বাংলাদেশ উন্নয়ন সমীক্ষা
খণ্ড ৩৬ বার্ষিক সংখ্যা ১৪২৫

হাওরপাড়ের মানুষজনের স্বাস্থ্যগত অবস্থা : মাঠভিত্তিক অভিজ্ঞতার আলোকে বিশ্লেষণ

মোহাম্মদ আলী ওয়াক্কাস*
ফারহানা ইসলাম**

১। ভূমিকা

বাংলাদেশের মোট আয়তনের এক উল্লেখযোগ্য অংশ জুড়ে রয়েছে হাওর ও জলাভূমি এবং এর মাঝেই খুঁজে পাওয়া যায় এদেশের নৈসর্গিক শোভা ও প্রাকৃতিক বৈচিত্র্য। এসব হাওরাঞ্চল জীব বৈচিত্র্য, মৎস্য সম্পদ, জলজ উদ্ভিদ ও প্রাকৃতিক সম্পদে ভরপুর। সারাদেশে জলাভূমির পরিমাণ প্রায় ৬.৭ মিলিয়ন হেক্টর। এসব এলাকাকে মিঠাপানির অঞ্চল হিসেবেও বিবেচনা করা হয়। দেশের বেশির ভাগ হাওরের অবস্থান সিলেট ও ময়মনসিংহ অঞ্চলে। হাওর এলাকার সীমানা উত্তরে ভারতের মেঘালয়, পূর্বে ভারতের মনিপুর অঞ্চল এবং দক্ষিণে ত্রিপুরা ও মিজুরাম রাজ্য (Banglapedia, 2012)। হাওর এলাকায় ছোট বড় অনেক বিল রয়েছে এগুলো প্রাকৃতিকভাবে পানি সংরক্ষণের মাধ্যমে সমতল ভূমিকে প্লাবন থেকে বাঁচাতে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করছে। সারণি-১-এ বাংলাদেশের হাওরাঞ্চলের জেলাওয়ারী পরিসংখ্যান তুলে ধরা হলো।

সারণি ১: জেলাওয়ারী হাওরের পরিমাণ ও সংখ্যা

জেলা	মোট আয়তন (হেক্টর)	হাওরের আয়তন (হেক্টর)	হাওরের সংখ্যা
সুনামগঞ্জ	৩,৬৭,০০০	২,৬৮,৫৩১	৯৫
সিলেট	৩,৪৯,০০০	১,৮৯,৯০৯	১০৫
হবিগঞ্জ	২,৬৩,৭০০	১,০৯,৫১৪	১৪
মৌলভীবাজার	২,৭৯,৯০০	৪৭,৬০২	০৩
নেত্রকোণা	২,৭৪,৪০০	৭৯,৩৪৫	৫২
কিশোরগঞ্জ	২,৭৩,১০০	১,৩৩,৯৪৩	৯৭
ব্রাহ্মণবাড়িয়া	১,৯২,৭০০	২৯,৬১৬,	০৭
মোট	১,৯৯৯,৮০০	৮,৫৮,৪৬০	৩৭৩

উৎস: Master Plan, 2012.

হাওরের মানুষজন সাধারণত মৎস্য আহরণে নিয়োজিত থেকে জীবিকা নির্বাহ করে থাকে। গবেষণায় দেখা গেছে, টাঙ্গুয়ার হাওরে ৪১.৭ শতাংশ মানুষ মৎস্য খাতের সাথে সংশ্লিষ্ট (IUCN

*সহযোগী অধ্যাপক, সমাজকর্ম বিভাগ, শাহজালাল বিজ্ঞান ও প্রযুক্তি বিশ্ববিদ্যালয়, সিলেট, বাংলাদেশ।
**সহকারী অধ্যাপক, সমাজবিজ্ঞান বিভাগ, মুরারীচাঁদ কলেজ, সিলেট, বাংলাদেশ।

2015)। স্বাস্থ্য সুবিধার ক্ষেত্রে হাওরের মানুষ ঔষধী লতাপাতা, কবিরাজী ও গ্রাম্য চিকিৎসকের উপর নির্ভরশীল (Khan 1994)। সরকারের ২০২১ রূপকল্প অনুযায়ী ২০১১ সালের মধ্যে সবার জন্য বিশুদ্ধ পানির সংস্থান এবং ২০১৩ সালের মধ্যে প্রত্যেক বাড়িতে স্বাস্থ্যসম্মত স্যানিটেশন ব্যবস্থা থাকার কথা (BBS, 2017) কিন্তু সামাজিক অবস্থা, পরিবেশ ও প্রতিবেশগত কারণে সারাদেশে সমউন্নয়ন সম্ভবপর না হওয়ার কারণে এখনও আমরা সেই কাঙ্খিত মানে পৌঁছাতে পারিনি। তবে কিছু ক্ষেত্রে পরিবর্তন দৃশ্যমান। ১৯৯৫ সালে যেখানে এদেশের মানুষের গড় আয়ু ছিল ৫৮.৭ বছর, যা বৃদ্ধি পেয়ে ২০১৬ সালে ৭১.৬ বছরে উন্নীত হয়। শিশু মৃত্যুহারও হ্রাস পেয়েছ উল্লেখযোগ্য হারে অর্থাৎ গ্রাম এলাকায় প্রতি হাজারে শিশু মৃত্যুর হার ২০.৯, যা জাতীয় পর্যায়ে ১৮.৭ (BBS, 2017)। সিলেট এলাকার এক বিরাট অংশ যেহেতু হাওরাঞ্চল সেহেতু এসব এলাকা পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি গ্রহণের ক্ষেত্রে অন্যান্য অঞ্চল থেকে পিছিয়ে রয়েছে এর পেছনে নানাবিধ কারণ রয়েছে। দেখা গেছে, পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি হার যেখানে জাতীয় পর্যায়ে ৫৮.৩ শতাংশ সেখানে সিলেট অঞ্চলে তা ৪২.৮ শতাংশ। হাওর এলাকায় এ হার আরও অনেক কম (BBS, 2017)।

বাংলাদেশ আর্থসামাজিক উন্নয়নের সূচকগুলো কাঙ্খিত সময়ের মধ্যে পূরণকল্পে নানা প্রয়াস চালিয়ে যাচ্ছে। এক্ষেত্রে একটি অন্যতম সূচক হলো স্বাস্থ্যগত অবস্থার উন্নয়ন। কারণ স্বাস্থ্য মানুষের মৌলিক অধিকার, যা বাংলাদেশের সংবিধান কর্তৃকও স্বীকৃত। তবে বিভিন্ন সূচকের আলোকে বলা যায় বাংলাদেশে অনেক এলাকায় এখনও স্বাস্থ্য ও স্যানিটেশন সুবিধাদি উল্লেখযোগ্য মানে পৌঁছায়নি। আলোচ্য প্রবন্ধে মূলত হাওরের মানুষের স্বাস্থ্যগত চলকের আলোকে তাদের অবস্থা সম্পর্কে ধারণা প্রদানের প্রয়াস নেয়া হয়েছে কারণ এ বৃহৎ হাওরবাসীর জীবনমান উন্নয়ন ব্যতিরেকে সামাজিক উন্নয়ন সম্ভব নয়।

২। গবেষণার উদ্দেশ্যবলী

এই গবেষণার সাধারণ উদ্দেশ্য হলো হাওরাঞ্চলের মানুষের স্বাস্থ্য ও স্যানিটেশন অবস্থার বিষয়ে সম্যক ধারণা লাভ এবং এ থেকে উত্তরণের নিমিত্তে সুপারিশ প্রদান করা। বস্তুত: এ গবেষণার প্রধান উদ্দেশ্যবলী হলো:

১. হাওরপাড়ের মানুষজনের জনমিতিক অবস্থা সম্পর্কে ধারণা লাভ করা।

২. এতদঅঞ্চলের অধিবাসীদের স্বাস্থ্যগত ও স্যানিটেশনের বর্তমান অবস্থা সম্পর্কে জানা।

৩. হাওরপাড়ের মানুষজনের স্বাস্থ্য সুবিধা প্রাপ্তির বিরাজমান প্রতিবন্ধকতা এবং হাওরবাসীদের বাস্তব অভিজ্ঞতা সম্বন্ধে অনুসন্ধান করা এবং

৪. নীতিনির্ধারক, পরিকল্পনা প্রণয়নকারী এবং সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিবর্গের জ্ঞাতার্থে সুপারিশ প্রদান করা।

৩। গবেষণা পদ্ধতি

সম্পাদিত গবেষণাকর্মের পদ্ধতি ছিল অনুসন্ধান এবং বর্ণনামূলক। গবেষণার উদ্দেশ্যাবলীর আলোকে গবেষণা এলাকার সঠিক স্বাস্থ্যগত অবস্থা বিশ্লেষণের নিমিত্তে গুণবাচক ও সংখ্যাবাচক উভয়

ধরনের দৃষ্টিভঙ্গির অনুসরণ করা হয়েছে। এক্ষেত্রে প্রধানত প্রাথমিক উৎস থেকে তথ্য সংগ্রহ করে হাওরাঞ্চলের মানুষজনের স্বাস্থ্যগত অবস্থার বিভিন্ন দিক জানার প্রয়াস চালানো হয়েছে। তথ্যসংগ্রহের কৌশল হিসেবে সাক্ষাৎকার অনুসূচির মাধ্যমে ১১৫ জন উত্তরদাতার কাছ থেকে তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে।

প্রাথমিক উৎসের পাশাপাশি গৌণ উৎস (যেমন- বই, প্রতিবেদন, গবেষণা প্রবন্ধ এবং বিভিন্ন প্রকল্প প্রতিবেদন পর্যালোচনা) উৎস থেকে প্রাপ্ত তথ্য বিশ্লেষণের মাধ্যমে সঠিক চিত্র নিরূপণের চেষ্টা করা হয়েছে। গবেষণা এলাকা টাঙ্গুয়ার হাওরকে উদ্দেশ্যমূলক নমুনায়নের মাধ্যমে নির্বাচন করা হয়েছে এবং সমগ্রক হিসেবে সংশ্লিষ্ট গ্রামের ভোটার তালিকাকে বিবেচনায় নিয়ে উদ্দেশ্যমূলক নমুনায়নের মাধ্যমে উত্তরদাতা বাছাই করা হয়েছে। পরবর্তীতে পরিসংখ্যানিক ও বর্ণনামুলক পদ্ধতি অনুসরণ করে তথ্যাদি বিশ্লেষণ করে ফলাফল উপস্থাপন করা হয়েছে।

৪। গবেষণা এলাকার বিবরণ

জীববৈচিত্র্য, মাছের অভয়াশ্রম ও পরিবেশগত মূল্যমান বিবেচনায় টাঙ্গুয়ার হাওর একটি অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ হাওর। এ হাওর বাংলাদেশের উত্তর পূর্বাংশে অবস্থিত। সুনামগঞ্জের ধর্মপাশা এবং তাহিরপুর-নেত্রকোণার কিছু অংশ জুড়ে এটি বিস্তৃত (Banglapedia, 2012)। এ হাওরে মোট নদীপথের পরিমাণ হলো ৩৫৯.৩৯ হেক্টর (Sobhan *et al.* 2012)। টাঙ্গুয়ার হাওর এলাকায় অনেক মানুষের বসবাস এবং তাদের জীবিকার প্রধান উৎস হলো মৎস্য আহরণ। ৪৬টি গ্রামসহ এ হাওরের মোট আয়তন ১০০ বর্গকিলোমিটার, যার মধ্যে ২৮০২.৩৬ হেক্টর হলো জলাভূমি (Banglapedia, 2012)। এ হাওরের কান্দা এলাকা ছাড়া অন্যান্য স্থলভাগ গোচারণ ভূমি হিসেবে ব্যবহৃত হয়। এ হাওরে নানাজাতের ঔষধি ও জলজ গাছপালা রয়েছে। কালের পরিক্রমায় এ হাওরের সামাজিক পরিবেশের ব্যাপক নেতিবাচক পরিবর্তন ঘটেছে। পরিবেশগত ভারসাম্য ও বিশ্ব ঐতিহ্যের অংশ হিসেবে রামসার কনভেনশনের অনুসাক্ষরকারী দেশ হওয়ায় পরিবেশগত সংকটাপন্ন এলাকা হিসেবে ঘোষণার মাধ্যমে বর্তমানে এ হাওরের বিষয়ে সরকার বিশেষ নজর দেওয়ার চেষ্টা করছে। এসব বিষয় বিবেচনায় রেখে টাঙ্গুয়ার হাওরকে গবেষণা এলাকা হিসেবে নির্বাচন করা হয়েছে। এ হাওর কেবল বাংলাদেশের বৃহৎ জলাভূমিই নয় বিশ্বায়নের আলোকেও এর অর্থবহ গুরুত্ব রয়েছে (Sobhan *et al.* 2012)। এ কারণে বর্তমানে গবেষকদের নজর এই হাওরের প্রতি। আর এর প্রধান কারণ হলো সামগ্রিক অবস্থাদি অনুসন্ধান এবং যথাযথ পরিকল্পনা ও কর্মসূচি প্রণয়নে সহযোগিতার মাধ্যমে হাওর পাড়ের মানুষজনের জীবনমান উন্নয়ন এবং বিশ্ব ঐতিহ্য হিসাবে এর সংরক্ষণ করা। টাঙ্গুয়ার হাওর হলো বাংলাদেশের সবচেয়ে আকর্ষণীয় ও গতিশীল প্রাকৃতিক জলভূমি (Scott 1989)।

৫। গবেষণা ফলাফল

গবেষণার উদ্দেশ্যবলীর সাথে সঙ্গতি রেখে হাওরবাসীর স্বাস্থ্যগত অবস্থা তুলে ধরার প্রয়াস চালানোর পাশাপাশি অন্যান্য প্রান্তিক জনগোষ্ঠীর জীবনযাত্রা নিয়ে যেসব গবেষণা হয়েছে সেগুলির সাথে তুলনা করে গবেষণার প্রাপ্ত ফলাফল উপস্থাপন করা হয়েছে। এছাড়া হাওরের মানুষজনের জীবনপ্রণালী কেন অন্যান্য জনগোষ্ঠীর চেয়ে আলাদা তা সংগৃহীত বিভিন্ন চলকের আলোকে দেখানো হয়েছে।

পানির প্রাপ্যতা সম্পর্কিত

মানুষের বেঁচে থাকার জন্য জরুরি উপাদান হলো পানি। একজন মানুষের পক্ষে পানি ছাড়া বেশিক্ষণ টিকে থাকা সম্ভব নয়। মানুষ নানাবিধ উৎস থেকে সুপেয় পানি সংগ্রহ ও ব্যবহার করে থাকে। টাঙ্গুয়ার হাওর জনপদের মানুষজনের বিশুদ্ধ পানির উৎস, সংগ্রহের মাধ্যম এবং বসতভিটা থেকে পানি সংগ্রহ স্থানের দূরত্ব ইত্যাদি বিষয়ে গবেষণার উদ্দেশ্যাবলীর আলোকে জানার চেষ্টা করা হয়েছে।

সারণি ২: পরিবারসমূহের মাঝে পানির প্রাপ্যতা

ধরন	চলক	গণসংখ্যা	%
পানীয় জলের উৎস	নলকূপ	৯৯	৮৬.০৯
	পুকুর	১২	১০.৪৩
	হাওর	২	১.৭৪
	বিল	১	০.৮৭
	অন্যান্য	১	০.৮৭
ব্যবস্থাপনার ধরন	ব্যক্তিগত উদ্যোগ	১৯	১৬.৫২
	সমষ্টিগত উদ্যোগ	২৫	২১.৭৪
	সরকারি আয়োজন	২৯	২৫.২২
	এনজিও ব্যবস্থাপনা	৪০	৩৪.৭৮
	অন্যান্য	০২	১.৭৪
দূরত্ব	বাড়ির সাথে লাগোয়া	১৩	১১.৩০
	বাড়ির বাইরে কিন্তু ২০০ মিটারের ভিতর	৬৩	৫৪.৭৮
	বাড়ির বাইরে কিন্তু ২০০ মিটারের বাইরে	৩৮	৩৩.০৪
	অন্যান্য	০১	০.৮৭
পানি সংগ্রাহক	শিশু	৩৮	৩৩.০৪
	বয়স্ক মহিলা	৫৭	৪৯.৫৭
	পুরুষ সদস্য	০৮	৬.৯৬
	যৌথ	১১	৯.৫৭
	অন্যান্য	০১	০.৮৭

উৎস: মাঠ জরিপ, নভেম্বর-ডিসেম্বর ২০১৭।

পানির উৎস এবং ব্যবস্থাপনা

সারণি থেকে দেখা যাচ্ছে যে, হাওরপাড়ের বেশিরভাগ (৮৯.০৯) শতাংশ মানুষ পানীয় জল নলকূপ থেকে সংগ্রহ করে থাকে, যা নির্দেশ করে যে, হাওরের মানুষের পানীয় জলের ভাল ব্যবস্থা রয়েছে। পক্ষান্তরে বাংলাদেশের গ্রামাঞ্চলে নলকূপ থেকে বিশুদ্ধ পানি সংগ্রহের হার ৯১.১ শতাংশ (BBS, 2017)। নিরাপদ পানির স্থাপনা এবং রক্ষণাবেক্ষণের চলক বিশ্লেষণের মাধ্যমে স্বাস্থ্যগত অবস্থাদি অবহিত হওয়া যায়। হাওরের মানুষজন মৌলিক অধিকারের সুযোগ থেকে বহুলাংশে বঞ্চিত হলেও, এ হাওরে পানির ব্যবস্থাপনার ক্ষেত্রে সরকারি, স্বেচ্ছাসেবী সংস্থা ও যৌথ উদ্যোগে গৃহীত কার্যক্রম চোখে পড়ার মতো। সমষ্টির যৌথ অংশীদারিত্বের ভিত্তিতে নলকূপ স্থাপনের কথা বলেছে

২১.৭৪ শতাংশ উত্তরদাতা এবং ৩৪.৭৮ শতাংশ উত্তরদাতার মতে নিরাপদ পানীয় জল প্রাপ্তির ক্ষেত্রে বেসরকারি উদ্যোগ কার্যকর ভূমিকা রাখতে সক্ষম হয়েছে এবং তারা সরকারের সহযোগী হিসেবে কাজ করছে। প্রাপ্ত তথ্যে আরও দেখা যায় যে, উত্তরদাতাদের ২৫.২২ শতাংশ মনে করেন হাওরাঞ্চলে পানীয় জলের জন্য নলকূপ স্থাপনে সরকারের জনস্বাস্থ্য বিভাগের প্রত্যক্ষ অংশগ্রহণ রয়েছে।

স্থাপনার দূরত্ব ও সংগ্রহের মাধ্যম

হাওরপাড়ের মানুষদের মধ্যে কারা এবং কত দূর থেকে নিরাপদ পানি সংগ্রহ করে তা বিশ্লেষণের মাধ্যমে জনপদের স্বাস্থ্য স্যানিটেশন এবং পানীয় জলের সামগ্রিক চিত্র সম্পর্কে জানা যায়। যেহেতু নিজ মালিকানাধীন নলকূপের পরিমাণ কম তাই দূর থেকেও অনেক সময় পানি সংগ্রহ করতে হয়। সারণি থেকে দেখা যায়, ৫৪.৭৮ শতাংশ উত্তরদাতা বাড়ির বাইরে কিন্তু ২০০ মিটার দূর থেকে পানি সংগ্রহ করে থাকে। ১১.৩০ শতাংশ উত্তরদাতার বাড়ির অভ্যন্তরে নলকূপের সংস্থান রয়েছে। বাংলাদেশের সমাজ কাঠামো ও সামাজিক ব্যবস্থার উপর পুরুষতান্ত্রিক প্রভাব দৃশ্যমান। দেখা যায়, পুরুষরা সাধারণত পানি সংগ্রহের কাজকে তাদের কাজ বলে গণ্য করে না, পরিবারের মহিলা সদস্যরাই আবহমানকাল থেকে গৃহস্থালীর কাজগুলো করে আসছে। প্রায় পঞ্চাশ শতাংশ ক্ষেত্রে (৪৯.৫৭) বাড়ির বয়স্ক মহিলারা নিরাপদ পানি সংগ্রহের দায়িত্ব পালন করে থাকে। এমনকি শিশুরাও পানি সংগ্রহের কাজ করে থাকে (৩৩.০৪ শতাংশ)।

সারণি ৩: উত্তরদাতার পরিবারের স্যানিটেশনের অবস্থা

ধরণ	চলক	গণসংখ্যা	%
শৌচাগারের মালিকানা	নিজস্ব শৌচাগার	৮৮	৭৫.৫২
	প্রতিবেশীর শৌচাগার ব্যবহার	২০	১৭.৩৯
	শৌচাগার নেই	০৭	৬.০৬
শৌচাগারের ধরন	পাঁকা শৌচাগার	০২	১.৭৪
	আধা পাঁকা শৌচাগার	০৫	৪.৩৫
	রিংস্লাব শৌচাগার	৫৮	৫০.৪৩
	কাঁচা শৌচাগার	৩০	২৬.০৯
	ঝুলন্ত শৌচাগার	২০	১৭.৩৯
শৌচাগারের অবস্থান	বাড়ির সাথে লাগোয়া	১৯	১৬.৫২
	ঘরের ভিতর	০২	১.৭৪
	বাড়ির বাইরে কিন্তু ২০০ মিটারের ভিতর	৬৬	৫৭.৩৯
	বাড়ির বাইরে কিন্তু ২০০ মিটারের বেশি দূরত্বে	২৮	২৪.৩৯

উৎস: মাঠ জরিপ নভেম্বর-ডিসেম্বর, ২০১৭।

স্যানিটেশন

সামাজিক উন্নয়নের গুরুত্বপূর্ণ চলক হলো স্যানিটেশন এবং এর মাধ্যমে সংশ্লিষ্ট সমাজের মর্যাদা ও অবস্থান প্রকাশ পায়। গবেষণা এলাকায় তথ্য সংগ্রহের সময় সামাজিক জরিপের পাশাপাশি পর্যবেক্ষণের মাধ্যমে টাঙ্গুয়ার হাওরপাড়ের মানুষের স্যানিটেশনের অবস্থা অনুধাবনের প্রয়াস চালানো হয়েছে। স্যানিটেশনের ব্যাপারে তাদের সচেতনতা ও জ্ঞানের যথেষ্ট ঘাটতি রয়েছে। সারণি থেকে

দেখা যায় যে, ৭৫.৫২ শতাংশ উত্তরদাতার পরিবারের নিজস্ব শৌচাগার রয়েছে এবং ১৭.৩৯ শতাংশ উত্তরদাতার পরিবার প্রতিবেশীর শৌচাগারে বা অংশীদারিত্বর ভিত্তিতে শৌচাগার ব্যবহার করে থাকে।

শৌচাগারের ধরন ও প্রকৃতির ক্ষেত্রে দেখা যাচ্ছে যে, গবেষণা এলাকার উত্তরদাতার পরিবারে মাত্র ১.৭৪ শতাংশের পাঁকা শৌচাগার রয়েছে, যা কাঙ্খিত মান নির্দেশক নয়। আশার কথা হলো, ৫০.৪৩ শতাংশ পরিবার রিং স্লাব শৌচাগার ব্যবহার করছে পক্ষান্তরে বাংলাদেশে জাতীয়ভাবে এখনও ৩৫.০৬ শতাংশ পরিবার কাঁচা শৌচাগার ব্যবহার করে থাকে (BBS, 2017)।

শৌচাগারের অবস্থান পর্যালোচনা করেও হাওরপাড়ের মানুষজনের স্বাস্থ্য ও স্যানিটেশনের ব্যাপারে ধারণা পাওয়া যায়। তথ্য সংগ্রহকালে গবেষণা এলাকা পরিদর্শন এবং উত্তরদাতাদের কাছ থেকে প্রাপ্ত তথ্যের ভিত্তিতে বলা যায় যে, হাওরপাড়ের অধিবাসীদের ৫৭.৩৯ শতাংশের শৌচাগারের অবস্থান বাড়ির বাইরে কিন্তু খুব বেশি দূরে নয় অর্থাৎ ২০০ মিটারের ভিতরে এবং ১৬.৫২ শতাংশের শৌচাগার বাড়ির সাথে লাগোয়া। এসব চলক নির্দেশ করে যে, হাওরের স্যানিটেশন সুবিধাদি কাঙ্খিত মানের নয়।

অন্য এক গবেষণায় দেখা গেছে, ঢাকা শহরে যে সমস্ত বাসিন্দা রাস্তার পাশে বসবাস করে তাদের স্যানিটেশন সুবিধাদি সবচেয়ে ঝুঁকিপূর্ণ; ৮৮ শতাংশ উত্তরদাতা শৌচকর্ম সম্পাদনে খোলা জায়গা, রাস্তার পাশে এবং ড্রেন ব্যবহার করে এবং অল্পসংখ্যক টাকা পরিশোধ সাপেক্ষে পাবলিক টয়লেট ব্যবহার করছে, যা স্যানিটেশন বিষয়ক চলকের নাজুকতাই প্রকাশ করছে (Jashim *et al.* 2009)। চা বাগানের বাসিন্দাদের ৮৭ শতাংশ ক্ষেত্রে বাড়ির বাইরে খোলা জায়গা শৌচকর্ম সম্পাদন করেছে (Mahmud *et al.* 2017)। সুতরাং বলা যায় যে, হাওর, আদিবাসী, পাহাড়ী, গ্রামীণ এবং পিছিয়ে পড়া জনগোষ্ঠী এখনও নানাবিধ কারণে আধুনিক স্যানিটেশন সেবার আওতার বাইরে রয়ে গেছে।

সারণি ৪ চিকিৎসা ও পরিবার পরিকল্পনা সম্পর্কিত তথ্যাবলী

ধরন	চলক	গণসংখ্যা	%
চিকিৎসা গ্রহণ	গ্রামীণ ফার্মেসী	১৭	১৪.৭৮
	কবিরাজ	২৫	২১.৭৪
	পল্লী চিকিৎসক	৩২	২৭.৮৩
	হারবাল চিকিৎসা	১৭	১৪.৭৮
	সরকারি হাসপাতাল	০৮	৬.৯৬
	এনজিও উদ্যোগ	১৫	১৩.০৪
	অন্যান্য	০১	০.৮৭
প্রসবকালীন স্থান	বাড়িতে	৯৯	৮৬.০৯
	সরকারি হাসপাতাল	০৪	৩.৪৮
	এনজিও হাসপাতাল	১১	৯.৫৭
	অন্যান্য	০১	০.৮৭

(চলমান সারণি ৪)

ধরন	চলক	গণসংখ্যা	%
জন্মকালীন সহযোগিতা	গ্রামীণ বয়স্ক মহিলা	৬৯	৬০.০০
	অদক্ষ দাঈই	৩৩	২৮.৭০
	দক্ষ ধাত্রী	১১	৯.৫৭
	সেবিকা	০১	০.৮৭
	চিকিৎসক	০১	০.৮৭
	অন্যান্য	০	০.০০
পরিবার পরিকল্পনা গ্রহণ	হ্যাঁ	২১	১৮.২৬
	না	৯৮	৮১.৭৪
পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি	স্থায়ী	০২	৯.৫২
	অস্থায়ী	১৯	৯০.৪৮
নারীদের টিটি টিকা গ্রহণের বাধা	বদ্ধমূল ধারণা	১৭	১৪.৭৮
	কুসংস্কার	১২	১০.৪৩
	অজ্ঞতা	৩৯	৩৩.৯১
	অসচেতনতা	৪৫	৩৯.১৩
	অন্যান্য	০২	১.৭৪

উৎস: মাঠ জরিপ নভেম্বর-ডিসেম্বর, ২০১৭।

চিকিৎসা গ্রহণ

স্বাস্থ্য সুবিধা পাওয়া যেকোনো নাগরিকের মৌলিক অধিকার। লাগসই উন্নয়নের পূর্বশর্তই হলো নাগরিকের সুস্থতা। বাংলাদেশের গ্রামীণ এলাকার বেশির ভাগ বাসিন্দাই আধুনিক স্বাস্থ্য ও চিকিৎসা সুবিধা থেকে বঞ্চিত। পর্যাপ্ত চিকিৎসাকেন্দ্র, চিকিৎসকের অভাব, সর্বোপরী কুসংস্কার এবং অজ্ঞতাই এক্ষেত্রে প্রধান অন্তরায়। প্রাপ্ত তথ্য বিশ্লেষণে দেখা যাচ্ছে যে, ২৭.৮৩ শতাংশ উত্তরদাতা অসুস্থতার সময় পল্লী চিকিৎসকের শরণাপন্ন হয়ে থাকে। অন্যদিকে ২১.৭৪ শতাংশ উত্তরদাতার পরিবার স্থানীয় কবিরাজের কাছ থেকে চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করেন। ৬.৯৬ শতাংশ অসুস্থতার ভয়াবহতা অনুযায়ী সরকারি হাসপাতাল গমন করে থাকেন। এক্ষেত্রে মূলত বদ্ধমূল ধারণা, অসচেতনতা ও কুসংস্কারের কারণে হাওরবাসীকে চিকিৎসা গ্রহণের জন্য কবিরাজ, পল্লী চিকিৎসক ও ফার্মেসীর ধারস্থ হয়। অন্যকথায় বলা যায়, বাংলাদেশে জাতীয়ভাবে ফার্মেসী থেকে চিকিৎসা গ্রহণের হার ৩৯.০৫ শতাংশ (BBS, 2017)। গবেষণা থেকে প্রাপ্ত ফলাফলে স্পষ্টতই প্রতীয়মান হয় যে, হাওরের মানুষজন এখনও পর্যাপ্ত চিকিৎসা সেবার আওতায় আসতে পারেনি।

প্রসবকালীন স্থান

কোনো এলাকার মানুষের চিকিৎসা ও স্বাস্থ্যের মান সম্পর্কে সম্যক ধারণা পাওয়ার জন্য প্রসবকালীন স্থান একটি প্রয়োজনীয় শর্ত। সন্তান কোথায় জন্ম গ্রহণ করে থাকে তার মাধ্যমে সামাজিক

উন্নয়নের অবস্থান নির্ধারিত হয়। বাংলাদেশে এখনও বেশিরভাগ প্রসব সরকারি চিকিৎসা কেন্দ্রে হয়ে থাকে। অদক্ষ ধাত্রীর মাধ্যমে সন্তান প্রসবের হার এশিয়ার মধ্যে বাংলাদেশে সবচেয়ে বেশি (Chowdhury *et al.* 2013)। সারণি থেকে পরিলক্ষিত হয় যে, বেশিরভাগ অর্থাৎ ৮৬.০৯ শতাংশ ক্ষেত্রে নিজ বাড়িতেই সন্তান প্রসব হয়। মাত্র ৩.৪৮ শতাংশ ক্ষেত্রে প্রসবের স্থান হিসেবে সরকারি হাসপাতাল ব্যবহৃত হয়ে থাকে। পক্ষান্তরে জাতীয়ভাবে সরকারি হাসপাতালে সন্তান প্রসবের হার ১১.৪ শতাংশ (BBS, 2017)।

জন্মকালীন সহযোগিতা

প্রসবকালীন সময়ে মানুষজন সাধারণত সেবা প্রদানকারীর কাছ থেকে পাঁচ রকমের সেবা গ্রহণ করে থাকে। হাওরাঞ্চলের মানুষজন গ্রামীণ বয়স্ক মহিলার উপর বেশি নির্ভরশীল। প্রাপ্ত তথ্যে দেখা যায়, ৬০.০০ শতাংশ পরিবার প্রসবকালীন সময়ে গ্রামের বয়স্ক মহিলাদের কাছ থেকে সেবা গ্রহণ করে থাকে। এবং এ থেকে সহজেই বোঝা যায় যে, অসচেতনতা, কুসংস্কার, প্রকৃতির উপর নির্ভরশীলতা, সর্বোপরি উদাসীনতাই গ্রামীণ বয়স্ক মহিলার কাছ থেকে সেবা গ্রহণের কারণ। আরও দেখা গেছে, ১৮.৭০ শতাংশ উত্তরদাতার পরিবার প্রসবকালীন সেবা অদক্ষ ধাত্রীর কাছ থেকে গ্রহণ করে থাকে। মাত্র ৯.৫৭ শতাংশ উত্তরদাতার বক্তব্য হলো প্রসবকালীন সেবা দক্ষ ধাত্রীর কাছ থেকে নেওয়া প্রয়োজন। বাংলাদেশে মিড ওয়াইফের কাছ থেকে প্রসবকালীন সময়ে সেবা নেওয়ার হার ৪৭.১ শতাংশ (BBS, 2017)। এ ক্ষেত্রেও হাওরের মানুষজন পিছিয়ে আছে।

পরিবার পরিকল্পনা

পরিবারের আকার সীমিত ও পরিকল্পনা মাফিক ভবিষ্যৎ আনয়নে পরিবার পরিকল্পনা একটি প্রয়োজনীয় পূর্বশর্ত। বর্তমান সময়ে পরিবার পরিকল্পনা গ্রহীতার হার দিন দিন বাড়ছে কিন্তু বাস্তবতা হলো হাওরাঞ্চলে কুসংস্কার, অজ্ঞতা ও অসচেতনতার কারণে পরিবার পরিকল্পণা পদ্ধতি গ্রহণের অবস্থা সন্তোষজনক নয়। যদিও আমাদের দেশে পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি গ্রহণের সিদ্ধান্ত গ্রহণ ও নিয়ন্ত্রণ পুরুষরাই করে থাকে (Islam, 2014)। সারণি থেকে দেখা যায় যে, হাওরাঞ্চলে ১৮.২৬ শতাংশ উত্তরদাতার পরিবার পরিবার-পরিকল্পনা পদ্ধতি গ্রহণ করলেও ৮১.৭৪ শতাংশ পরিবার এখনো এ সেবার আওতায় আসেনি অথচ বাংলাদেশে জাতীয় পর্যায়ে পরিবার-পরিকল্পনা পদ্ধতি গ্রহণের হার ৫৮.৩ শতাংশ এবং সিলেট অঞ্চলে এ হার ৪২.৮ শতাংশ (BBS, 2017) কারণ সিলেট অঞ্চলে যেহেতু অনেক হাওর রয়েছে তাই এ পদ্ধতি গ্রহণের হার এখনও কাঙ্খিত পর্যায় থেকে অনেক কম। সারণিতে থেকে আরও বোঝা যায় যে, পদ্ধতি গ্রহীতাদের বেশির ভাগই অস্থায়ী পদ্ধতি গ্রহণ করেছে, ৯০.৪৮ শতাংশ।

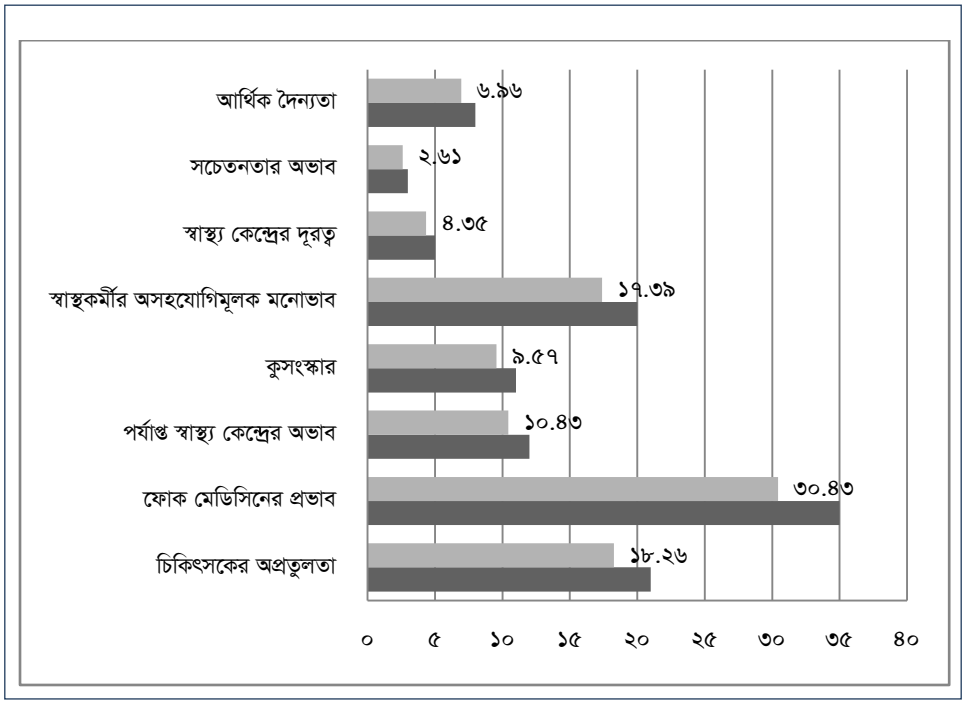
মহিলা টিটি টিকা গ্রহণের বাধা

নানাবিধ প্রতিবন্ধকতার কারণে ১৪-৪৯ বছর বয়সী নারীদের ক্ষেত্রে টিকা গ্রহণের হার সন্তোষজনক নয়। তবে ৩৯.১৩ শতাংশ উত্তরদাতার মতে অসচেতনতার কারণেই মূলত টাঙ্গুয়ার হাওরে নারীরা এ টিকা গ্রহণে আগ্রহী হচ্ছে না। অন্যদিকে ১০.৪৩ শতাংশের ধারণা কুসংস্কারের কারণেই নারীরা টিকা গ্রহণ করতে চায় না।

স্বাস্থ্য সুবিধা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে অন্তরায়

হাওরাঞ্চলের মানুষ স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণের ক্ষেত্রে নানাবিধ প্রতিবন্ধকতার সম্মুখীন হয়ে থাকে। উত্তরদাতাদের পরিবারসমূহ সরকারি ও বেসরকারি সেবা পাওয়ার ক্ষেত্রে যেসব সমস্যার সম্মুখীন হয় সেগুলো হলো পর্যাপ্ত স্বাস্থ্য কেন্দ্রের অভাব, চিকিৎসকের অপ্রতুলতা, ফোক মেডিসিনের প্রভাব, স্বাস্থ্য কেন্দ্রের দূরত্ব, কুসংস্কার, স্বাস্থ্যকর্মীর অসহযোগিতামূলক মনোভাব ও ঔষধ সরবরাহের অপর্যাপ্ততা (চিত্র-১)।

চিত্র ১: স্বাস্থ্য সুবিধা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে অন্তরায়



স্বাস্থ্য সেবার প্রকৃতি

বাংলাদেশের গ্রামাঞ্চল, ভাটি এলাকা, পাহাড়ী অঞ্চল, ক্ষুদ্রনৃতাত্ত্বিক গোষ্ঠী এবং সর্বোপরি পিছিয়ে পড়া জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্যসেবার ধরন বিশ্লেষণ করলে দেখা যায় যে, প্রায় পিছিয়ে পড়া অঞ্চলের স্বাস্থ্য সেবার ধরন কাছাকাছি। গবেষণায় পর্যবেক্ষণ ও উত্তরদাতাদের সাথে কথা বলে এবং অন্যান্য গবেষণার ফলাফলের সাথে সংযোগ ঘটালে প্রায় একই চিত্র ফুটে উঠবে। Rahman প্রমুখের (2012) গবেষণা থেকে দেখা যায় যে, স্বাস্থ্যসেবার ধরনের চিত্র নিম্নরূপ, যা সারণি ৫ এ তুলে ধরা হলো।

সারণি ৫: স্বাস্থ্য সেবার প্রকৃতি

ধরন	বর্ণনা
সেলফ কেয়ার	অসুস্থ্যাবস্থায় কোনো ধরনের ঔষধ ব্যবহার না করে, বাড়িতে থেকে যত্নপাতির মাধ্যমে আরোগ্য লাভের প্রচেষ্টা।
সনাতন পদ্ধতি	ঝাড়-ফুক, বৈদ্য, কবিরাজ, হোমিওপ্যাথ এবং প্রসবকালীন অদক্ষ সেবাপ্রদানকারীর সেবা গ্রহণ।
প্যারা চিকিৎসা	গ্রাম্য চিকিৎসক যাদের চিকিৎসা শাস্ত্রে মৌলিক ধারণা রয়েছে।
দক্ষ চিকিৎসক	সরকারি হাসপাতালে কর্মরত চিকিৎসক, দক্ষ চিকিৎসক যারা বেসরকারি সংস্থায় কর্মরত, ইউনিয়ন স্বাস্থ্য কেন্দ্র, পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র, উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স, জেলা হাসপাতাল।
হাতুড়ে চিকিৎসক	ঔষধ বিক্রেতা, অদক্ষ ফার্মাসিস্ট, গ্রাম্য চিকিৎসক যাদের চিকিৎসা পেশায় ন্যূনতম প্রশিক্ষণ নেই- নিজে নিজে অথবা পরিবারের মাধ্যমে দক্ষতা অর্জন করেছে।

উৎস: Rahman *et al*. (2012) ।

হাওরপাড়ের মানুষজনও স্বাস্থ্যসেবার এসব ধরনের সাথে সম্যকভাবে পরিচিত। তবে হাওরাঞ্চলে ঔষধি গাছগাছালি ও কবিরাজের প্রভাব বেশি লক্ষণীয়। পর্যবেক্ষণ ও বিশ্লেষণে প্রতীয়মান হয় যে, হাওরের মানুষজন প্রতিনিয়ত প্রকৃতির সাথে সংগ্রাম করে বেঁচে থাকার চেষ্টা চালিয়ে যাচ্ছে। আগাম বন্যা, ফসলহানি, বর্ষাকালে পয়:নিষ্কাষনের নাজুকতা, যোগাযোগ বৈকল্য, অসচেতনতা ইত্যাদি কারণে হাওরের মানুষ স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণে তেমন আগ্রহী হয় না।

চিকিৎসা বিষয়ক মনোভাব

চিকিৎসা সেবা গ্রহণের ক্ষেত্রে গ্রহীতার মনোভাব ও প্রত্যক্ষণ গুরুত্বপূর্ণ অনুষঙ্গ। অসুস্থতার সময় কোথা থেকে সেবা গ্রহণ করবে তা বহুলাংশে মনোভাব দ্বারা প্রভাবিত হয়। পিছিয়ে পড়া জনগোষ্ঠী আধুনিক শিক্ষা ও সুযোগ সুবিধা থেকে কিছুটা বঞ্চিত; তাই এ গবেষণায় প্রাপ্ত ফলাফল বিশ্লেষণেও প্রতীয়মান হয় যে, স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণের সিদ্ধান্ত কুসংস্কার, বিশ্বাস, প্রথা, ধ্যান ধারণা ও সনাতনী বিশ্বাস দ্বারা আবর্তিত। আলোচ্য গবেষণায় দেখা যায়, অসুস্থতার সময় চিকিৎসা গ্রহণে অনীহা, তান্ত্রিকতার উপর নির্ভরশীলতা, কবিরাজী এবং সনাতনী পদ্ধতি গ্রহণেই স্বাস্থ্য সেবা গ্রহীতাদের আগ্রহ বেশি। এক্ষেত্রে অবশ্য আর্থিক সঙ্গতিও গুরুত্বপূর্ণ প্রভাবক। বাংলাদেশে প্রতিবছর প্রায় ৫০ লাখ মানুষ নিঃস্ব হচ্ছে স্বাস্থ্য ব্যয় মেটাতে গিয়ে। অন্য এক গবেষণায় দেখা গেছে, বাংলাদেশে আদিবাসী জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্য সেবা গ্রহণের ব্যাপারে মনোভাব হলো অসুস্থতায় ততক্ষণ পর্যন্ত কোনো হাসপাতালে যায় না যতক্ষণ না অসুস্থতার ভয়াবহতায় বিছানায় পতিত হতে হয়। রাখাইন সম্প্রদায় শিশুদের চিকিৎসা সেবায় সর্বদাই হোমিওপ্যাথিককে প্রাধান্য দিয়ে থাকে। স্বাস্থ্যসেবায় প্রবেশের ক্ষেত্রে হাওর, গ্রামাঞ্চল, আদিবাসী ও পাহাড়ীরা এখনও পিছিয়ে রয়েছে যার প্রধানতম চালিকাই হলো সনাতনী মনোভাব ও প্রত্যক্ষণ। তবে আশার কথা সরকারি ও বেসরকারি সমন্বিত উদ্যোগের ফলে এ ধরনের ধ্যান-ধারণায় অনেক পরিবর্তন সাধিত হয়েছে।

সার্বিক স্বাস্থ্যগত অবস্থা

স্বাস্থ্য সুবিধার প্রবেশগম্যতা দেশের নাগরিকের মৌলিক অধিকার। নাগরিকের সুস্থতা ও স্বাস্থ্যসেবা প্রাপ্তির অধিকার নিশ্চিতকরণে সরকারি ও বেসরকারি পর্যায়ে নানা উদ্যোগের ফলে শিশু ও মাতৃমৃত্যু হার হ্রাস, লিঙ্গীয় সমতা, গড় আয়ু বৃদ্ধি, পয়ো:ব্যবস্থা, সম্প্রসারিত টিকাদান কার্যক্রমের সম্প্রসারণ, ছোঁয়াচে রোগের প্রাদুর্ভাব হ্রাস ইত্যাদি ক্ষেত্রে সফলতা লক্ষণীয়। যদিও বিভিন্ন গবেষণায় দেখা যায়, বাংলাদেশের যে সংখ্যক মানুষ প্রতিনিয়ত মৃত্যুবরণ করে তার ৩০ শতাংশ দক্ষ চিকিৎসকের সেবা থেকে বঞ্চিত এবং ৬০ শতাংশ সন্তান সম্ভবা মা প্রসূতি সেবার আওতার বাইরে রয়েছে (The Independent, 2015)। অন্যদিকে প্রথম আলো ১৭ নভেম্বর, ২০১৮ এক প্রতিবেদনে দেখা যায় যে, বাংলাদেশে এখনও ৩৬ শতাংশ শিশু খর্বকায়, ৫০ শতাংশ মানুষ অত্যাবশ্যকীয় স্বাস্থ্যসেবার বাইরে এবং ৫৮ শতাংশ সন্তান প্রসব হচ্ছে অদক্ষ সেবা প্রদানকারীরর হাতে।[১]

গবেষণার ফলাফল বিশ্লেষণেও দেখা যায় যে, গবেষণা এলাকার মানুষজনও স্বাস্থ্যসেবার ঝুঁকিতে রয়েছে। এজন্য আর্থিক দৈন্যতা ও পরিবেশগত প্রতিবন্ধকতাই মূলত দায়ী। প্রতিবছর হাওর এলাকায় বর্ষাকালে পানিবাহিত ও ছোঁয়াচে রোগে অনেক শিশু মৃত্যুবরণ করে থাকে। অন্য এক তথ্যানুসারে, দেশের ৯ শতাংশ নবজাতক শিশু ডায়রিয়ায় মারা যায় (Muhit *et al.* 2015)। হাওর, পাহাড় ও আদিবাসী অধ্যুষিত এলাকায় ডায়রিয়ার প্রাদুর্ভাব আরও বেশি।

বাংলাদেশ সরকার স্বাস্থ্যখাতকে সর্বোচ্চ অগ্রাধিকার দেওয়ায় সার্বিক স্বাস্থ্য চলকে অভাবনীয় সফলতা এসেছে। আমরা যদি বর্তমান সময়ের পাশাপাশি ২০২০ সালের লক্ষ্যমাত্রা পর্যালোচনা করি তাহলেই সফলতার ব্যবধানটুকু দৃষ্টিগোচর হবে।

সারণি ৬: স্বাস্থ্য ও জনমিতিক চলকের অগ্রগতি ও লক্ষ্যমাত্রা

চলক	ভিত্তি বছর তথ্য (উৎস সাল সহ)	৭ম পঞ্চবার্ষিক পরিকল্পনায় লক্ষ্যমাত্রা
প্রত্যাশিত আয়ুষ্কাল	৭০.৪ (SVRS, 2013)	৭২%
মোট প্রজনন হার	২.৬ (BDHS, 2014)	২.০
পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশু মৃত্যুহার (হাজারে)	৪৬ (BDHS, 2014)	৩৭
নবজাতক মৃত্যুহার (হাজারে)	৩৮ (BDHS, 2014)	২০
মাতৃমৃত্যুহার (হাজারে)	১৭০ (MMEIG, 2013)	১০৫
জন্মনিরোধক হার (%)	৬২.৪ (BDHS, 2014)	৭৫

উৎস: 7th Five Year Plan 2016-2020।

[১]আন্তর্জাতিক স্বাস্থ্য সম্মেলন, ২০১৮, সাভার, ঢাকায় বাংলাদেশে তত্ত্বাবধায়ক সরকারের সাবেক উপদেষ্টা হোসেন জিল্লুর রহমানের উপস্থাপিত তথ্যের আলোকে।

৬। সুপারিশমালা

আলোচ্য প্রবন্ধে হাওরবাসীর স্বাস্থ্যগত অবস্থার বাস্তব চিত্র তুলে ধরার পর তাদের স্বাস্থ্যাবস্থা ও জীবনমানের ইতিবাচক পরিবর্তন আনয়নের লক্ষ্যে কতিপয় সুপারিশমালা তুলে ধরা হলো:

ক. হাওরের মানুষজন প্রকৃতির উপর নির্ভরশীল। আবহমানকাল থেকে এদের মাঝে নানারকম কুসংস্কার, বিশ্বাস, প্রথা, ধারণা ও সর্বোপরি অজ্ঞতার প্রভাব রয়েছে এক্ষেত্রে হাওরবাসীর স্বাস্থ্যমান উন্নয়নকল্পে তাদের মধ্যে বিরাজমান ধারণা ও কুসংস্কার দূরীকরণে স্বাস্থ্য শিক্ষা ও সচেতনতা বৃদ্ধিমূলক কার্যক্রমের প্রসার ঘটানো প্রয়োজন।

খ. স্বাস্থ্যগত অবস্থা অনুধাবনের গুরুত্বপূর্ণ ক্ষেত্র হলো- শিশু, বৃদ্ধ ও নারী। তাদেরকে অবহেলা না করে নিরাপদ প্রসব, মাতৃত্বকালীন স্বাস্থ্যসেবা, যৌন স্বাস্থ্য শিক্ষা, শিশুদের নানাবিধ টিকা প্রদান এবং বয়স্কদের জন্য ন্যূনতম স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করা।

গ. পরিবার পরিকল্পনা, খাদ্যাভ্যাস, পুষ্টি জ্ঞান, স্বাস্থ্যসম্মত পয়:নিষ্কাশন, মাতৃত্বকালীন ও প্রসবকালীন স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ ইত্যাদি বিষয়ে উদ্বুদ্ধকরণ ও সচেতনতা বৃদ্ধিমূলক কর্মসূচি গ্রহণ ও বাস্তবায়ন করা।

ঘ. হাওরবাসীর স্বাস্থ্য সুবিধা নিশ্চিতকল্পে পর্যাপ্ত স্বাস্থ্য কেন্দ্র নির্মাণের পাশাপাশি চিকিৎসকরা যাতে হাওর এলাকায় অবস্থান করে সেজন্য প্রণোদনার ব্যবস্থা করে হাওরাঞ্চলে স্বাস্থ্য সুবিধা নিশ্চিত করা।

ঙ. স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতকরণের নিমিত্তে সমন্বিত তদারকির ব্যবস্থা করা এবং সরকারি-বেসরকারি সেবার মাঝে দূরত্ব কমিয়ে সমন্বয় নিশ্চিত করা। অধিকন্তু স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের কাজের জবাবদিহীতা আনয়নের নিমিত্তে তাদের কর্মকাণ্ড নিয়মিত তত্ত্বাবধানের ব্যবস্থা করা।

সর্বোপরি হাওরাঞ্চলের নীতি, পরিকল্পনা, কৌশলপত্র, বার্ষিক প্রকল্প প্রণয়ন ও বাস্তবায়নের ক্ষেত্রে জেলেদের অংশগ্রহণের সুযোগ সৃষ্টি করা, যাতে করে এসব কাজে হাওর জনপদের অধিবাসীদের অভিজ্ঞতা কাজে লাগিয়ে উন্নয়নে কাঙ্খিত অবদান রাখা যায়।

৭। উপসংহার

বাংলাদেশ এগিয়ে যাচ্ছে, স্বাস্থ্যগত চলকেও উল্লেখযোগ্য অগ্রগতি সাধিত হয়েছে। তবে গ্রামীণ জনপদ, হাওর ও পাহাড়ী এলাকার জনগণ এখনও পূর্ণমাত্রায় স্বাস্থ্যসেবার সুফল ভোগ করতে পারছে না। গবেষণার উদ্দেশ্যাবলীর আলোকে হাওরাঞ্চলের মানুষের স্বাস্থ্যগত অবস্থা বিশ্লেষণের মাধ্যমে প্রাপ্ত তথ্য থেকে প্রতীয়মান হয় যে, গবেষণা এলাকায় স্বাস্থ্য, চিকিৎসা, পরিবার-পরিকল্পনা ও স্যানিটেশনের অবস্থা বাংলাদেশের অন্যান্য এলাকার চেয়ে তুলনামূলকভাবে ঝুঁকিপূর্ণ। এসব ক্ষেত্রে দেশের অন্যান্য প্রান্তিক জনগোষ্ঠীর অবস্থাও প্রায় কাছাকাছি যা বিভিন্ন গবেষণায় প্রতীয়মান হয়েছে। এক্ষেত্রে শিক্ষার অভাব, অসচেতনতা, আর্থিক অসচ্ছলতা ও কুসংস্কারই বহুলাংশে দায়ী। তবে অবস্থানগত কারণে হাওর জনপদের চিত্র ও ধরন ভিন্ন হওয়ায় এ জনপদের স্বাস্থ্যমান উন্নয়নে বিশেষ উদ্যোগ গ্রহণ সময়ের দাবী। সুতরাং সরকারি, বেসরকারি এবং সমষ্টিগত উদ্যোগে নানাবিধ কার্যক্রম গ্রহণের মাধ্যমে এ জনপদের কাঙ্খিত উন্নয়নের এখনই সময়।

গ্রন্থপঞ্জি

Bangladesh Bureau of Statistics (2017): *Statistical Yearbook 2017*, 37th ed. Dhaka: Statistics and Informatics Division.

———.*Population and Housing Census 2011*, Vol 4, Dhaka: Statistics and Informatics Division, 2012.

Bangladesh Forest Department (2012): "Ecotourism in Bangladesh: Tanguar Haor." Ministry of Environment and Forest, Government of Bangladesh (accessed on 3 January 2018).

Chowdhury, Md Atiqul Hoque et al. (2013): "Socio-demographic Factors associated with Home Delivery Assisted by Untrained Traditional Birth Attendant in Rural Bangladesh," *American Journal of Public Health Research* Vol-1, No. 8, pp 226-230.Doi: 10.12691/ajphr-1-8-6. (Accessed May 22, 2017).

IUCN (International Union for Conservation of Nature) (2015): *Tanguar Haor Management Plan Framework and Guidelines*. IUCN Bangladesh, Country Office, Dhaka, Bangladesh.

Jasim Uddin Md. et al. (2009): *Health Needs and Health Care Seeking Behaviour of Street Dwellers in Dhaka, Bangladesh*, Health Policy and Planning: London, Oxford University Press in association with The London School of Hygiene and Tropical Medicine. doi:10.1093/heapol/czp022.

Mahmud, Md. Shohel et al. (2017): Hygiene Practices and Health: A Study on the Tea Garden Workers in Moulvibazar District, Bangladesh, Vol. 9, Issue, 05, *International Journal of Current Research.*

Ministry of Planning: *7th Five Year Plan FY 2016-FY 2020 Accelerating Growth, Empowering Citizen*, Planning Commission, Government of the People's Republic of Bangladesh.

Ministry of Water Resources (2012): *Master Plan of Haor Areas*, Dhaka: Bangladesh Haor and Water Development Board.

Mohammad, A. Kabir (2007) "Safe-delivery Practices in Rural Bangladesh and it's Associated Factors: Evidence from Bangladesh Demographic and Health Survey 2004." *East African Journal of Public Health* Vol.4, No. 2: (accessed February, 2018).

Muhit, I. B. et al. (2015): *Hygiene Condition of Water Use and Sanitation Facilities at Urban Slums: Analysis of Port City Chittagong*, Bangladesh, Civil and Environmental Engineering Reports, DOI: 10.1515/ceer-2015-0012

Rahman, Azizur Syed, et al. (2012): "Healthcare-seeking Behaviour among the Tribal People of Bangladesh: Can the Current Health System Really Meet Their Needs?" *J Health Popul Nutr*: Dhaka, International Centre for Diarrheal Disease Research, Bangladesh.

Scott, D.A. (ed.), (1989): *A Directory of Asian Wetlands*, IUCN, International Union for Conservation of Nature, Gland, Switzerland.

Sirajul, Islam. eds. (2012): *Banglapedia: National Encyclopedia of Bangladesh*, 2nd ed. Dhaka: Asiatic Society of Bangladesh.

Sobhan, I et al. (2012): *Biodiversity of Tanguar Haor*: *A Ramsar Site of Bangladesh Volume I1: Flora*. Dhaka: International Union for Conservation of Nature