৩০|৮|2003

ভোরের কাগজ

তারিখ ...... পৃষ্ঠা ৫ ..... কলাম ৭ ......

চিকিৎসা সেবার মানোন্নয়নে চিকিৎসা শিক্ষায় পরিবর্তন আনতে হবে

মোরশেদ চৌধুরী

দেশ থেকে দেশে স্বাস্থ্য সেবাদান পদ্ধতি যেমন ভিন্নতর তেমনি শিক্ষার বিষয়, শিক্ষার ক্ষেত্রে রোগ বা স্বাস্থ্য সমস্যার অগ্রাধিকারে পার্থক্য হওয়া বাঞ্ছনীয়। কেননা সকল দেশের স্বাস্থ্য সমস্যা এক নয়। ডাক্তার, নার্স, প্যারামেডিকস বা টেকনিশিয়ানদের মান এভাবে নির্ণয় হওয়া উচিত যে, যাতে তারা দেশে প্রাপ্ত সুযোগ সুবিধার পুরোপুরি ব্যবহার করে মানুষের সঠিক রোগ নির্ণয় এবং ওষুধ নির্বাচন করে চিকিৎসা করতে পারে; একই সঙ্গে প্রচলিত রোগসমূহ প্রতিরোধ করে একজন মানুষকে সারা বছর কর্মক্ষম রাখতে পারবে। অর্থাৎ বাংলাদেশের ডাক্তার, নার্স, প্যারামেডিকস বা টেকনিশিয়ানদের উন্নত বিশ্বের বাজারের পণ্য হিসেবে তৈরি না করে দেশের প্রয়োজনের সঙ্গে সঙ্গতিপূর্ণভাবে গড়ে তুলতে হবে, সেভাবে শিক্ষাব্যবস্থা সাজাতে হবে। এ দৃষ্টিকোণ বিশ্লেষণ করে বলা যায় যে, আমেরিকার বা বিলাতের প্রশিক্ষণ বা ডিগ্রি আমাদের দেশের জন্য সর্বশ্রেষ্ঠ শিক্ষা নাও হতে পারে। এখানে বলা প্রয়োজন আমেরিকা, অস্ট্রেলিয়া বা ইংল্যান্ডে বাংলাদেশ থেকে পাস করা ডাক্তারদের ইসিএফএমজি জাতীয় পরীক্ষায় পাস করতে হয়। পরীক্ষার মাধ্যমে দেখা হয় যে বাংলাদেশের চিকিৎসক আমেরিকা, অস্ট্রেলিয়া বা ইংল্যান্ডে কাজ করতে পারবে কিনা। মূল্যায়ন হয় উল্লিখিত দেশের প্রয়োজনের ভিত্তিতে।

গত ২৫ বছরের অধিক সময় ধরে বাংলাদেশে চিকিৎসা সেবাদান পদ্ধতির আমূল পরিবর্তন ঘটেছে। এখানে হাসপাতাল বা ডাক্তারকেন্দ্রিক চিকিৎসার পরিবর্তে সমাজনির্ভর বা বাড়িতে গিয়ে অথবা স্যাটেলাইট ক্লিনিকের মাধ্যমে সেবাদান প্রথা চালু রয়েছে। স্বাস্থ্যকর্মী বা নার্সদের ভূমিকা ও তাদের দায়িত্বে পরিবর্তন আসছে। সেবা কার্যক্রমে 'হেলথ টিমের' দায়িত্ব বাড়ছে। ডাক্তারদের বাইরে স্বাস্থ্যকর্মী বা নার্সদের অনেকগুলো রোগের চিকিৎসা করার অধিকার দেওয়া হয়েছে। ফলে স্বাস্থ্যরক্ষা এখন শুধু ডাক্তারের ওপর নির্ভরশীল নয়। সবার জন্য স্বাস্থ্য নীতিমালায় জনগণের অংশগ্রহণকে গুরুত্বের সঙ্গে বিবেচনা করা হয়েছে।

সেবাদান পদ্ধতির পরিবর্তন হলেও তার সঙ্গে সঙ্গতি রেখে ডাক্তার, নার্স, প্যারামেডিকস বা টেকনিশিয়ানদের প্রশিক্ষণ পদ্ধতি পরিবর্তন হয়নি। এখনো আমাদের দেশে চিকিৎসক, স্বাস্থ্যকর্মী বা নার্স প্রশিক্ষণে অতি প্রাচীন কারিকুলাম অনুসরণ করা হয়। ডাক্তার, স্বাস্থ্যকর্মী বা টেকনিশিয়ানদের কারিকুলাম তাদের দায়িত্ব অনুসারে সাজানো হয়নি। অথচ বিলাত বা আমেরিকায় তাদের প্রয়োজনে প্রশিক্ষণ কারিকুলাম পরিবর্তন করা হয়েছে। এখানে স্বাস্থ্যশিক্ষা কার্যক্রমে কিউরেটিভ চিকিৎসার ওপর অগ্রাধিকার দেওয়া হয়। স্বাস্থ্য সমস্যা সমাধানে মানসিক, সামাজিক, রাজনৈতিক বা অর্থনৈতিক পরিপ্রেক্ষিতকে গুরুত্ব প্রদান করা হয় না। কারিকুলামে যে সব রোগকে গুরুত্ব দেওয়া হয় সেগুলো পশ্চিমা বা উন্নয়নশীল দেশের রোগ ও স্বাস্থ্যসমস্যা। ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের ১০ বছরের প্রশ্ন বিশ্লেষণ করে দেখা গেছে, প্রশ্নের ২৩ শতাংশ রোগ হচ্ছে বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসমস্যা বা রোগ।

বাংলাদেশের বড়ো বড়ো হাসপাতালে যে সব রোগী আসে তাদের অধিকাংশ আসে রোগের চরম বা শেষ অবস্থায়। ফলে চিকিৎসা বিজ্ঞানের ছাত্রী বা ছাত্ররা জটিল রোগের প্রাথমিক অবস্থা অবগত হওয়ার সুযোগ পায় না। একমাত্র পুঁথিগত বিদ্যা তাদের সম্বল। শিক্ষা ও কর্মক্ষেত্রের মধ্যে কোনো সামঞ্জস্য নেই। চিকিৎসা বিজ্ঞানের একজন ছাত্রী বা ছাত্র তাদের প্রশিক্ষণকালের পুরো সময়টা শহরের বড়ো বড়ো হাসপাতালে কাটায়। কর্মক্ষেত্রে কি ধরনের দায়িত্ব পালন করতে হবে সে বিষয়ে তাদের বাস্তব শিক্ষা দেওয়া হয় না।

> **চিকিৎসা বিজ্ঞানের একজন ছাত্রী বা ছাত্র তাদের প্রশিক্ষণকালের পুরো সময়টাতে একটা কমিউনিটি ক্লিনিকে প্রয়োজনীয় তৎপরতা দেখার সুযোগ পায় না। ফলে তাদের মধ্যে দেশের মানুষের সেবার মনোবৃত্তি সৃষ্টি হয় না, তারা জানে না স্বাস্থ্যের উন্নতির জন্য রোগের চিকিৎসা একমাত্র হাতিয়ার নয়। বিলাত বা আমেরিকায় আমাদের ডিগ্রি 'রিকগনাইজড' কিনা সেটা নিয়েই আমরা অধিক উদ্বিগ্ন।**

ফলে প্রথম কর্মক্ষেত্রের প্রয়োজনীয় দক্ষতা তারা লাভ করতে পারে না। উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্রে তাদের (নতুন ডাক্তার) সিজারিয়ান বা লেপারোটমি অপারেশন করার সুযোগ নেই। অথচ প্রশিক্ষণকালে প্রত্যেকের একটা উল্লেখযোগ্য সময় এ সব অপারেশন অবলোকন করতে ব্যয় হয়। দুঃখজনক হলেও সত্য অধিকাংশ নতুন চিকিৎসকের উপরের কোনো দক্ষতা থাকে না। প্রশিক্ষণকালে তাদের পুরো সময় একজনের তদারকিতে দায়িত্ব পালন করতে হয়। ফলে তাদের এককভাবে সিদ্ধান্ত নিয়ে চিকিৎসা করার মানসিকতা বা দক্ষতা অথবা আত্মবিশ্বাস জন্মায় না।

পাস করার পর একজন চিকিৎসকের থানা বা ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্রে পোস্টিং হয়। প্রথম কর্মক্ষেত্রে তিনি একজন চিকিৎসক ও প্রশাসক। কর্মীদের ছুটি মঞ্জুর, বেতন প্রদান, মাসিক রিপোর্ট, কিছু উপকরণ ক্রয় করা বা জাতীয় কর্মকাণ্ডের আয়োজন করতে হয়। অথচ সরকারি নির্দেশাবলীর বিষয়ে প্রশিক্ষণের সুযোগ নেই, কারিকুলামে নেই। চিকিৎসা বিজ্ঞানের একজন ছাত্রী বা ছাত্র তাদের প্রশিক্ষণকালের পুরো সময়টাতে একটা কমিউনিটি ক্লিনিকে প্রয়োজনীয় তৎপরতা দেখার সুযোগ পায় না। ফলে তাদের মধ্যে দেশের মানুষের সেবার মনোবৃত্তি সৃষ্টি হয় না, তারা জানে না স্বাস্থ্যের উন্নতির জন্য রোগের চিকিৎসা একমাত্র হাতিয়ার নয়। বিলাত বা আমেরিকায় আমাদের ডিগ্রি 'রিকগনাইজড' কিনা সেটা নিয়েই আমরা অধিক উদ্বিগ্ন। তারা জানে না তাদের গ্রামে স্বাস্থ্যহীনতার মূল কারণ কি? তার আত্মীয়স্বজনরা কি কি রোগে ভুগছে? বর্তমান পদ্ধতির শিক্ষা তাদের 'রুটস' থেকেও বিচ্ছিন্ন করছে। কমিউনিটি নির্ভর চিকিৎসা প্রদানের অঙ্গীকার সকল সরকারের থাকলেও চিকিৎসা বিজ্ঞানের শিক্ষার্থীদের প্রশিক্ষণকাল থেকে প্রস্তুত করা হয় না। ফলে সরকারও জনগণের কাছে চিকিৎসা সহজলভ্য করতে ব্যর্থ হচ্ছে। সরকারের স্বাস্থ্য সেবাদান পরিকল্পনায় হেলথ টিমের প্রয়োজনীয়তা থাকলেও পুরো প্রশিক্ষণকালে ভবিষ্যৎ টিমের (ডাক্তার, ডেন্টিস্ট, নার্স, প্যারামেডিকস বা টেকনিশিয়ান) একত্রে ক্লাস বা ভবিষ্যৎ দায়িত্ব নিয়ে আলোচনার সুযোগ নেই। ফলে একে অন্যের দায়িত্ব, দক্ষতা বা সীমাবদ্ধতা সম্পর্কে অবগত হতে পারে না।

বাংলাদেশব্যাপী সরকারি কর্মকাণ্ড (জাতীয় টিকা দিবস) বিভিন্ন প্রজেক্টে কর্মকাণ্ডের পরিসংখ্যান বা এগুলোর গুরুত্ব চিকিৎসা বিজ্ঞানের শিক্ষার্থীদের সঠিকভাবে অবগত করা হয় না। এগুলো কারিকুলামের অংশ নয়। তাদের প্রশিক্ষণকালে জাতীয় দিবসে অংশ গ্রহণের কোনো সুযোগ নেই। আমাদের দেশের মেডিকেল কলেজে পাঠদান পদ্ধতিও অতি প্রাচীন। এখানে শিক্ষাদান করা শেখার চেয়ে গুরুত্বপূর্ণ। শিক্ষাদান পদ্ধতিতে শিক্ষক এক তরফাভাবে বক্তৃতা বা লেকচার প্রদান করেন। এ সময় slide, overhead projector, film জাতীয় উপকরণের ব্যবহার খুবই কম। ফলে লেকচারের গুণগত মান উন্নত হতে পারে না। ছাত্রছাত্রীদের ভূমিকা পরোক্ষ। ফলে তারা প্রশিক্ষণকালে বেশি সময়টা বই মুখস্থ করতে ব্যয় করে।

শহরের বড়ো বড়ো মেডিকেল কলেজের সঙ্গে থানা হেলথ কমপ্লেক্স ও ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্রের সংযোগ গড়ে তোলা প্রয়োজন। ডাক্তার, ডেন্টিস্ট, নার্স, প্যারামেডিকস বা টেকনিশিয়ান শিক্ষার্থীরা তাদের শিক্ষকসহ বছরের উল্লেখযোগ্য সময় থানা হেলথ কমপ্লেক্স ও ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্রে অবস্থান করে প্রশিক্ষণ গ্রহণ করতে পারে। এতে প্রতিটা থানা হেলথ কমপ্লেক্স ও ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্রের চিকিৎসা ও স্বাস্থ্য কর্মকাণ্ডের মান বৃদ্ধি পাবে এবং এগুলো এক একটি শিক্ষাকেন্দ্রের মর্যাদা লাভ করবে। ডাক্তার, ডেন্টিস্ট, নার্স, প্যারামেডিকস বা টেকনিশিয়ান শিক্ষার্থীরা তাদের ভবিষ্যৎ দায়িত্ব ও কর্মস্থল বিষয়ে অবগত হবে; মেডিকেল কলেজের সঙ্গে গ্রামাঞ্চলের রোগীদের যোগাযোগ বাড়বে হবে।

দেশীয় প্রচলিত রোগ ও স্বাস্থ্য সমস্যাকে অগ্রাধিকার দেওয়া উচিত। প্রশিক্ষণার্থীদের থানা হেলথ কমপ্লেক্স ও ইউনিয়ন স্বাস্থ্যকেন্দ্রে প্রশিক্ষণ বা দুর্যোগের পর ত্রাণ মহামারী চিকিৎসা দলে অংশগ্রহণ বিষয়টাকে সহজ করে দেবে।

নির্বাচিত কিছু বিষয়ে চিকিৎসকদের সর্বোচ্চ পর্যায়ে দক্ষতা লাভের ব্যবস্থা করা প্রয়োজন। যেমন- ফোঁড়া কাটা, এমআর করা, খতনা করা, ছোট টিউমার বা সিস্ট অপারেশন, পুরুষ ও মহিলা বন্ধ্যাকরণ। প্রয়োজনীয় যন্ত্রপাতি ব্যবহার যেমন অক্সিজেন সিলিন্ডার, সাকশন মেশিন, নেবুলাইজার, অটোক্লেভ ইত্যাদি সম্পর্কে শিক্ষার্থীদের অবগত করতে হবে।

দেশের জনগণের সার্বিক স্বাস্থ্য ও স্বাস্থ্যসেবার মান উন্নত করতে হলে চিকিৎসা সেবাপদ্ধতি, মেডিকেল কলেজের ভূমিকা ও চিকিৎসা শিক্ষাব্যবস্থার পরিবর্তন অত্যন্ত জরুরি।

দেশের প্রয়োজনে তাদের সকলের প্রশিক্ষণের পদ্ধতিকে ঢেলে সাজাতে হবে। তা হলেই ডাক্তার, ডেন্টিস্ট, নার্স, প্যারামেডিকস বা টেকনিশিয়ানদের গুণগত মান বাড়বে, বাড়বে চিকিৎসা সেবার মান।

ডা. মোরশেদ চৌধুরী : পরিচালক, গণস্বাস্থ্য কেন্দ্র, ঢাকা।