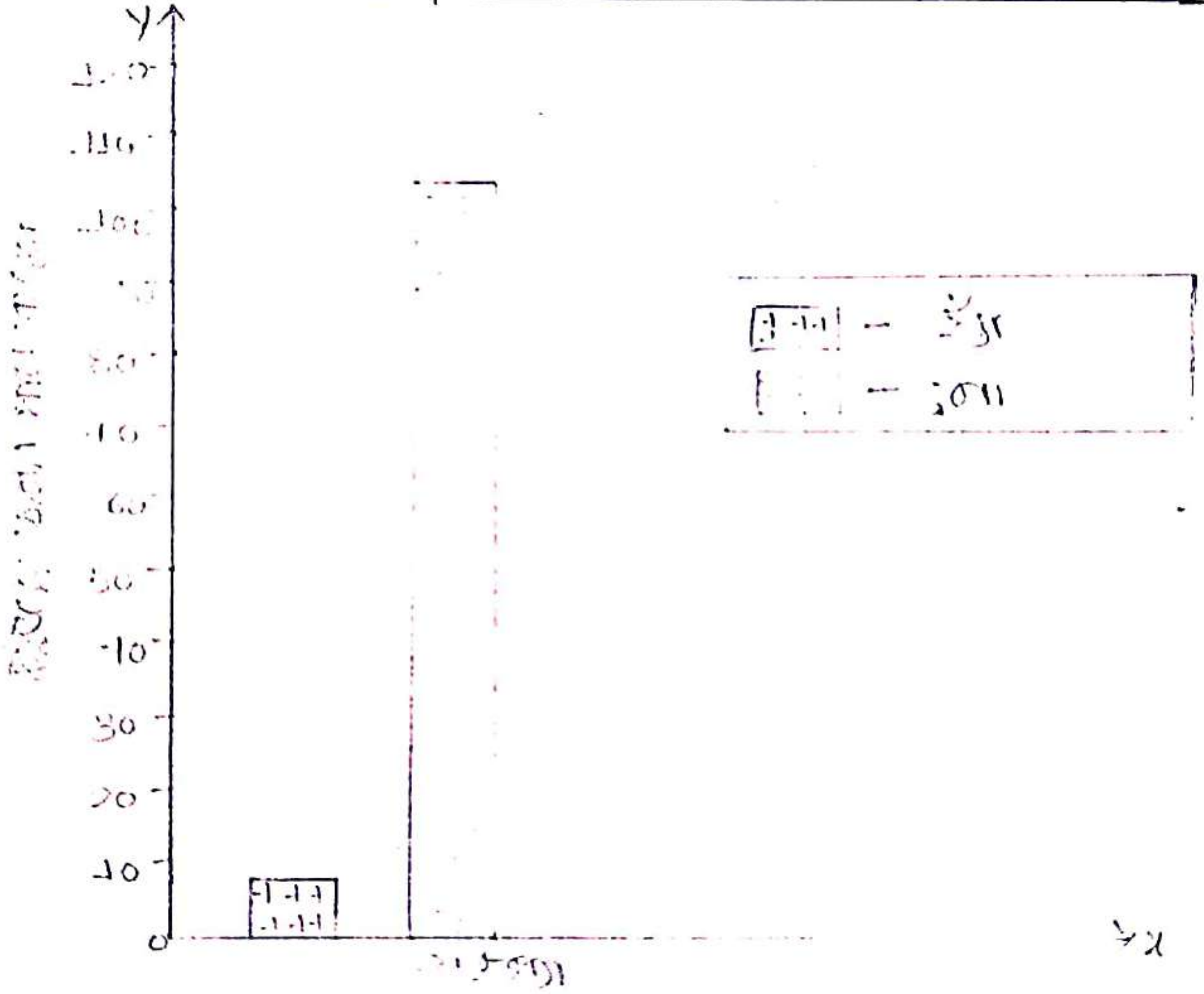


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার পানীয় জলের প্রকৃতি এর মোট হল- 110 জন। মিউনিসিপ্যালিটির মোট সংখ্যা হল- 13(11.81 %)। টিউবওয়েলের মোট সংখ্যা হল - 26(23.63%)। সাবমার্সিবলের মোট সংখ্যা হল- 71 (64.54%)।।

সারণী - 23

প্রশ্নপত্রের জানা-না জানার কারণে

প্রশ্নপত্রের জানা-না জানার কারণে	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হ্যাঁ	6	5.45%
না	104	94.54%
মোট	110	

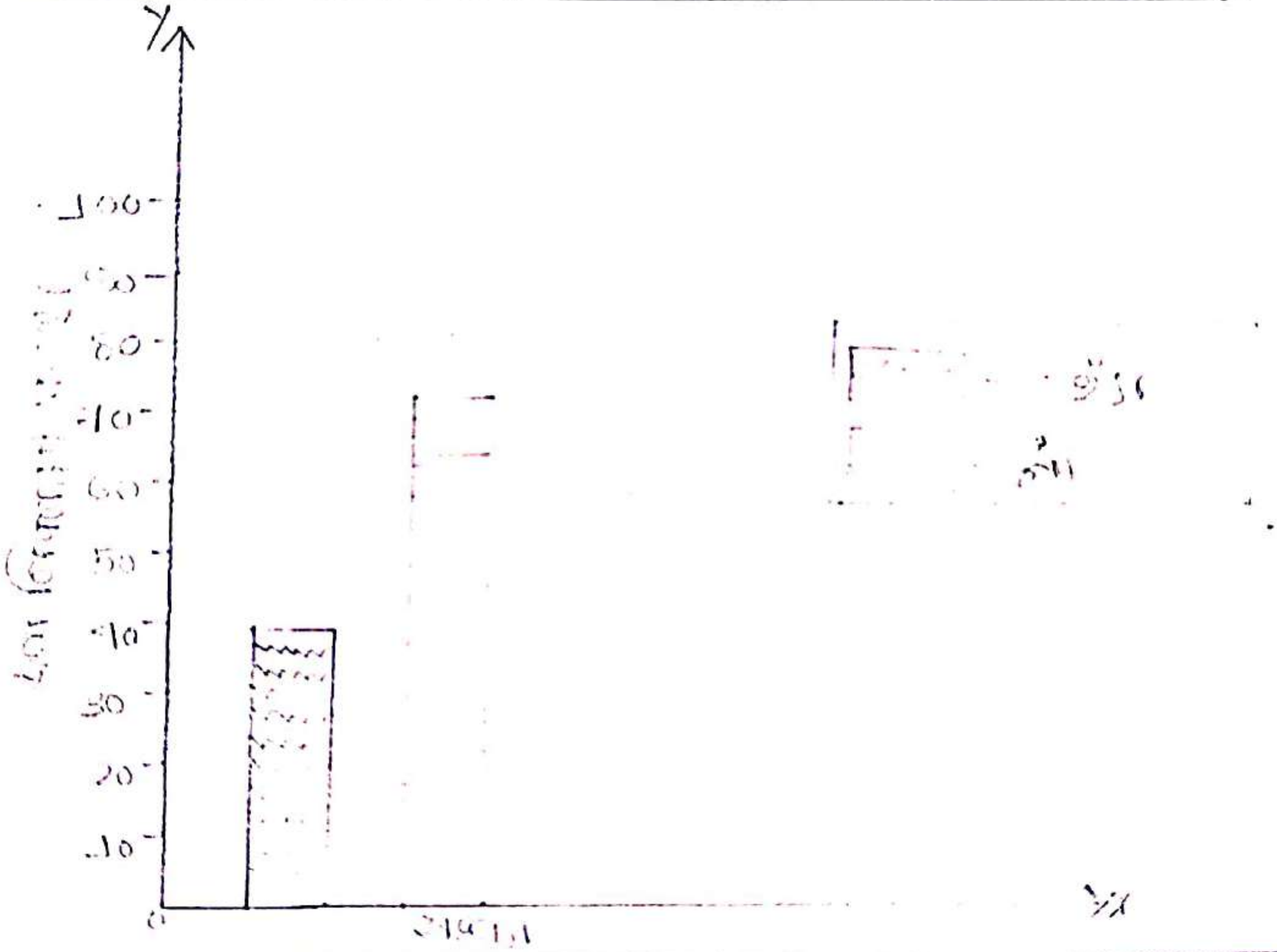


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার প্রশ্নপত্রের জানা-না জানার কারণে হার দেখা যায় না এবং হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন মোট 110 জন, হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন মোট সংখ্যা হল- 6 (5.45%), না উত্তর দিয়েছেন মোট সংখ্যা হল - 104 (94.54%)।

সারণী – ২৭

জল নিষ্কাশনী ব্যবস্থা আছে

জল নিষ্কাশনী ব্যবস্থা আছে	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হ্যাঁ	৩৯	৩৫.৪৫%
না	৭১	৬৪.৫৪%
মোট	১১০	

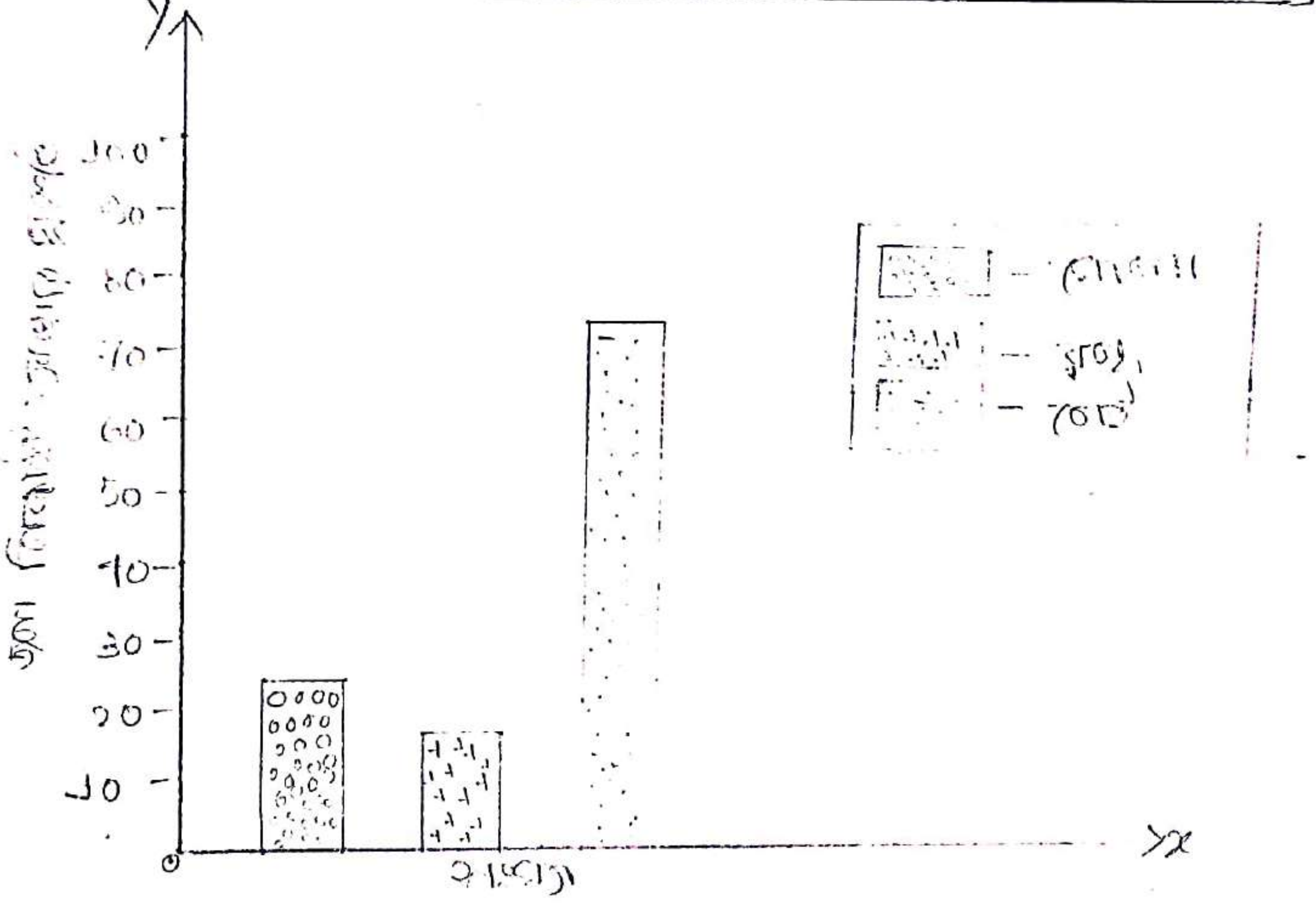


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার জল নিষ্কাশনী ব্যবস্থা আছে তার মোট ক্ষেত্র হল - ১১০ জন। হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন মোট - ৩৯ (৩৫.৪৫%), না উত্তর দিয়েছেন মোট ৭১ (৬৪.৫৪%) ।।

সারণী - 25

জল নিকাশী ব্যবস্থার প্রকৃতি

জল নিকাশী ব্যবস্থার প্রকৃতি	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
খোলা	24	21.81 %
বন্ধ	15	13.63 %
নেই	71	64.54 %
মোট	110	

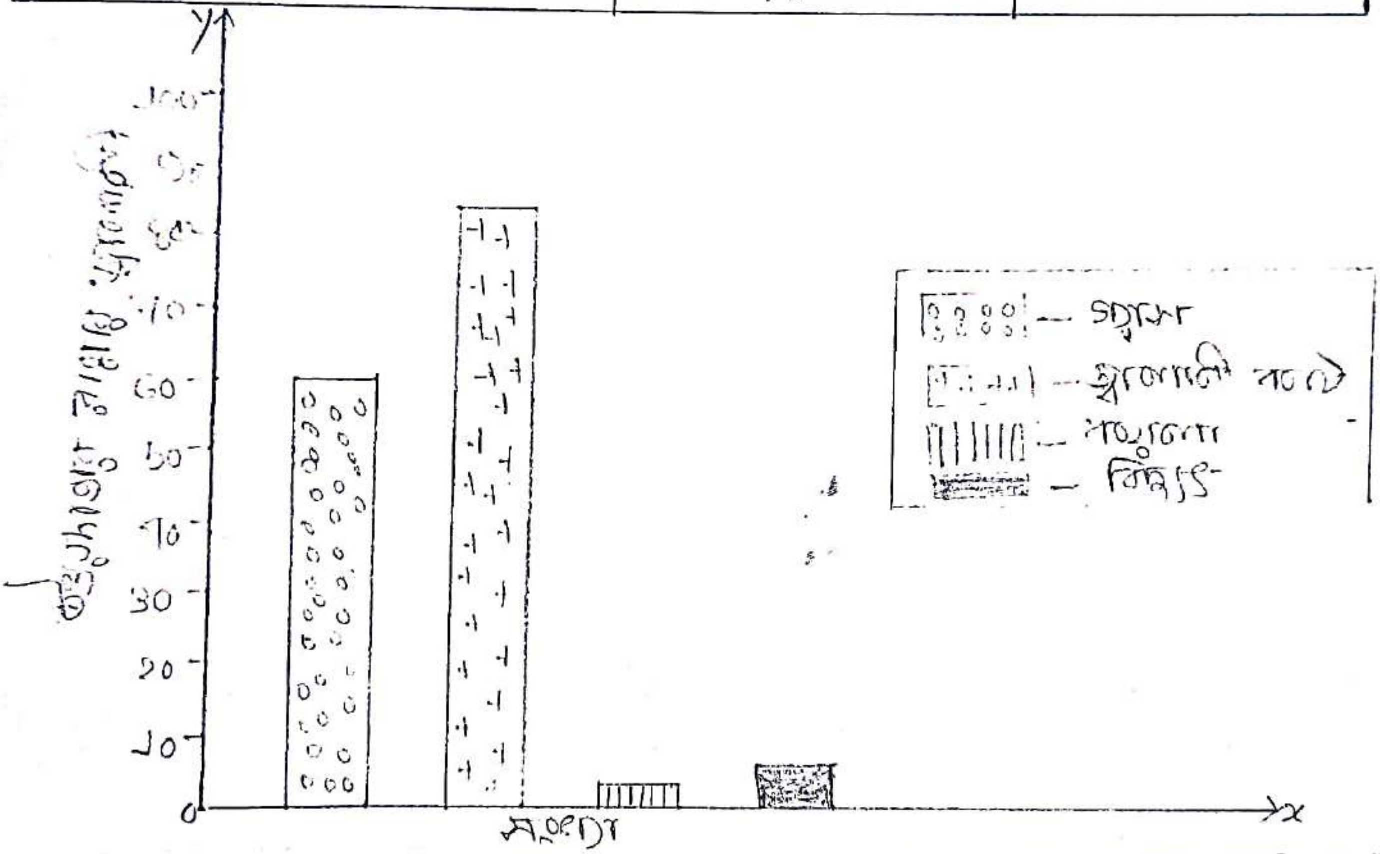


উপরিউক্ত সারণীতে উত্তরদাতার জল নিকাশী ব্যবস্থার প্রকৃতির মোট সংখ্যা হল - 110 জন, উত্তরদাতার সংখ্যায় খোলা আছে মোট হল - 24 (21.81 %), বন্ধ আছে মোট হল - 15 (13.63 %), নেই আছে মোট হল - 71 (64.54 %)।।

সারণী - 26

উত্তরদাতার রান্নার জ্বালানী

উত্তরদাতার রান্নার জ্বালানী	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
গ্যাস	60	40.54 %
জ্বালানী কাঠ	85	57.43 %
কয়লা	1	0.67 %
বিদ্যুৎ	2	1.35 %
মোট	148	

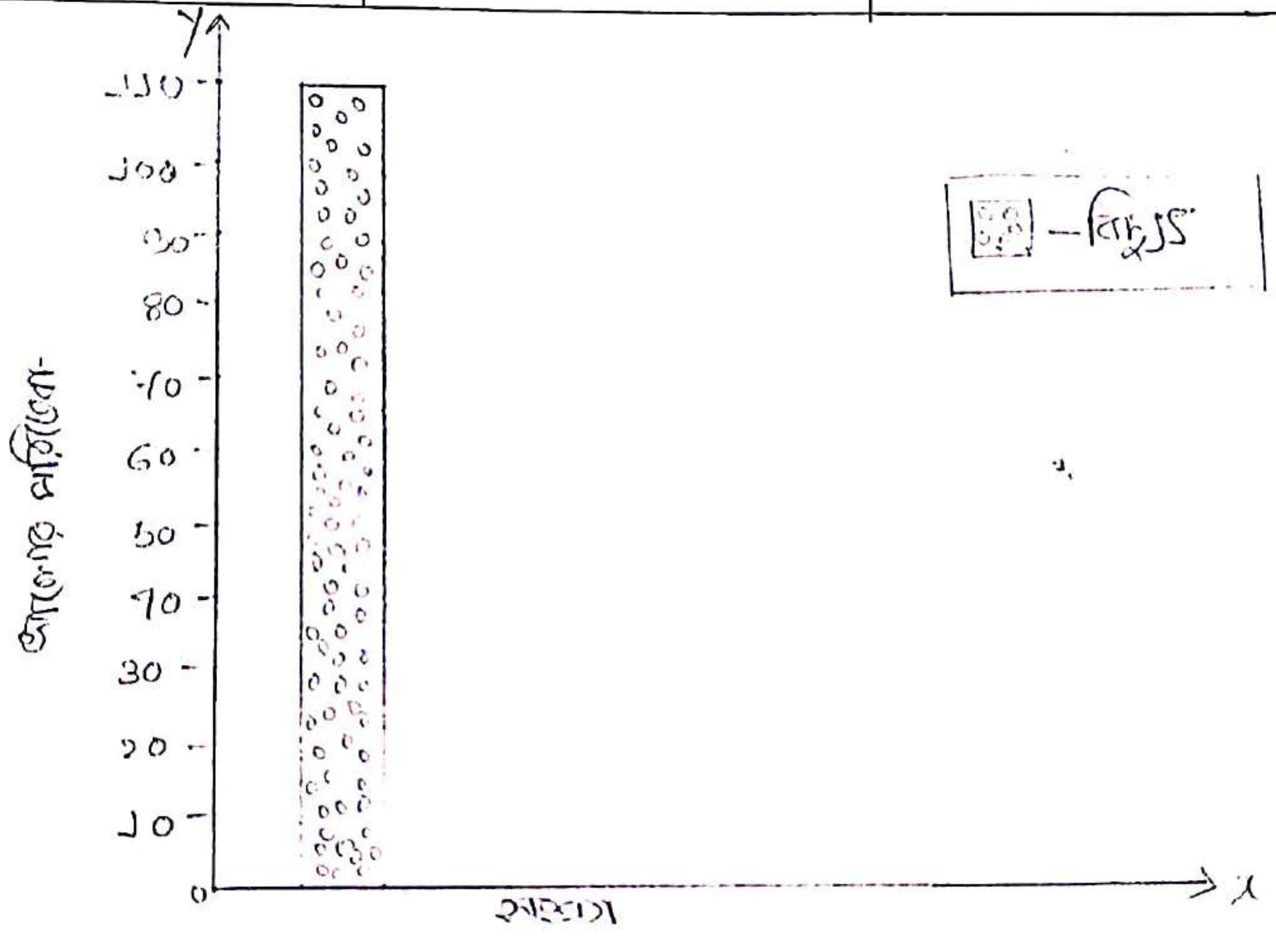


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার রান্নার জ্বালানীর মোট সংখ্যা হল-148 জন। গ্যাস-এর সংখ্যা মোট -60(40.54%), জ্বালানী কাঠের সংখ্যা মোট- 85(57.43%)। কয়লার সংখ্যা মোট -1(0.67%)। বিদ্যুৎ-এর সংখ্যা মোট -2(1.35%)।।

সারণী- ২৭

পরিবারের আলোর পরিচিতি

পরিবারে আলোর পরিচিতি	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
বিদ্যুৎ	১১০	১০০ %
মোট	১১০	

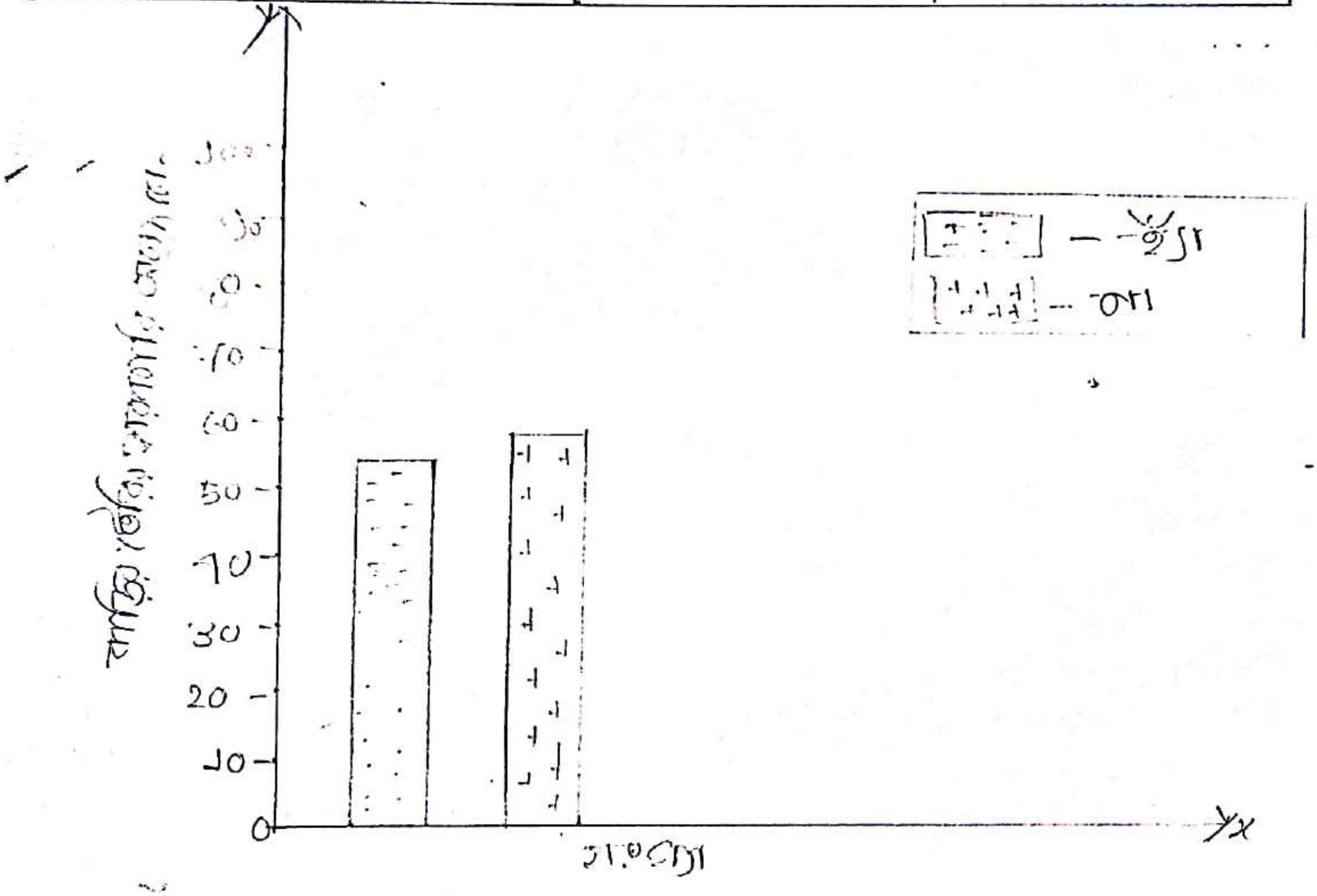


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার পরিবারের আলোর পরিচিতির মোট ক্ষেত্র হল-১১০ জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় বিদ্যুৎ-এর সংখ্যা মোট-১১০(১০০%),

সারণী – 28

(ব্যক্তিগত) সরকারি অনুদান পেয়েছেন

বাড়ি তৈরির জন্য সরকারি অনুদান পেয়েছেন	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হ্যাঁ	54	49.09 %
না	56	50.90 %
মোট	110	

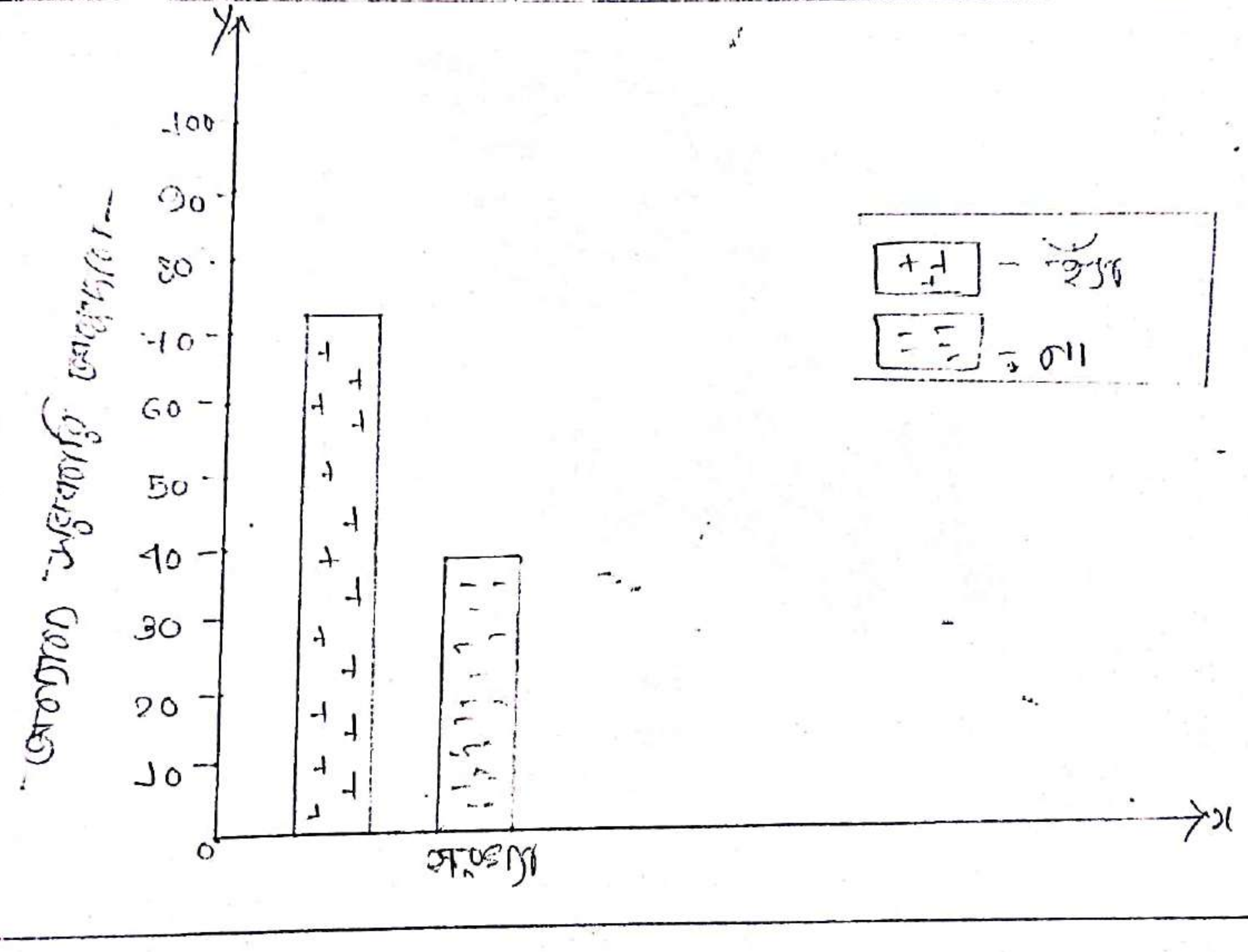


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার বাড়ির জন্য সরকারি অনুদানের মোট সংখ্যা হল – 110 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় হ্যাঁ-এর সংখ্যা মোট হল – 54 (49.09%) না-এর সংখ্যা মোট হল – 56 (50.90%)।।

সারণী-২৩

অন্যান্য সরকারি অনুদান

অন্যান্য সরকারি অনুদান	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হ্যাঁ	72	65.45 %
না	38	34.54 %
মোট	110	

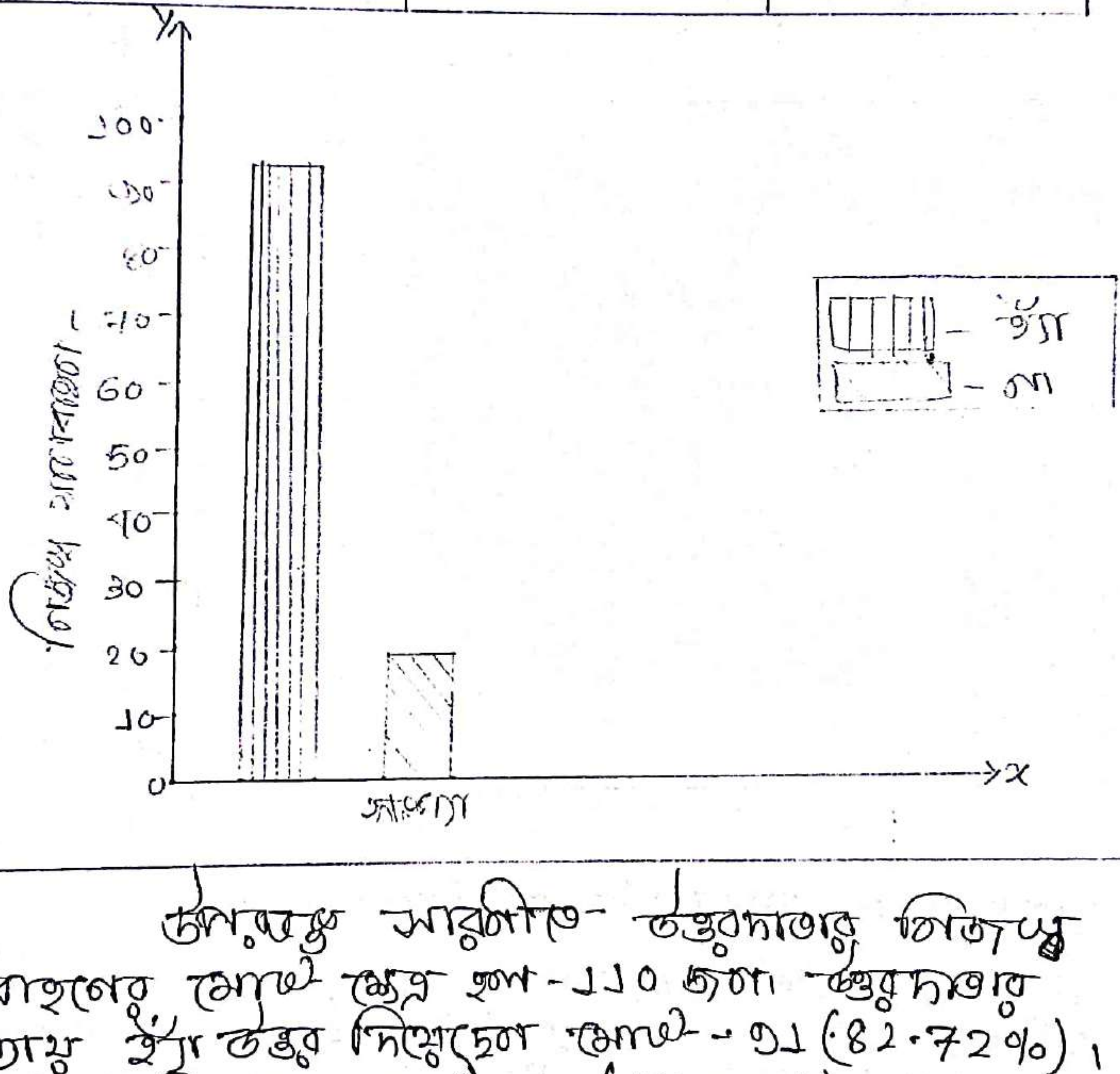


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার অন্যান্য সরকারি অনুদানের মোট ক্ষেত্র হল- 110 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন মোট - 72(65.45 %)। না উত্তর দিয়েছেন মোট - 38(34.54 %)।।

সারণী- ৩০

উত্তরদাতার নিজস্ব যানবাহন

উত্তরদাতার নিজস্ব যানবাহন	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হ্যাঁ	৯১	৮২.৭২%
না	১৯	১৭.২৭%
মোট	১১০	

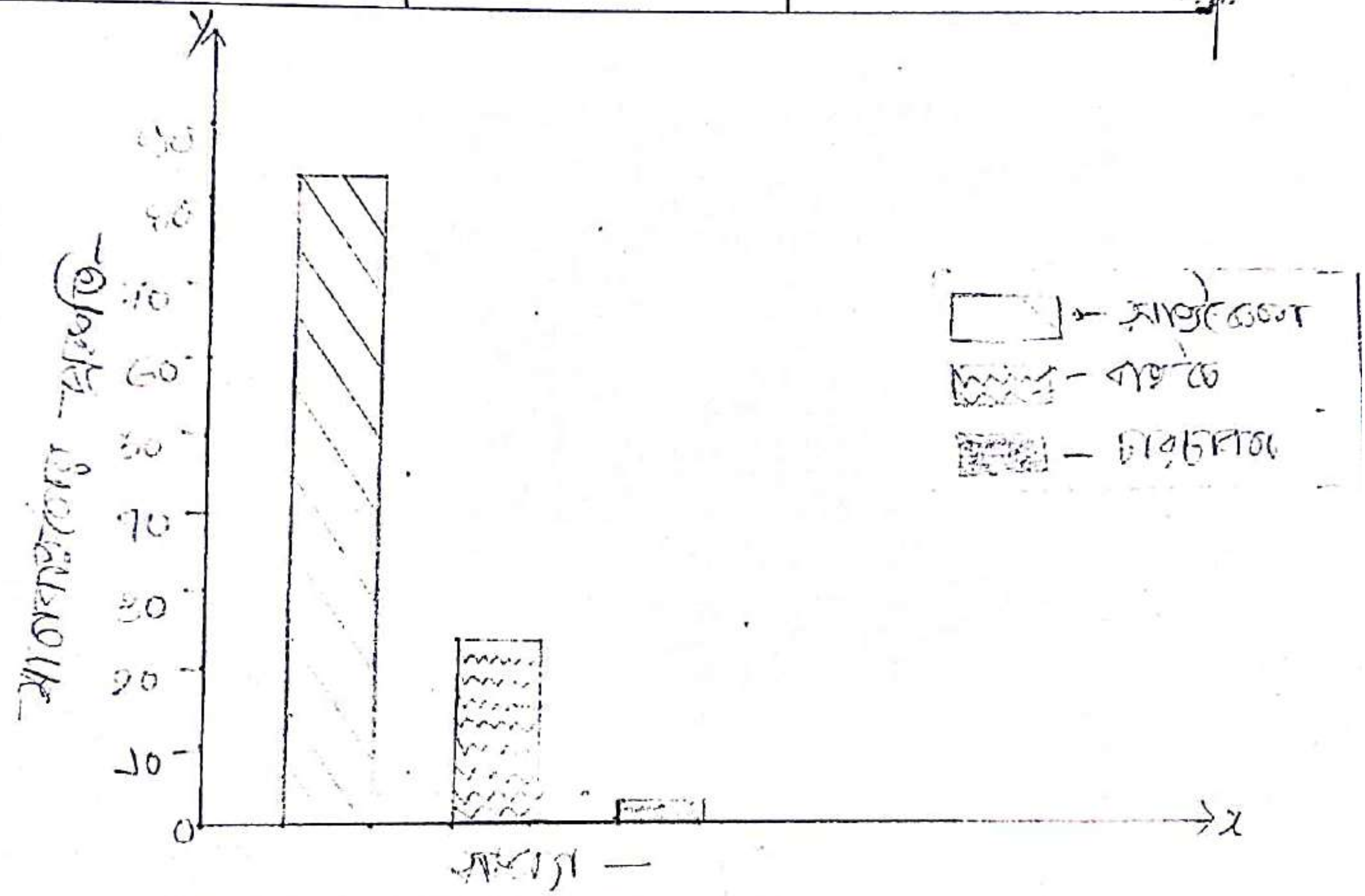


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার নিজস্ব যানবাহনের মোট ক্ষেত্র হল - ১১০ জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন মোট - ৯১ (৮২.৭২%), না উত্তর দিয়েছেন মোট - ১৯ (১৭.২৭%)।।

সারণী - ৩১

উত্তরদাতাদের যাতায়াতের প্রকৃতি

যাতায়াতের প্রকৃতি	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
সাইকেলে	82	76.63 %
বাইকে	24	22.42 %
চারচাকা	1	0.93 %
মোট	107	

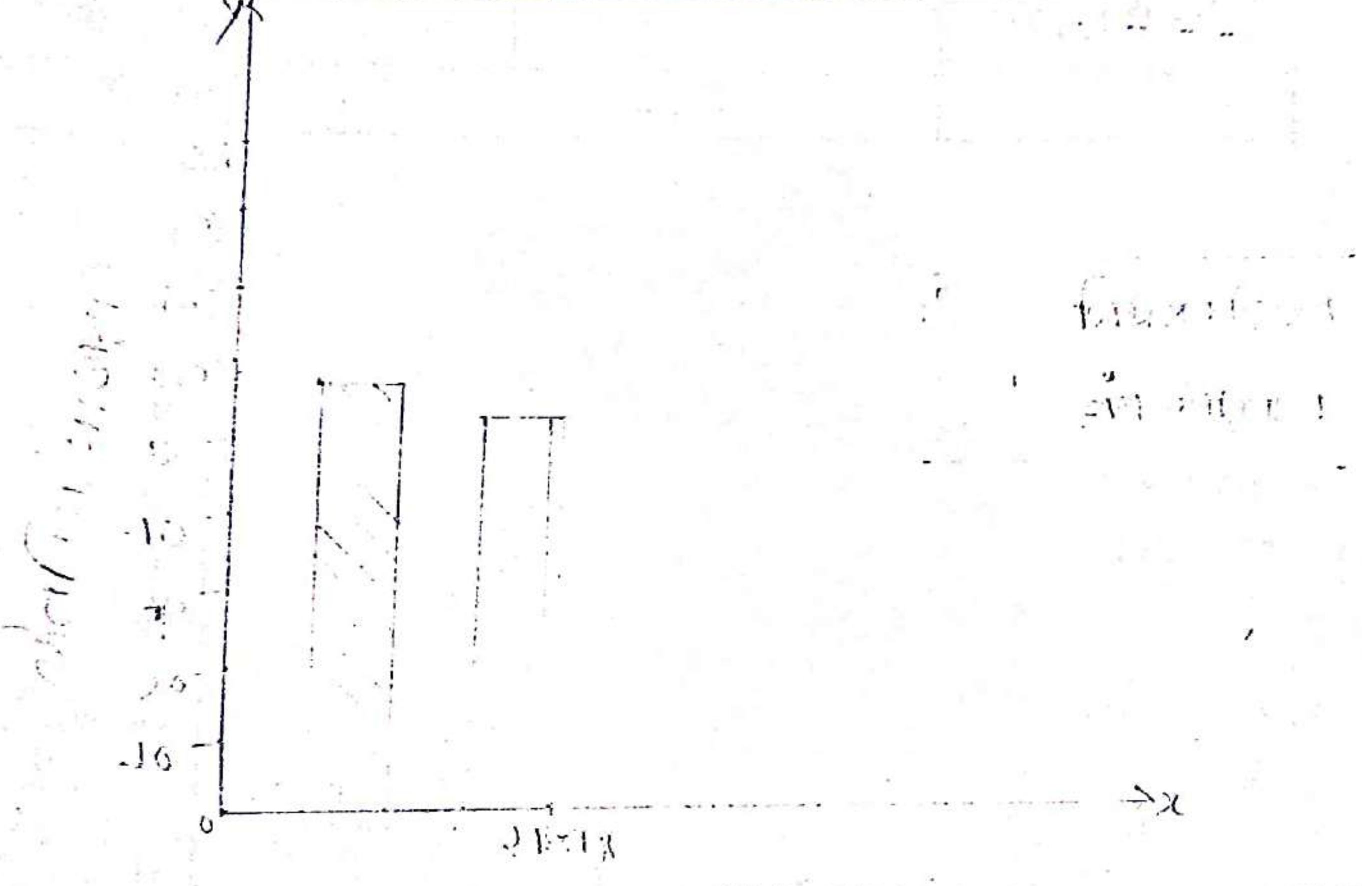


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার যাতায়াতের প্রকৃতির মোট ক্ষেত্র হল - 107 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় সাইকেলের মোট সংখ্যা হল - 82 (76.63%)। বাইকের মোট সংখ্যা হল - 24 (22.42%)। চারচাকার মোট সংখ্যা হল - 1 (0.93%)।।

সারণী- 32

উত্তরদাতার দৈনন্দিন যাতায়াত

দৈনন্দিন যাতায়াত	উত্তরদাতার সংখ্যা.	শতকরা হার
নিজস্ব পরিবহণ	58	52.72 %
যান পরিবহণ	52	47.27 %
মোট	110	

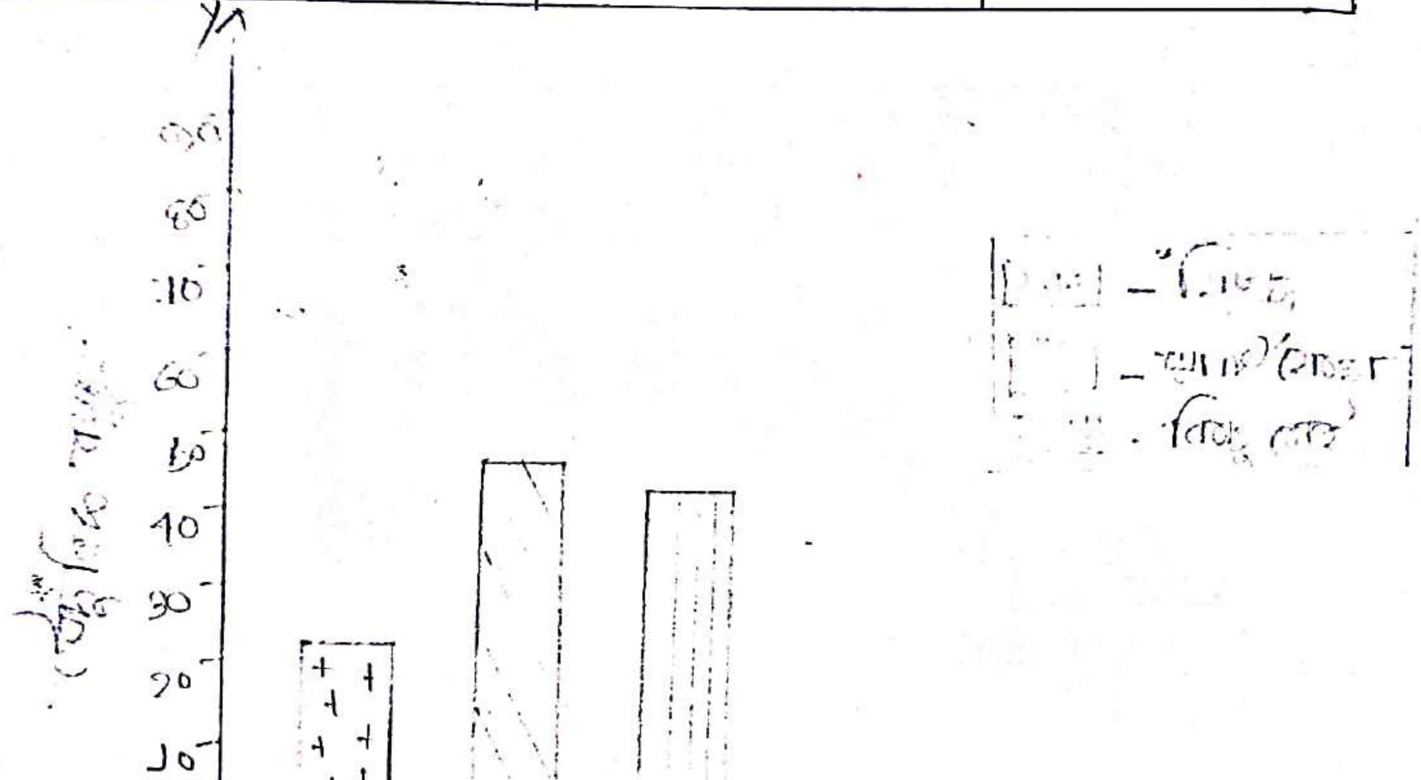


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার দৈনন্দিন যাতায়াতের মোট সংখ্যা হল - 110 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় নিজস্ব পরিবহণের মোট সংখ্যা হল - 58(52.72%), যান পরিবহণের সংখ্যা মোট হল - 52(47.27%)।।

সারণী- 33

উত্তরদাতার বৈদ্যুতিক যন্ত্র

বৈদ্যুতিক যন্ত্র	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
ফ্রিজ	21	19.09 %
ওয়াশিং মেশিন	47	42.72 %
মাইক্রোওভেন	0	0
কিছু নেই	42	38.18 %
মোট	110	

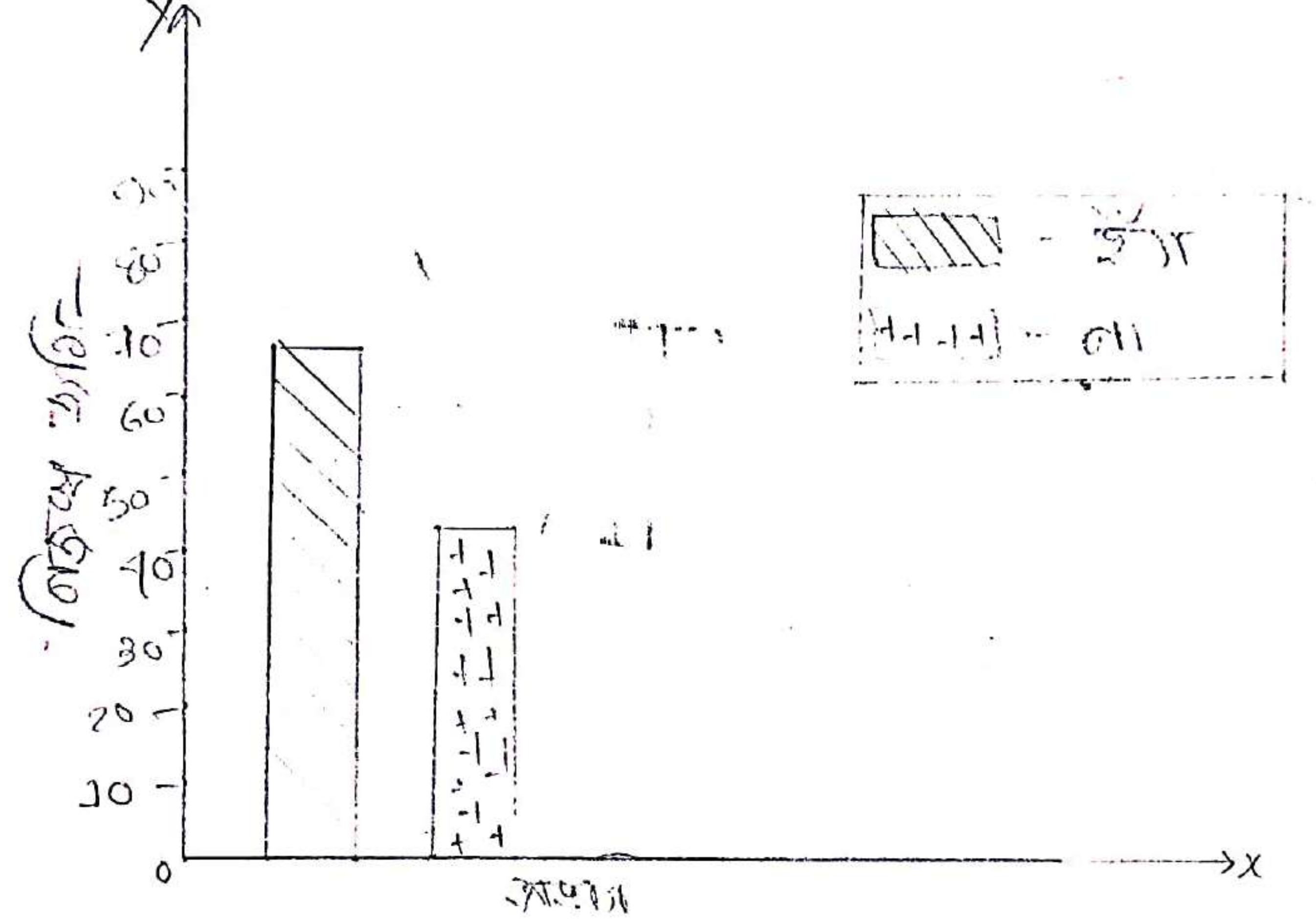


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার বৈদ্যুতিক যন্ত্রের মোট সংখ্যা হল - 110 জন। ফ্রিজের মোট সংখ্যা হল - 21 (19.09 %), ওয়াশিংমেশিনের মোট সংখ্যা হল - 47 (42.72 %), কিছু নেই এর সংখ্যা মোট - 42 (38.18 %), এবং মাইক্রোওভেনের কোনো সংখ্যার মান নেই॥

সারণী - ৩৭

উত্তরদাতাদের নিজস্ব জমি

উত্তরদাতার নিজস্ব জমি	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হ্যাঁ	৬৬	৬০ %
না	৭৭	৪০ %
মোট	১১০	

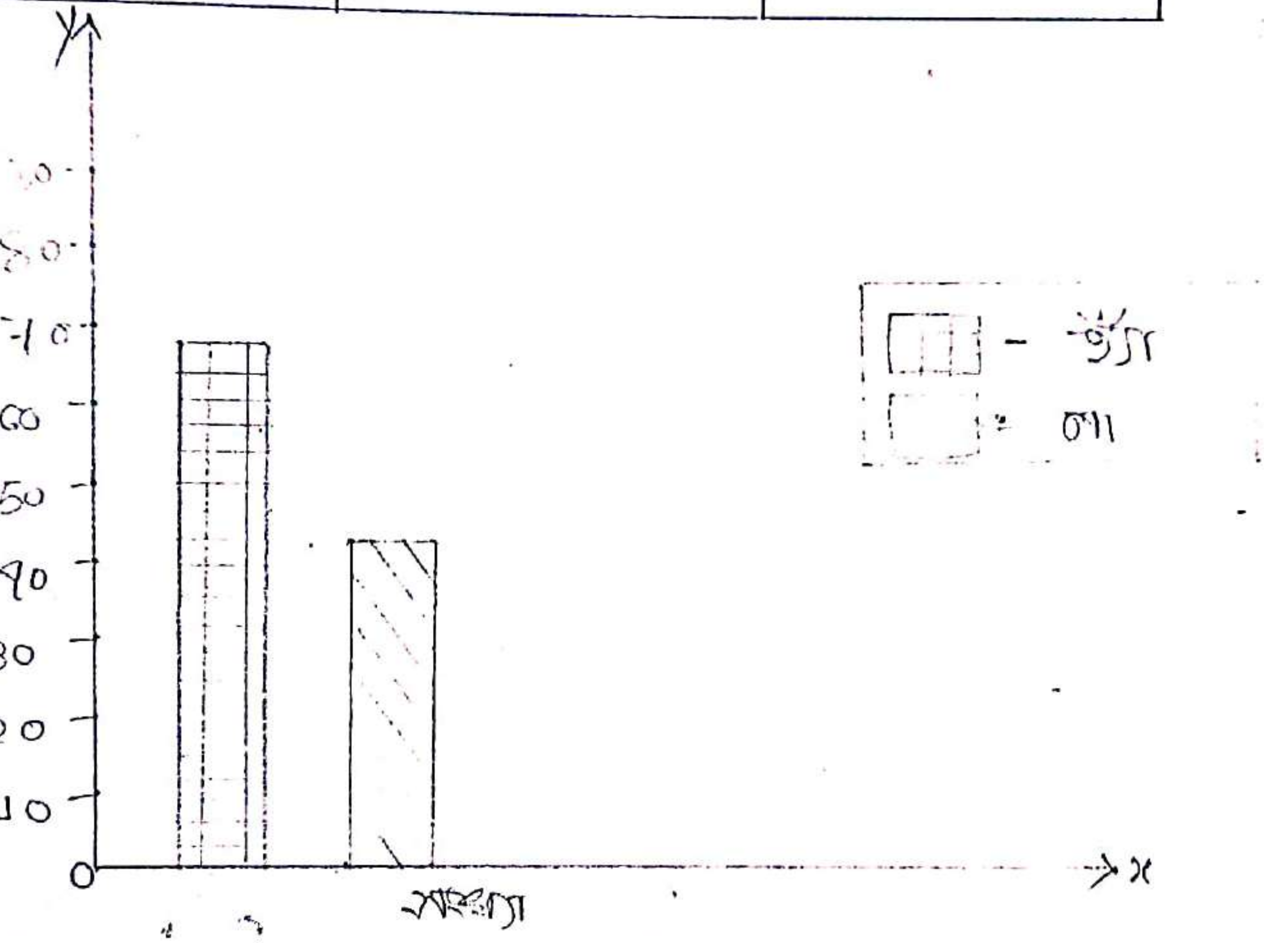


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার নিজস্ব জমির মোট ক্ষেত্র হল - ১১০ জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন মোট = ৬৬(৬০%)। না উত্তর দিয়েছেন মোট - ৭৭(৭০ %)।।

সারণী – 35

রাজনৈতিক দলের সাথে যুক্ত

রাজনৈতিক দলের সাথে যুক্ত	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হ্যাঁ	69	62.72 %
না	41	37.27 %
মোট	110	

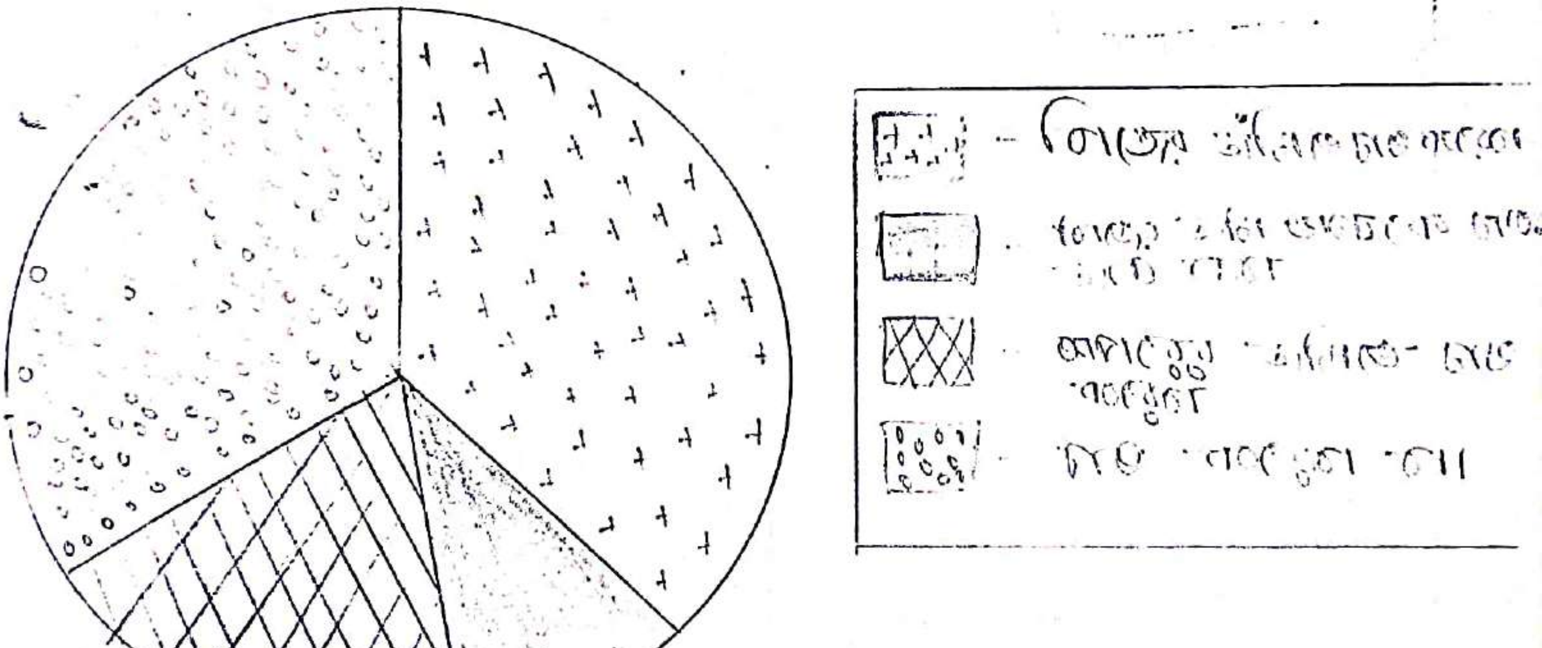


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার রাজনৈতিক দলের সাথে যুক্ত এর ক্ষেত্রে মোট হল- 110 জন, উত্তরদাতার সংখ্যায় হ্যাঁ উত্তর দিয়েছেন মোট হল - 69 (62.72%)। না উত্তর দিয়েছেন মোট হল - 41 (37.27%)॥

সারণী – ৩৬

চাষের প্রকৃতি

চাষের প্রকৃতি	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
নিজের জমিতে চাষ করেন	56	50.90 %
নিজের জমি অন্যকে চাষের জন্য দেন	9	8.18 %
অপরের জমিতে চাষ করেন	17	15.45 %
চাষ করেন না	28	25.45 %
মোট	110	

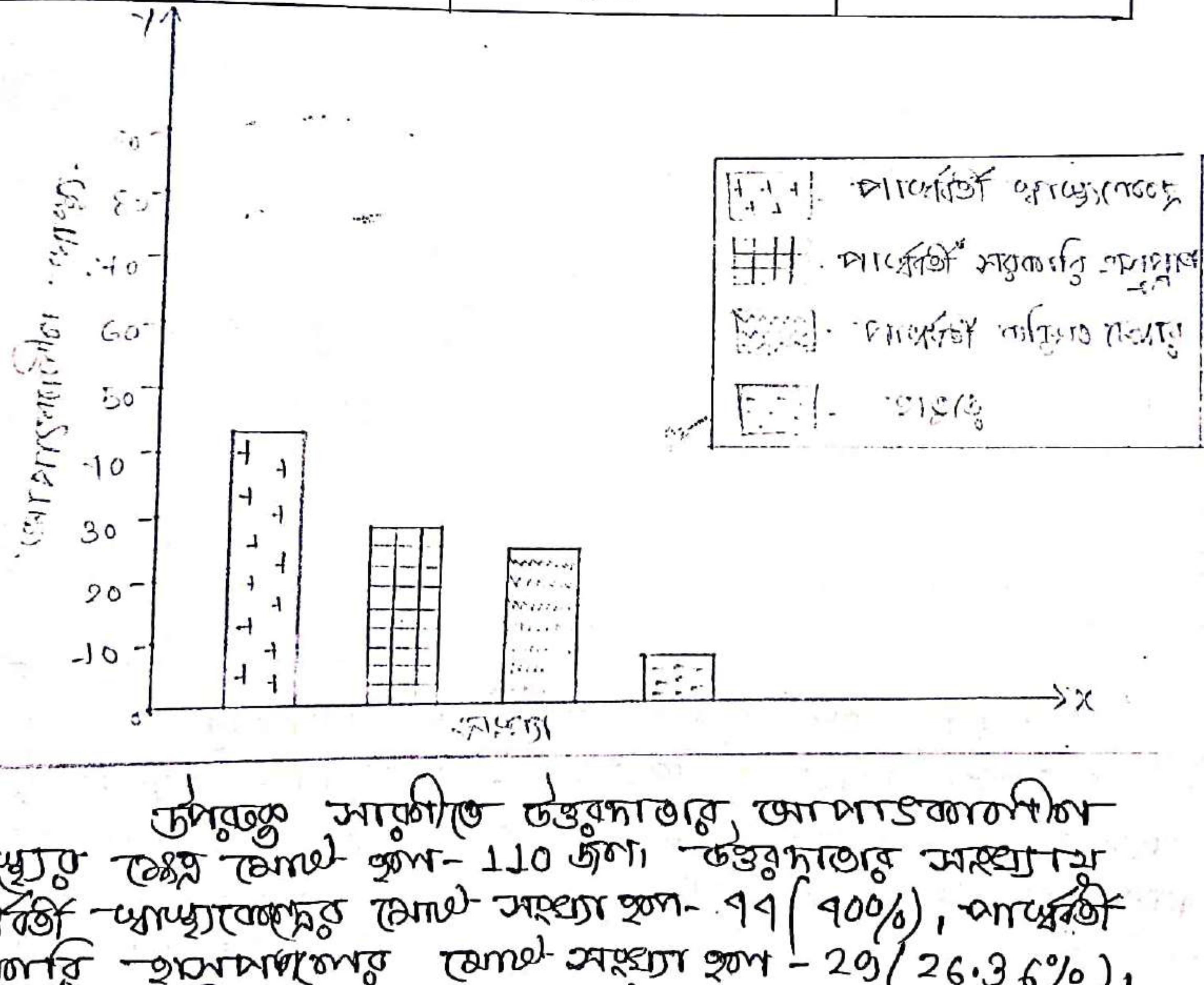


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার চাষের প্রকৃতির ক্ষেত্রে মোট হল – 110 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় নিজের জমিতে চাষ করেন এদের সংখ্যা মোট – 56 (50.90 %)। নিজের জমি অন্যকে চাষের জন্য দেন মোট সংখ্যা – 9 (8.18%)। অপরের জমিতে চাষ করেন মোট সংখ্যা – 17 (15.45 %)। চাষ করেন না মোট সংখ্যা হল – 28 (25.45 %)।।

সারণী – ৩.৭

আপাতকালীন স্বাস্থ্য

আপাতকালীন স্বাস্থ্য	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
পার্শ্ববর্তী স্বাস্থ্যকেন্দ্র	৭৭	৭0 %
পার্শ্ববর্তী সরকারি হাসপাতাল	29	26.36%
পার্শ্ববর্তী ব্যক্তিগত চেম্বার	28	25.45%
হাতুড়ে	৯	8.১8%
মোট	১১0	

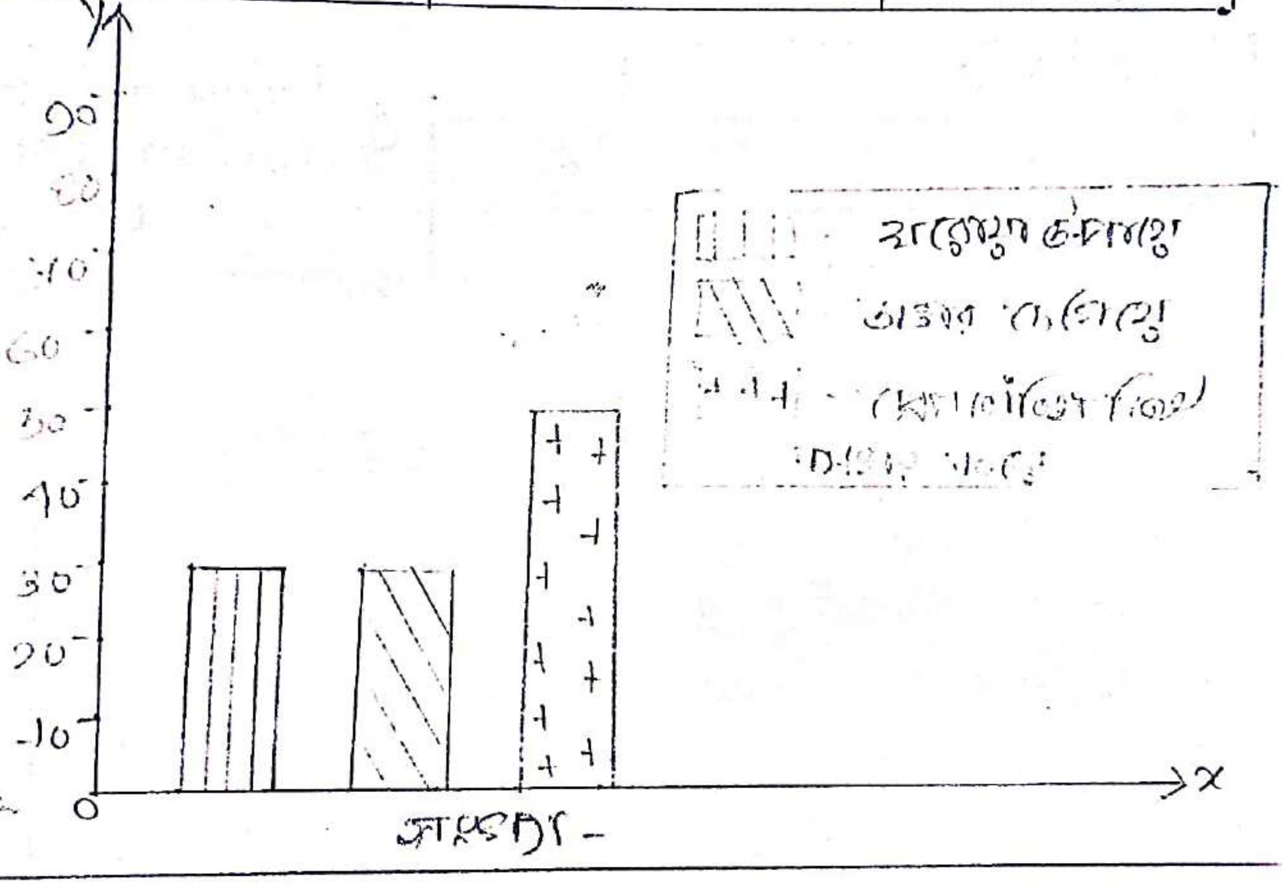


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার আপাতকালীন স্বাস্থ্যের ক্ষেত্রে মোট হল- ১১0 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় পার্শ্ববর্তী স্বাস্থ্যকেন্দ্রের মোট সংখ্যা হল- ৭৭ (৭0%), পার্শ্ববর্তী সরকারি হাসপাতালের মোট সংখ্যা হল - 29 (26.36%), পার্শ্ববর্তী ব্যক্তিগত চেম্বারের মোট সংখ্যা হল - 28 (25.45%), হাতুড়ের সংখ্যা মোট হল - ৯ (8.১8%)।।

সারণী - ১৪

গর্ভবতী জানার উপায়

গর্ভবতী জানার উপায়	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
ঘরোয়া উপায়	30	27.27 %
ডাক্তার দেখিয়ে	30	27.27 %
প্রেগনেন্সি টেস্ট কিট ব্যবহার করে	50	45.45 %
মোট	110	

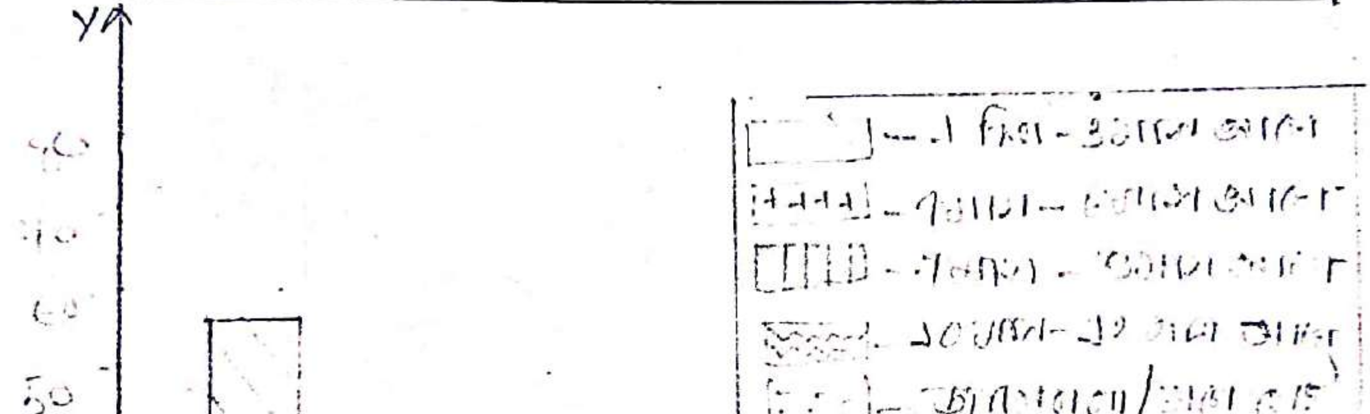


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার গর্ভবতী জানার উপায়ের ক্ষেত্রে মোট 110 জন। ঘরোয়া উপায়ের মোট সংখ্যা - 30(27.27%)। ডাক্তার দেখিয়ে মোট সংখ্যা - 30(27.27%)। প্রেগনেন্সি কিট ব্যবহার করে মোট সংখ্যা 50(45.45%)।।

সারণী – ৩৭

ডাক্তার দেখানোর সময়কাল

ডাক্তার দেখানোর সময়কাল	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
১ দিন থেকে ৩ মাস আগে	৫৭	৫১.৮১%
৪ মাস থেকে ৬ মাস আগে	১৩	১১.৮১%
৭ মাস থেকে ৯ মাস আগে	৩	২.৭২%
১০ মাস থেকে ১২ মাস আগে বা তার বেশি	৪	৩.৬৩%
জানেন না / মনে নেই	৩৩	৩০%
মোট	১১০	

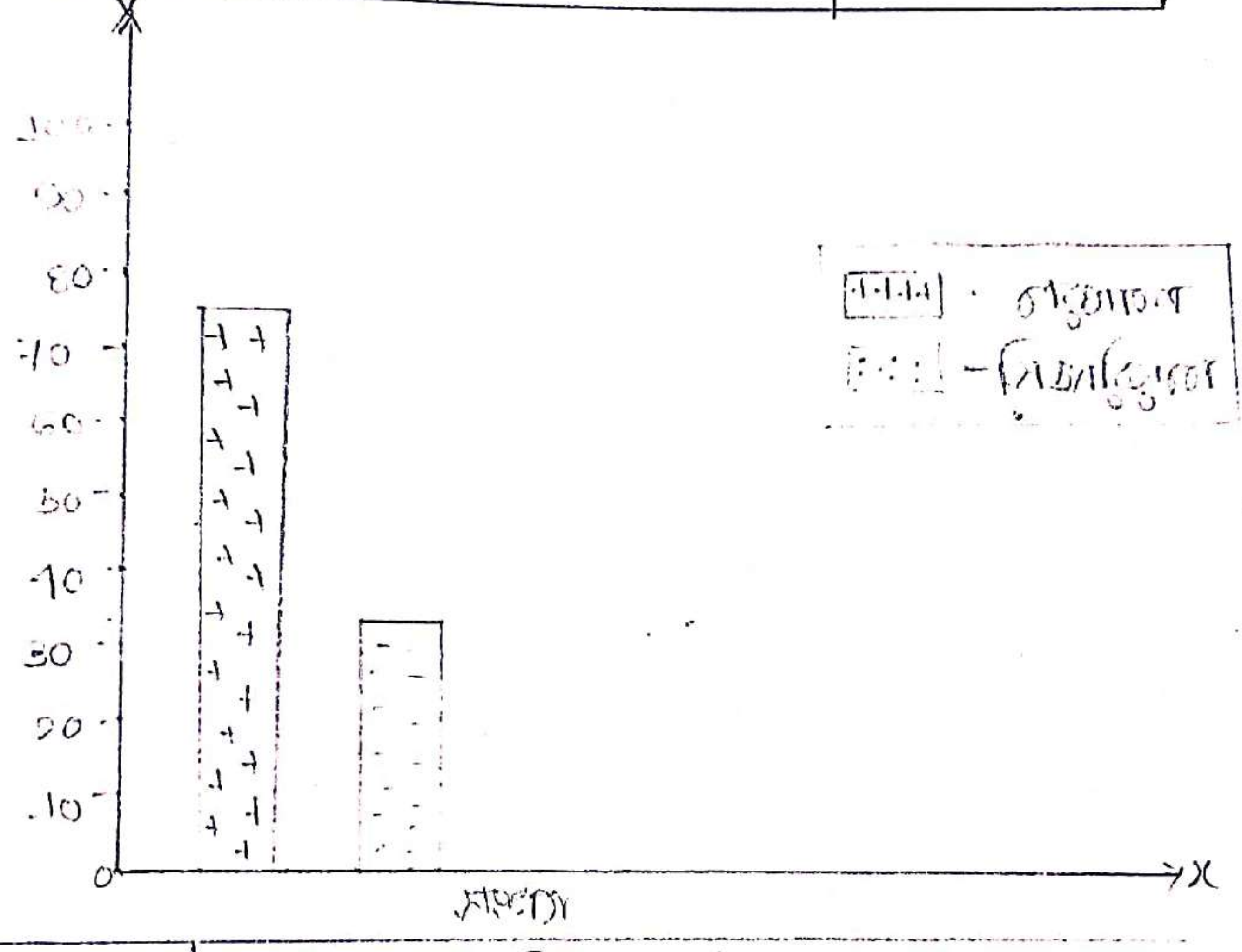


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার ডাক্তার দেখানোর সময়কালের মোট জন - ১১০ জন। ১ দিন - ৩ মাস আগে ডাক্তার দেখিয়েছেন মোট সংখ্যা হল - ৫৭ (৫১.৮১%)। ৪ মাস - ৬ মাস আগে দেখিয়েছেন মোট সংখ্যা হল - ১৩(১১.৮১%)। ৭ মাস - ৯ মাস আগের মোট সংখ্যা - ৩(২.৭২%)। ১০ মাস - ১২ মাস বা ১ বছর আগের মোট সংখ্যা - ৪ (৩.৬৩%)। জানেন না / মনে নেই - এর মোট সংখ্যা - ৩৩(৩০%)।।

সারণী- ১০

সন্তান প্রসব

সন্তান প্রসব	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
নরমাল	77	70.64 %
সিজারিয়ান	32	29.35 %
মোট	109	

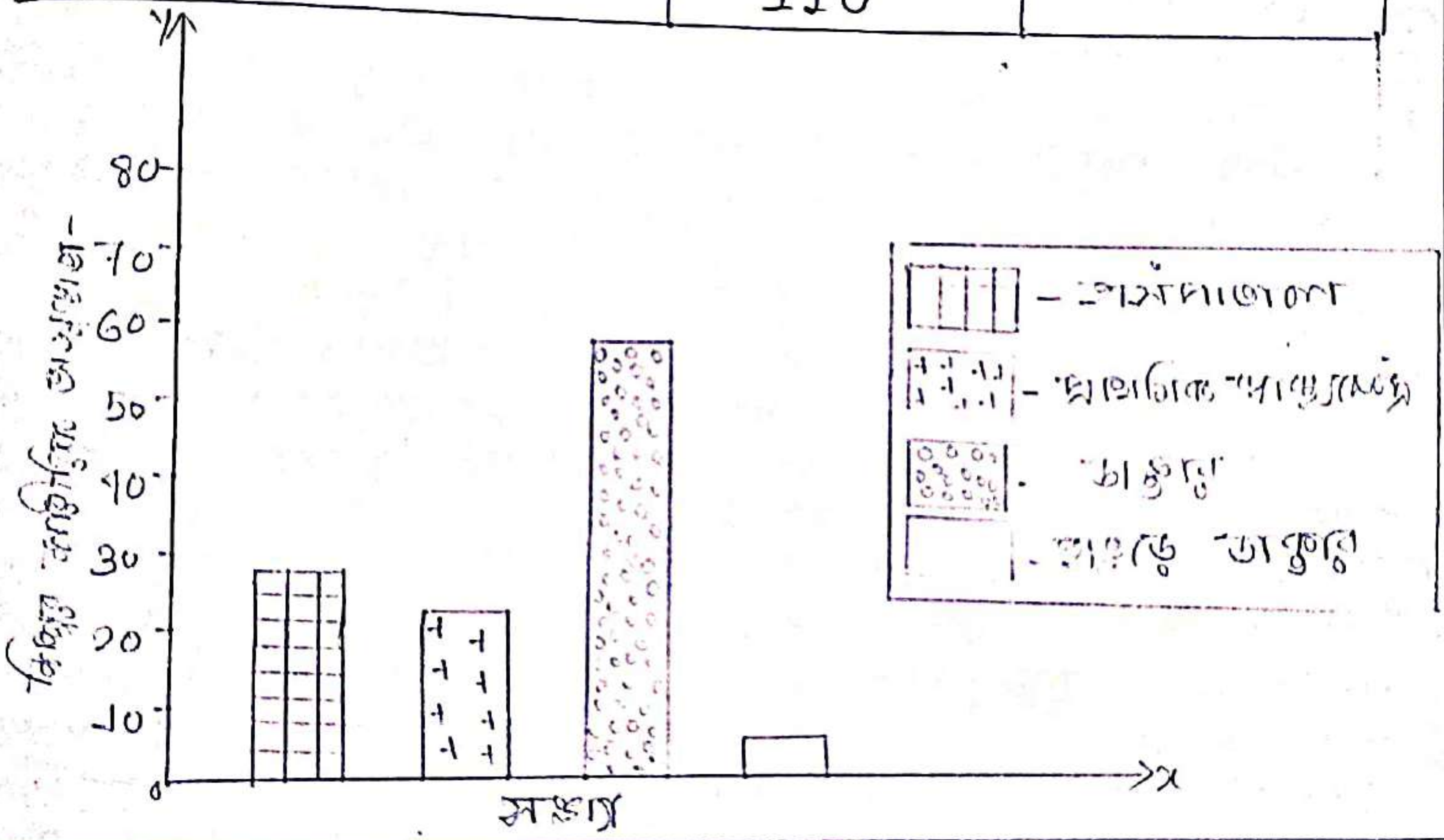


উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার সন্তান প্রসবের মোট ক্ষেত্র হল-109 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় নরমালের মোট সংখ্যা হল - 77 (70.64%)। এবং সিজারিয়ানের মোট সংখ্যা হল - 32 (29.35%)।।

সারণী — 41

শিশুর শারীরিক অসুস্থতা

শিশুর শারীরিক অসুস্থতা	উত্তরদাতার সংখ্যা	শতকরা হার
হাসপাতাল	27	24.54%
প্রাথমিক স্বাস্থ্যকেন্দ্র	21	19.09%
ডাক্তার	58	52.72%
হাতুড়ে ডাক্তার	4	3.63%
মোট	110	



উপরোক্ত সারণীতে উত্তরদাতার শিশুর শারীরিক অসুস্থতার মোট ক্ষেত্র হল — 110 জন। উত্তরদাতার সংখ্যায় হাসপাতালের মোট সংখ্যা হল— 27 (24.54%), প্রাথমিক স্বাস্থ্যকেন্দ্রের মোট সংখ্যা হল - 21 (19.09%), ডাক্তারের মোট সংখ্যা হল- 58 (52.72%), হাতুড়ে ডাক্তারের মোট সংখ্যা হল- 4 (3.63%)।।

উপসংহার :

স্বাস্থ্য বলতে মানবজীবনের সবচেয়ে মূল্যবান সম্পদ। মানুষের মৌলিক নিজের মৌলিক অধিকার হল স্বাস্থ্য। তাই প্রত্যেকের জন্য স্বাস্থ্য নিশ্চিত করতে হবে প্রতিযোগের সাথে সাথে সবার ও মাতৃস্বাস্থ্য। তাই প্রথমত আমরা স্বাস্থ্য সংক্রান্ত বিষয়ের উপর গবেষণা করি। গবেষণা করার জন্য আমরা ঈশ্বরদীপুর আমড় একটি গ্রামে ক্ষেত্র সমীক্ষা করতে গিয়েছিলাম। আমরা সেখানে গিয়ে তথ্য সংগ্রহের নমুনা হিসেবে গ্রামের বেশিরভাগ মহিলাদের সাথে কথাবার্তা বলেছিলাম। এবং তাদের সাথে আলাপ পরিচয় করেছিলাম। তবে খুব অল্প সংখ্যক পুরুষের সাথেও এ বিষয়ে কথাবার্তা হয়েছিল, তাদের সাথে কথা বলে বুঝতে পেরেছি যে তাদের মধ্যে কিছুজন স্বাস্থ্য সম্পর্কে অবগত নয়। অর্থাৎ নিজের শারীরিক, নিজের রক্তের বিভাগ ; এবং এসব সম্পর্কে অনেকে জানেন না। এবং যারা স্বাস্থ্য নিয়ে নিজেদের মত প্রকাশ করেছেন তারা স্বাস্থ্য বলতে শারীরিক ও মানসিক দিক থেকে সুস্থ থাকার কথা বলেছেন। আবার অনেকে স্বাস্থ্য সম্পর্কে নিজেদের মতপ্রকাশ করেননি। এর থেকে আমরা বুঝতে পারি গ্রামে এমন কিছু মানুষজন আছে যাদের স্বাস্থ্য সম্পর্কে কোনো ধারণা নেই বা জানতে চায়নি। সমীক্ষা করার সময় আমরা জানতে পারি গ্রামে একটি উপস্বাস্থ্য কেন্দ্র আছে। অন্য কোনো ডাক্তারের চেম্বার, হাসপাতাল বা নার্সিংহোম নেই, এই স্বাস্থ্যকেন্দ্রে শুধুমাত্র একটি হোমিওপ্যাথি ডাক্তার আসেন। অন্যকোনো ডাক্তার দেখাতে গেলে 1-2 কিলোমিটার অতিক্রম করে চণ্ডীপুরে যেতে হয়। এবং গ্রামের প্রতিটি পরিবারে স্বাস্থ্যসাথী কার্ড আছে তবে খুব কম পরিবারই এর সুবিধা উপভোগ করতে পেরেছে। এই গ্রামের মহিলারা গর্ভবতী থাকাকালীন অঙ্গনওয়াড়ি থেকে দুধ, ডাল- সব্জী, ডিম, খিচুড়ি, ভাত ইত্যাদি খাবার পেয়েছেন। গর্ভবতী অবস্থায় বেশিরভাগ মহিলারা নিয়মিত ডাক্তার দেখাতেন। এবং কিছুসংখ্যক মহিলারা আছেন যারা ডাক্তার দেখাতেন না ঘরোয়া উপায় প্রয়োগ করত। এবং আমরা জানতে পারি অনেক মহিলারা ঘরোয়া উপায়ে সন্তান প্রসব করেছিল। আবার কিছুসংখ্যক

মহিলারা আবার সিজারিয়ান পদ্ধতিতে প্রসব করেছেন। তবে কিছুসংখ্যক সন্তান হাসপাতালের তুলনায় বাড়িতে প্রসব হয়েছিল। এছাড়া কোন মৃত সন্তান প্রসব হয়নি বলে তারা জানিয়েছেন। অনেকের গর্ভবতী থাকা কালীন সন্তান নষ্ট হয়েছে বলে অনেকে বলেছেন। কোনো মৃত সন্তান প্রসব হয়েছিল বলে কিছু মহিলারা বলেছেন। মুরাদপুর গ্রামের মহিলারা নিজেদের সন্তানদের স্বাস্থ্য সম্পর্কে যথেষ্ট সচেতন ছিলেন, তারা প্রত্যেকে নিজেদের সন্তানদের ওজন মাপতেন, নিয়মিত ডাক্তার দেখাতেন এবং সময়মত টীকাকরণ করাতেন। এবং শিশুকে জন্মের পর থেকেই মায়ের স্তন্যপান করাতেন সেছাড়া কোনো অন্য খাবার খাওয়াতেন না বলে তারা আমাদের জানিয়েছেন এই গ্রামের মহিলারা 17-24 বছর বয়সের মধ্যে সন্তান গ্রহণ করার কথা বলেছেন। আবার কিছু সংখ্যক মহিলারা 20 বছর বয়সের পর সন্তান নেওয়ার কথাও বলেছেন। এবং পরিবারে কয়টি সন্তান হবে এবং কতদিন অন্তর হবে সে বিষয়ে তারা তাদের স্বামী-স্ত্রীর পরামর্শে সিদ্ধান্ত নেন এটি তাদের ব্যক্তিগত সিদ্ধান্ত বলে মনে করেন, এবং তারা দ্বিতীয় সন্তান নেওয়ার সময় কোনো রকম ডাক্তার বা আশাকর্মীর পরামর্শ নেন নি। তারা তাদের এই সিদ্ধান্ত নিজস্ব ব্যক্তিগত বলে মনে করেন।

উপরোক্ত বিশ্লেষণের মাধ্যমে গ্রামটির সম্পর্কে একটি স্বচ্ছ চিত্র তুলে ধরা সম্ভব হয়। আমাদের এই তথ্যের ভিত্তিতে বলা যায় গ্রামটির মধ্যে এখন কিছু দিকের মাতৃ ও স্বাস্থ্য সম্পর্কে সচেতন হননি। ঐ একটি দিক বাদে গ্রামটির প্রায় মাতৃ ও উন্নত বলে বিবেচনা করা যায়।

গ্রন্থপঞ্জী :

(i) চট্টোপাধ্যায়, হংক্ষেমদাস (2000): সামাজিক গবেষণা: পদ্ধতি ও প্রক্রিয়া, আরামবাগ বুক হাউস, কলকাতা।

(ii) চ্যাটার্জী, কৃষ্ণজিৎ (20১৬): গ্রামীণ সমাজতত্ত্ব ও ভারতীয় প্রেক্ষাপট, সেন্ট্রাল বুকস, কলকাতা,

(iii) চৌধুরি, অনিরুদ্ধ (2020): সমাজতাত্ত্বিক তত্ত্ব অনুসন্ধান ও গবেষণা পদ্ধতি, চ্যাটার্জী পাবলিকেশন্স; কলকাতা।

Website

① https://www.unicef.ong/india/what-we-do/maternal-health-in-India/. accessed on -02-05-23.

② https://www.sciencedired.com/science/article/pii/S1877575620301531.

③ https://www.voabangla.com/a/health-workshop/2822470.html.

④ Significiant Decline in Maternal Mortality in india — https://pib.gov.in/FeaturesDetails:aspx3 NoteId=151238 and ModuleId %20 = %202. accessed on 5-4-23.

⑤ https://villageinfo.in/west-bengal/Purba Medinipur/Chandipur/muradpur.html.accessed on 08-04-23.

⑥ কালের কণ্ঠ, গর্ভকালীন যত্ন (2017), https://kalerkantho.com/print-edition/doctor-acen/2017/01/07/449697 accesed on 10-04.23.

⑦ বাংলা পিডিয়া, প্রজনন সংক্রান্ত স্বাস্থ্যসেবা; https://bn.banglapedia.org/index.php/%E0%A6%E0%A7%8A%E0%A6%B0%E0%A6%9C%E0%A6%A8%E0%A6%A8%-%E0%A6, accessed on 11:04.23.

(8) BC camburo, স্বাস্থ্য এবং ঔষধ; https://opentestbc.ca/introduction tosociology/chapter/chapter 19-heaths-and-Medicine/ accessed on 11-9-23.

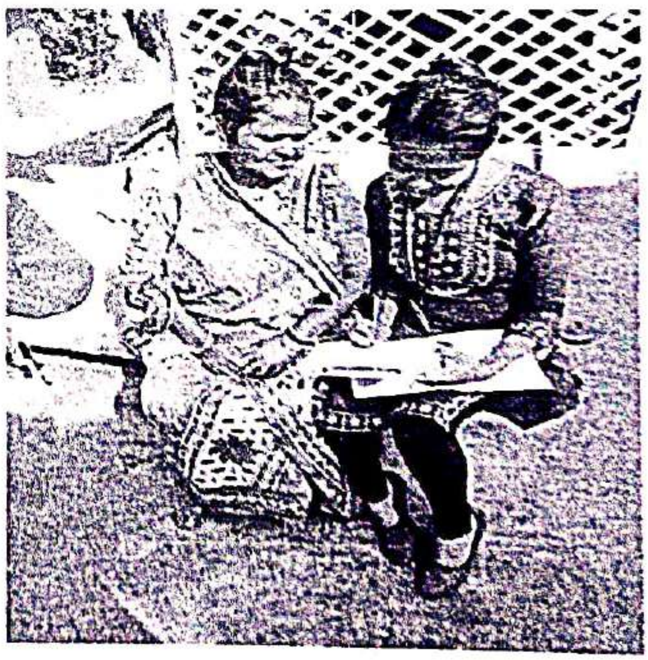
(9) Eferoit, স্বাস্থ্য এবং অসুস্থতার সমাজবিজ্ঞান, https: bn.eferoit.com/%E0%A6%B8%E09.A7%8D%E0%8D9.E0%A6%A5%E0%A7%8D%E0%A6%AF%E0%A6%8F%E0%; accessed.

(10) PK RAIHA; স্বাস্থ্যের সামাজিক এবং অর্থনৈতিক প্রভাব বিষয়ে আলোচনা করো। (2023), https://www.rokraihan.com/2023/01/sasthero-samajik-ebong-accordingoto-provad.html?m=1, accessed on 15-05-23.

(11) LIBRARIES, Understanding Health, Medicine and Society, https://open.lib.umm.edu/sociology/chapter/18-1-Understanding-health-medicine-and-society/ accessed on-07-05-23..

(12) Meternal and Adolescent Health care,- https://main.mohfw,gov,in/sites/default/files/896325632145698752 36.Pdf, accessed on-05-09-23.

চিত্র সারণী



মুরাদপুর গ্রামে তথ্য সংগ্রহ করার চিত্র

মুরাদপুরগ্রামেসমাজতাত্ত্বিকসমীক্ষারজন্য

সাক্ষাৎকারঅনুসূচী

ক্রমিকসংখ্যাসাক্ষাৎকারেরতারিখ:

==
==

১ .উত্তরদাতারনাম:--

২ .উত্তরদাতারবয়স: ---

৩. লিঙ্গ : পুরুষ/ মহিলা/ অন্যান্য

৪. উত্তরদাতারওজন :

৫. উত্তরদাতারধর্ম :

৬. জাতিনাম : SC/ ST/ OBC /OBC - A/ OBC- B/ UR

৭. উত্তরদাতাররক্তেরবিভাগ : --

৮. উত্তরদাতারপেশা : --

৯. বাড়িরকর্তাসঙ্গেসম্পর্ককেমন ?ভালো / খারাপ/মোটামুটি/ খুবভালো

১০.উত্তরদাতারবৈবাহিকমর্যাদাকেমন ? (বিবাহিত-/ অবিবাহিত/ বিধবা/ বিপত্নীক / বিবাহবিচ্ছিন্ন)

১১. বাড়িরকর্তার নামকি ?--

১২. কর্তারবয়সকত ? ----------------------

১৩. কর্তার পেশাকি ? ----------------------------

১৪. কর্তার শিক্ষাগতযোগ্যতাকি ? --------------------------

১৫. পরিবারেরধরনবাপ্রকারকেমন ? (অনুপরিবার / একান্নবর্তীপরিবার)

১৬. পরিবারেরমোটসদস্যসংখ্যাকত? ---------------------------

পুরুষ - মহিলা -

১৭. পরিবারেশিশুরসংখ্যাকত? --------------

১৮. পরিবারেকেউস্কুলছুটআছে? (হ্যাঁ / না)

19. থাকলেকয়জনআছেএবংকেনআছে?

২০. পরিবারেরমোটমাসিকআয়কত? -------------------------

২১. আপনাদেরবাড়িতেগবাদিপশুআছে ? (হ্যাঁ / না)

২২. যদিথাকেকিকিগবাদিপশুআছে ? (গরু /ছাগল/ভেড়া/হাঁস/মুরগি)

২৩. আপনাদেরবাড়ীরশৌচালয়েরঅবস্থাকেমন? (পৃথক/ সংযুক্ত)

২৪. আপনাদেরবাড়িতেকোনধরনেরজলপানকরেন ? (ফিল্টার/ টিউবওয়েল / সাম্বারশীল)

২৫. আপনারাকিপুকুরেরজলপানীয় জলহিসেবেব্যবহারকরেন? (হ্যাঁ / না)

২৬. আপনাদেরবাড়ীরবাগ্রামেরজলনিকাশিব্যবস্থা / নর্মদা আছে ? (হ্যাঁ/ না)

২৭. আপনাদেরবাড়ীরগ্রামেরনর্মদাখোলানাবন্ধ?

২৭. আপনাদেরবাড়ীরকতদিনঅন্তরজলনিকাশিপরিষ্কারকরাহয় ?

২৮. রান্নারজন্যকোনজ্বালানিব্যবহারহয় ? (গ্যাস/ জ্বালানি/ কাঠ/ কয়লা / বিদ্যুৎ)

২৯. আপনাদেরপরিবারেআলোরপরিষেবাকেমন? (বিদ্যুৎ/ তেললন্ডন)

৩০. আপনিবাড়িবানানোরজন্যকিসরকারিঅনুদানপেয়েছেন? (হ্যাঁ / না)

৩১. যদিনাহয়কেনসরকারিঅনুদানপাননি ?

৩২. আপনাদেরপরিবারেঅন্যকোনসরকারিঅনুদানপেয়েছেন ? (হ্যাঁ / না)

৩৩. যদিহ্যাঁহয়কিকিসরকারিঅনুদানপেয়েছেন ?

৩৪. নিজস্বকোনোযানবাহনআছে ? (হ্যাঁ / না)

৩৫. যদিহ্যাঁহয়কিধরনেরযানবাহনআছে ? (সাইকেল/রিক্সা/চারচাকা/বাইক)

৩৬. দৈনন্দিনযাতায়াতেরজন্যসাধারণতকিব্যবহারকরেন ? (নিজস্বযানবাহন / গণপরিবহনব্যবস্থা/ অন্যান্য)

৩৭. নিম্নোক্তজিনিসগুলিরমধ্যেকোনগুলিবাড়িতেআছে? (ফ্রিজ / মাইক্রোওয়েভ/ স্মার্টফোন/ ওয়াশিংমেশিন)

৩৮. আপনাদেরজমিআছে ? (হ্যাঁ / না)

৩৯. যদিথাকেপরিমাণকত ?

৪০. আপনাদেরপরিবারেকেউচাষাবাদেরসঙ্গেযুক্ত ? (হ্যাঁ / না)

৪১. নিজেরজমিনিজেইচাষকরেন / জমিঅন্যকেবর্গায়চাষেরজন্যদিয়েছেন/' অপরেরজমিতেবর্গায়চাষকরেন

৪২. আপনারগ্রামেরপার্শ্ববর্তীএলাকায়কোনসরকারিস্বাস্থ্যকেন্দ্রআছে ? (হ্যাঁ / না)

৪৩. যদিহ্যাঁহয়আপনারবাড়িথেকেস্বাস্থ্যকেন্দ্রেরদূরত্বকত ? ---------------

৪৪. কতজনডাক্তার? --------------------(জানি/ জানিনা)

৪৫. কিকিপরিষেবাপাওয়াযায় ?

৪৬. আপনিসাধারণতকোথায়ডাক্তারদেখান ? (সরকারিস্বাস্থ্যকেন্দ্রে/ ব্যক্তিগতচেম্বার/ প্রাইভেটহসপিটাল) এবংকেন ?

o

৪৭. আপনিশেষকবেডাক্তারদেখিয়েছেন ? -------------------

৪৮. কেনদেখিয়েছেন ?

৪৯. আপনারশেষশরীরখারাপকবেহয়েছিল ?

৫০. আপনারবাড়িথেকেডাক্তার-খানাদূরত্বকত ?

৫১. বাড়িতেহঠাৎকোনোআপৎকালীনস্বাস্থ্যবিষয়কসমস্যাহলেকোথায়আগেনিয়েযান ?

ক) পার্শ্ববর্তীস্বাস্থ্যকেন্দ্রেখ) পার্শ্ববর্তীসরকারিহাসপাতালগ) পার্শ্ববর্তীডাক্তারেরব্যক্তিগতচেম্বার

ঘ) বেসরকারিহাসপাতাল/ নার্সিংহোমঙ) ঝাড়ফুঁক/ মাদুলি/কবজ/টোটকাচ) কোয়াকবাহাতুড়ে

৫২. আপনাদেরবাড়িরসকলসদস্যদেরস্বাস্থ্যসাথীবাআয়ুষ্কালকার্ডআছেকি ? (হ্যাঁ / না)

৫৩. যদিস্বাস্থ্যসাথীকার্ডবাআয়ুষ্কালকার্ডথাকেতারকোনসুযোগসুবিধাপেয়েছেনকি ? (হ্যাঁ / না)

৫৪. স্বাস্থ্যকেন্দ্রছাড়াআপনারএলাকায়কোনোব্যক্তিগতডাক্তারেরচেম্বারআছেকি ? (হ্যাঁ / না)

৫৫. যদিথাকেকিধরনেরডাক্তার ? ক) হোমিওপ্যাথিখ) এলোপ্যাথিকগ) আয়ুর্বেদিকঘ) হাতুড়ে

৫৬. আপনিবাআপনারবাড়িতেকেউধূমপানকরেন ? (সিগারেট / বিড়ি / অন্যান্য)

৫৭. আপনিবাআপনারবাড়িতেকেউদোক্তা,পানমশলা ,বিমল ,জর্দাইত্যাদিসেবনকরেনকি ? (হ্যাঁ / না)

৫৮. আপনারবাড়িরকোনসদস্যমদ্যপানকরেনকি ? (হ্যাঁ / না)

৫৯. আপনারবাড়িতেবাগ্রামেকোনপ্রতিবন্ধীব্যক্তিআছেকি ? (হ্যাঁ / না)

৬০. হ্যাঁ,হলেবাড়িতেবাগ্রামেকতজনপ্রতিবন্ধীআছেন?

৬১.কিধরনেরপ্রতিবন্ধী? মানসিক- / শারীরিক

৬২. আপনিবাআপনারপরিবারেএখনকেউগর্ভবতী ? (হ্যাঁ / না)

৬৩. গর্ভবতীঅবস্থায়আপনিবাআপনারপরিবারেগর্ভবতীমহিলাদেরদুধ,শাকসবজি,মাছ,মাংস ,পাচ্ছেনবাপেয়েছেন ? (হ্যাঁ / না)

৬৪. গর্ভাবস্থায়আপনিকি আপনারপরিবারেগর্ভবতীসেখানেপরিষেবাগতসুযোগ-সুবিধাপেয়েছিলেন / পান(হ্যাঁ / না)

৬৫. গর্ভবতীহয়েছেনসেটাবোঝেনকিকরে? ঘরোয়াউপায়/ডাক্তারদেখিয়ে/প্রেগনেন্সিটেস্টকিটব্যবহারকরে/অন্যান্য)

৬৬. গর্ভাবস্থায়আপনিবাআপনারপরিবারেগর্ভবতীকতদিনঅন্তরডাক্তারদেখাতেনবাদেখান? ----------

৬৭. গর্ভাবস্থায়প্রথম 3 মাসেরমধ্যেকিডাক্তার/হাসপাতাল/স্বাস্থ্যকেন্দ্রেরযান ?

৬৮. এরআগেগর্ভবতীহয়েথাকলেগর্ভাবস্থায়কখনোইউএসজিকরানোহয়েছে? (হ্যাঁ / না)

৬৯.ইউএসজিকরানোহলেকতবারবাকতদিনঅন্তরকরেছেন? -----------

৭০. গর্ভাবস্থায়নিয়মিতআয়রনএবংফলিকএসিডযুক্তঔষধখেতেনকি ? (হ্যাঁ / না)

৭১. গর্ভাবস্থায়থাকাকালীনআপনিকিসাংসারিককাজেরক্ষেত্রেপরিবারেরঅন্যান্যসদস্যদের সাহায্যপেয়েছিলেন ? (হ্যাঁ / না)

৭২. সন্তানপ্রসবকোথায়হয় ? (বাড়ি / হাসপাতাল)

৭৩. আপনারসন্তানপ্রসবেরসময়কিভাবেডেলিভারিহয়েছিল? (নরমাল/ সিজারিয়ান)

৭৪. সন্তানকিনির্দিষ্টসময়েপ্রসবহয়েছিল? (হ্যাঁ / না)

৭৫. যদিউত্তরনাহয়যদিআগেহয়তারকারণকি? ------------------------

৭৬. জন্মেরসময়সন্তানেরওজনকতছিল ? --------------------

৭৭. সন্তানেরকোনোশারীরিকঅসুস্থতাছিল? (হ্যাঁ/ না)

৭৮.জন্মেরপরসন্তানেরনিয়মিতটিকাকরণকরানকি? (হ্যাঁ / না)

৭৯. সদ্যোজাতসন্তানকেস্তন্যপানকরান ? (হ্যাঁ / না)

৮০. উত্তরনাহলেকেনকরেননা ?

ক) পরিবর্তহিসেবেকিব্যবহারকরেন ?

বাচ্চাকেনিয়মিতডাক্তারদেখানকি ? (হ্যাঁ / না)

ক) হ্যাঁহলেকতদিনঅন্তরদেখান?

৮১. বাচ্চারঅসুখবিসুখহলেকারসাহায্যনেন ? হাসপাতাল/প্রাথমিকস্বাস্থ্যকেন্দ্র/ডাক্তার/ঝাড়ফুঁক/হাতুড়ে/অন্যান্য

৮২. মেয়েদেরকতবছরবয়সেপ্রথমসন্তানহওয়াউচিতবলেআপনিমনেকরেন ?

৮৩.সর্বোচ্চকটিসন্তানহওয়াউচিতবলেআপনিমনেকরেন ?

৮৪.কটিসন্তানহবেএবংকতদিনপরেহবেসেইবিষয়েকারমতামতপ্রাধান্যপাওয়াউচিতবলে আপনিমনেকরেন? স্ত্রী/স্বামী-স্ত্রীর /বাবা-মা/স্বামীরবাবা-মা/পরিবারেরঅন্যান্যসদস্য

৮৫.বিয়েরআগেইমেয়েদেরপ্রজননসংক্রান্তবিষয়সম্পর্কেজানাউচিতবলেআপনিমনেক রেন ?

৮৬.সন্তাননেওয়ারআগেসেইবিষয়েআপনিবাগ্রামেরমহিলারাডাক্তারবাআশাকর্মীদেরস ঙ্গেপরামর্শকরেনকি?

৮৭.আপনারকিকখনোগর্ভপাতেসন্তাননষ্টহয়েছিল? (হ্যাঁ / না)

৮৮.যদিগর্ভাবস্থায়সন্তাননষ্টহয়েথাকেতাহলেতারকারণকি?

৮৯ .(যদিউত্তরহ্যাঁহয়) গর্ভপাতেরপরডাক্তারেরসঙ্গেপরামর্শকরেছিলেন?

৯০.গর্ভপাতেরকতদিনপরআবারসন্তানধারণকরেছিলেন ?

৯১.মৃতসন্তানপ্রসবহয়েছিলকি ?

৯২. সদ্যোজাতশিশুরমৃত্যুরহয়েছিলকি ?

৯৩. স্বাস্থ্যবলতেকীবোঝো?