

গ্রামীণ বাংলাদেশে স্বাস্থ্যসেবার গুণগত মান: কমিউনিটি ক্লিনিকের পরিপ্রেক্ষিতে একটি বিশ্লেষণ

(Quality of Healthcare in Rural Bangladesh: An Analysis in the Context of Community Clinics)

মো. ফারুক শাহ^১

ফাহিমদা সুলতানা^২

ARTICLE INFO

Article history

Date of Submission: 24-11-2023

Date of Acceptance: 19-02-2024

Date of Publication: 10-11-2025

Keywords: Quality of care, Health care services, Community clinics, rural Bangladesh

ABSTRACT

Primary healthcare is the cornerstone of any country's healthcare system. There are approximately 13,500 community clinics providing primary healthcare throughout the country. These clinics' primary goals are to provide primary care and health education to marginalized and disadvantaged populations. A partnership between local communities and the government facilitates the operation of these clinics, but the quality of service remains an issue of debate. In this context, the purpose of this article is to analyse the nature of healthcare and the service quality offered by the community clinics. The study is predominantly qualitative in nature and relies on both primary and secondary sources of data. Narrative interviews, KII and FGDs have been applied to collect data at the field level. The results indicate that community clinics play a positive role at the community level by providing health services. However, regarding the level of service quality and the client's satisfaction, there are differing opinions. While community clinics are accessible to all, irrespective of race, religion and caste, the quality of care rendered is contingent upon social and cultural capital. Despite the supply of medicine falling short of demand, healthcare providers try to apply diverse strategies to manage and distribute it. Besides, the clinic care system has been localized, with providers relying broadly on local health customs and beliefs in diagnosing and providing treatment. In this case, the clinic's structure and service delivery process essentially determine the quality of health services, applying the Donabedian model. Hence, in order to improve quality and instill confidence in both service providers and recipients, it is imperative to augment medical equipment and management. This article provides policymakers with information about community clinics and expands the body of public health literature.

সারসংক্ষেপ

প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা হল একটি দেশের স্বাস্থ্যসেবার মূল ভিত্তি। বর্তমানে সারাদেশে প্রায় ১৩,৫০০ কমিউনিটি ক্লিনিকে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা হয়। এ সকল ক্লিনিকের মূল উদ্দেশ্য হচ্ছে প্রান্তিক ও অবহেলিত জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা ও স্বাস্থ্যশিক্ষা নিশ্চিত করা। সরকার ও স্থানীয় জনগোষ্ঠীর

^১ সহযোগী অধ্যাপক, উন্নয়ন অধ্যয়ন বিভাগ, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়। ইমেইল: faruk@du.ac.bd

^২ সহযোগী অধ্যাপক, উন্নয়ন অধ্যয়ন বিভাগ, ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়। ইমেইল: fsshhammi@du.ac.bd

যৌথ অংশগ্রহণ ও অংশীদারিত্বে এ সকল ক্লিনিকের কর্মকান্ড পরিচালিত হলেও সেবার গুণগত মান নিয়ে এক ধরনের মতানৈক্য রয়েছে। তাই বর্তমান প্রবন্ধের মূল উদ্দেশ্য হচ্ছে কমিউনিটি ক্লিনিকের স্বাস্থ্য সেবার ধরন ও সেবার গুণগত মান বিশ্লেষণ করা। গবেষণাটি মূলত গুণগত ও প্রাথমিক তথ্য নির্ভর। তবে কিছু ক্ষেত্রে কমিউনিটি ক্লিনিক নিয়ে প্রকাশিত মাধ্যমিক তথ্যেরও ব্যবহার করা হয়েছে। মাঠ পর্যায় থেকে তথ্য সংগ্রহের জন্য বর্ণনামূলক সাক্ষাৎকার, মূল তথ্যদাতার সাক্ষাৎকার ও এফজিডি পদ্ধতি ব্যবহার করা হয়েছে। প্রাপ্ত ফলাফলে দেখা যায়, স্থানীয় জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে কমিউনিটি ক্লিনিক ইতিবাচক ভূমিকা রাখছে। তবে সেবার গুণগত মান ও সেবা গ্রহিতার সন্তুষ্টি নিয়ে মিশ্র প্রতিক্রিয়া দেখা যায়। জাতি-ধর্ম-বর্ণ নির্বিশেষে সবার কমিউনিটি ক্লিনিকে প্রবেশাধিকার থাকলেও সেবা প্রদানের গুণগত মানের ক্ষেত্রে সামাজিক ও সাংস্কৃতিক পুঁজি গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে। চাহিদার তুলনায় চিকিৎসা সরঞ্জাম সরবরাহে ঘাটতি থাকলেও সেবা প্রদানকারীরা নানা উপায়ে তা ব্যবস্থাপনা ও বন্টনের চেষ্টা করে থাকেন। রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা প্রদানের ক্ষেত্রে সেবা প্রদানকারীরা স্থানীয় স্বাস্থ্য সংক্রান্ত রীতিনীতি ও বিশ্বাসের উপর গুরুত্ব আরোপ করায় ক্লিনিকের চিকিৎসা ব্যবস্থা অনেকাংশে লোকায়িত হয়েছে। ডোনাবেডিয়ান মডেল এক্ষেত্রে প্রযোজ্য যেখানে ক্লিনিকের কার্ঠামো ও সেবা প্রদানের প্রক্রিয়া মূলত স্বাস্থ্য সেবার গুণগত মান নির্ধারণ করে থাকে। তাই সেবার গুণগত মান উন্নয়ন করতে চিকিৎসা সরঞ্জাম বৃদ্ধি এবং সেবাপ্রদানকারী ও সেবা গ্রহিতাদের মধ্যে আস্থা অর্জন ও সম্বন্ধ থাকা জরুরি। বর্তমান প্রবন্ধটি কমিউনিটি ক্লিনিক সংশ্লিষ্ট নীতিনির্ধারকদের তথ্য প্রদানের পাশাপাশি জনস্বাস্থ্য সংক্রান্ত জ্ঞানকাণ্ডে নতুন তথ্য সংযোজনে অবদান রাখবে।

মূল শব্দসমূহ: সেবার গুণগত মান, স্বাস্থ্যসেবা, কমিউনিটি ক্লিনিক, গ্রামীণ বাংলাদেশ

ভূমিকা

স্বাস্থ্য এবং স্বাস্থ্যসেবা এদেশের জনগণের মৌলিক ও সাংবিধানিক অধিকার। বাংলাদেশের সংবিধানে সবার জন্য স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করা রাষ্ট্রের অন্যতম মৌলিক দায়িত্ব ও কর্তব্য হিসেবে স্বীকৃত। জনস্বাস্থ্যের ঐতিহাসিক প্রেক্ষাপটের আলোকে সিকদার ও চৌধুরী (২০২১) বলেন, ১৯৪৩ সালের দুর্ভিক্ষের সময় জনস্বাস্থ্য ব্যবস্থা সম্পূর্ণরূপে ভেঙ্গে পড়েছিল। এমতাবস্থায় স্যার জোসেফ উইলিয়াম ভোরের নেতৃত্বে উপমহাদেশের স্বাস্থ্যব্যবস্থার উন্নয়নের লক্ষ্যে ‘স্বাস্থ্য জরিপ ও উন্নয়ন কমিটি’ গঠন করা হয়, যা ‘ভোর কমিটি’ নামে খ্যাত। অতঃপর ১৯৫১ সালে ঢাকায় অনুষ্ঠিত দ্বিতীয় নিখিল পাকিস্তান স্বাস্থ্য সম্মেলন অনুষ্ঠিত হয়। এই সম্মেলনে পরিকল্পনার অংশস্বরূপ ১৯৫২ সালে পশ্চিম পাকিস্তানে মোট চারটি নতুন মেডিকেল কলেজ স্থাপিত হলেও তার পাঁচ বছর পর্যন্ত পূর্ব পাকিস্তানে মাত্র ০২টি মেডিকেল কলেজ স্থাপিত হয়। ফলে স্বাস্থ্যক্ষেত্রে পূর্ব পাকিস্তান চরমভাবে বঞ্চিত হতে থাকে। পরবর্তীতে বাংলাদেশ স্বাধীন হবার পর তৎকালীন সরকার জনস্বাস্থ্য বিষয়ক প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা, মা ও শিশুস্বাস্থ্য এবং পরিবার পরিকল্পনার উপর গুরুত্বপূর্ণ পদক্ষেপ গ্রহণ করেন। এ সময় আইপিজেএমআর, জাতীয় হৃদরোগ ইনস্টিটিউট, জাতীয় চক্ষু ইনস্টিটিউট, বক্ষব্যাপি ইনস্টিটিউট অ্যান্ড হসপিটাল, পঙ্গু হাসপাতাল, বারডেম, ঢাকা শিশু হাসপাতাল ও নিপসমসহ জনস্বাস্থ্য সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানসমূহ গড়ে তোলা হয়। এছাড়া গ্রামীণ স্বাস্থ্যকেন্দ্রগুলোকে থানা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে উন্নীত করা

হয় (সিকদার ও চৌধুরী, ২০২১)। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা কর্তৃক ঘোষিত 'সবার জন্য স্বাস্থ্য' নিশ্চিতকরণের জন্য ১৯৭৮ সালের 'প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা' কৌশল গ্রহণ করা হয়।

এ দেশের প্রায় দুই-তৃতীয়াংশ জনগোষ্ঠী গ্রামে বসবাস করে (Shah, 2020) যাদের স্বাস্থ্য সম্পর্কে সচেতনতার অভাব ও স্বাস্থ্যসেবা পাওয়ার ক্ষেত্রে নানাধরনের প্রতিবন্ধকতা রয়েছে। এছাড়া গ্রামীণ স্বাস্থ্যসেবার পরিকাঠামোও সীমিত। শহর অঞ্চলের মানুষ অপেক্ষাকৃত সহজে চিকিৎসা গ্রহণ করতে পারলেও গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর জন্য তা বেশ কঠিন। তাই গ্রামীণ জনগোষ্ঠী বিশেষ করে দরিদ্র, সুবিধাবঞ্চিত ও অসহায় মা ও শিশু, কিশোর-কিশোরী এবং বয়োবৃদ্ধ সাধারণ জনগণের দোরগোড়ায় প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা পৌঁছে দেয়ার লক্ষ্যে ১৯৯৮ সালে বাংলাদেশ সরকার প্রথমে কমিউনিটি ক্লিনিক প্রকল্পের কাজ শুরু করেন। কমিউনিটি ক্লিনিক গোটা বিশ্বের উন্নয়নশীল দেশগুলোর জন্য নতুন এক ধারণা এবং প্রতি ছয় হাজার মানুষের জন্য একটি করে স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রের এই অনবদ্য ধারণার জনক বাংলাদেশ যা সম্প্রতি জাতিসংঘ কর্তৃক বৈশ্বিক স্বীকৃতি পেয়েছে।

বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসেবা মূলত তিনটি স্তরে বিভক্ত, যথা- সাধারণ মেডিক্যাল বিশ্ববিদ্যালয়, মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল, বিশেষায়িত হাসপাতাল উচ্চস্তর; জেলা হাসপাতাল, মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র মাধ্যমিক স্তর এবং উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স, ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র, কমিউনিটি ক্লিনিকে সর্বনিম্ন স্তর বা প্রাথমিক স্তরের চিকিৎসাসেবা কেন্দ্র হিসেবে বিবেচনা করা হয় (Health Bulletin 2015; Nargis, 2012)। প্রাথমিক চিকিৎসাসেবা নিশ্চিত করার লক্ষ্যে প্রতিষ্ঠিত কমিউনিটি ক্লিনিকে গর্ভবতী মায়ের রেজিস্ট্রেশন, ডেলিভারী সম্পর্কে তথ্য প্রদান, মা ও নবজাতকের স্বাস্থ্যসেবা, প্রজননস্বাস্থ্য, পরিবার কল্যাণ, পরিবার পরিকল্পনাসেবা, টিকাদান কর্মসূচি, রোগ প্রতিষেধক ব্যবস্থা, পুষ্টি, বিশুদ্ধ পানীয়, ব্যক্তিগত পরিচ্ছন্নতা, স্বাস্থ্যশিক্ষাসহ সংশ্লিষ্ট এলাকার সকল জনগণের শারীরিক, মানসিক ও সামাজিকভাবে সুস্থতার জন্য জনস্বাস্থ্য বিষয়ক পরামর্শ ও সেবা প্রদান করা হয়। পাশাপাশি কমিউনিটি ক্লিনিকে সংক্রামক রোগের টিকাদান এবং অন্যান্য অসংক্রামক রোগ প্রতিরোধে সীমিত চিকিৎসাসেবা প্রদান করা হয় (দেবনাথ, ২০১৭)। এ সকল কমিউনিটি ক্লিনিক জনগণের স্বাস্থ্যসেবায় গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করলেও অনেকক্ষেে স্বাস্থ্যসেবার মান নিয়ে বিতর্ক ও উদ্বেগ দেখা যায় (Huque et al, 2016)। পর্যাপ্ত ওষুধ সরবরাহ, সেবা প্রদানকারীদের আচরণ, সেবা প্রাপ্তিতে বিলম্ব ও স্থানীয় প্রভাবশালীদের বিরূপ প্রভাব পরিলক্ষিত হয় (Shah, 2020)। তবে বেশিরভাগ নিম্ন আয়ের গ্রামীণ মানুষের কাছে এ স্বাস্থ্যসেবা বিপদ ও ক্রান্তিকালীন অবলম্বন হিসেবে স্বীকৃত।

২০১১ সালে দেশে প্রণীত পূর্ণাঙ্গ স্বাস্থ্যনীতিতে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার নির্দেশনা অনুযায়ী সকল জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতের উপর গুরুত্বারোপ করা হয়েছে। এক্ষেত্রে মূলকেন্দ্র হিসেবে নির্ধারণ করা হয় কমিউনিটি ক্লিনিকে। নির্দিষ্টভাবে বলা যায়, মানুষের দোরগোড়ায় স্বাস্থ্যসেবা পৌঁছে দেওয়া এবং প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতের মাধ্যমে দেশের সামগ্রিক স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উন্নতি ঘটানো এসকল ক্লিনিক প্রতিষ্ঠার অন্যতম মুখ্য উদ্দেশ্য (Nargis, 2012)। তাই এসকল ক্লিনিকে আরও কার্যকর ও ফলপ্রসূ করার লক্ষ্যে নানা ধরনের নীতিমালা ও প্রস্তাবনা বাস্তবায়নের লক্ষ্যে উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সের অধীনে প্রশাসনিকভাবে পরিচালিত হয়ে থাকে। ক্লিনিকের কার্যক্রম স্থানীয় জনগণ ও সরকারের যৌথ অংশদারিত্বে স্থানীয়ভাবে পরিচালিত হয়। এসকল ক্লিনিকের অবস্থান, সুযোগ-সুবিধা, জনবল, সেবা এবং ব্যবস্থাপনা প্রত্যন্ত গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক চিকিৎসা প্রদানে ইতিবাচক ভূমিকা

রাখছে (সিকদার, ২০১৯)। এই প্রেক্ষাপটে গবেষণার প্রশ্ন হচ্ছে: কমিউনিটি ক্লিনিকে কোন ধরনের সেবা প্রদান করা হয়? কিভাবে সেবা প্রদান করা হয়? সেবার গুণগত মান নির্ধারণের সামাজিক ও সাংস্কৃতিক নিয়ামকসমূহ কি কি? সেবা গ্রহীতারা আদৌ সন্তুষ্ট কিনা? সন্তুষ্ট ও অসন্তুষ্টির উপাদানসমূহ কি কি?

সবার জন্য প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করার জন্য স্থাপন করা হয়েছে কমিউনিটি ক্লিনিক। পাশাপাশি স্বাস্থ্যনীতির মূলনীতি অনুযায়ী সেবার উন্নয়ন ও গুণগত মান বৃদ্ধির লক্ষ্যে সঠিক ও গ্রহণযোগ্য প্রশাসনিক কাঠামো, সেবাদান পদ্ধতি এবং মানবসম্পদ উন্নয়নের উপর গুরুত্ব আরোপ করা হয়েছে। এমনকি টেকসই উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা ৩.৮ অনুযায়ী মানসম্মত চিকিৎসা সেবা নিশ্চিত করার উপর গুরুত্ব আরোপ করা হয়েছে। কিন্তু স্বাস্থ্যসেবার মান সেবা গ্রহীতাদের পুরোপুরি সন্তুষ্ট করতে পারছে না। এর মূল কারণ হচ্ছে সেবা গ্রহণকারী ও প্রদানকারীর পারস্পরিক বোঝাপড়া না হওয়া, প্রদানকারীর অদক্ষতা এবং প্রয়োজনীয় সেবার সামগ্রী না থাকা (জাতীয় স্বাস্থ্যনীতি, ২০১১)। এছাড়াও স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী ও গ্রহণকারীর মধ্যে সমন্বয়হীনতা সেবার গুণগত মান নিশ্চিত করার ক্ষেত্রে বড় ধরনের অন্তরায়। BHW (2010) অনুযায়ী, সরকারী স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সেবার গুণগত মান একটি বড় চ্যালেঞ্জ। বর্তমানে কমিউনিটি ক্লিনিকে সেবার গুণগত মান নিয়েও সেবা গ্রহীতাদের মধ্যে মিশ্র প্রতিক্রিয়া দেখা যায় (Shah, 2020)।

কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবার ধরন, সেবা গ্রহীতার সংখ্যা, সমস্যা ও সম্ভাবনা নিয়ে নানা গবেষণা হলেও সেবার গুণগত মান নিয়ে পর্যাপ্ত গবেষণাকর্ম পরিলক্ষিত হয় না। অথচ যেকোন ক্লিনিকের সেবা গ্রহীতার সন্তুষ্টি অনেকাংশে উক্ত ক্লিনিকের গুণগত মানের উপর নির্ভরশীল। তাই বাংলাদেশের বর্তমান স্বাস্থ্যনীতি ও এ সংক্রান্ত বিধি-বিধানে গুণগত সেবার উপর গুরুত্বারোপ করা হয়েছে। এছাড়াও স্থানীয় জনগোষ্ঠী তাদের এলাকার সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের মান নিয়ে সচেতন ও সোচ্চার ভূমিকা রাখছে। তাই বর্তমান প্রবন্ধে কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবার মান সম্পর্কে গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর অভিজ্ঞতা তুলে ধরা হয়েছে।

গবেষণার উদ্দেশ্য

এই গবেষণার মূল উদ্দেশ্য হল গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানে কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবার মান বিশ্লেষণ করা। সুনির্দিষ্ট লক্ষ্য হচ্ছে:

ক. কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবা প্রদানের ধরন বর্ণনা করা;

খ. ক্লিনিকের সেবা প্রদানের প্রক্রিয়া তুলে ধরা;

গ. স্বাস্থ্যসেবার গুণগত মান গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর অভিজ্ঞতার আলোকে বিশ্লেষণ করা।

গবেষণা পদ্ধতি

স্বাস্থ্যসেবার গুণগত মান নিয়ে বাংলাদেশে বিভিন্ন ধরনের গবেষণা হয়েছে যা মূলত সংখ্যাগত প্রকৃতির এবং বায়োমেডিকেল দৃষ্টিভঙ্গির আলোকে সম্পাদিত। কিন্তু স্বাস্থ্যসেবার মান সংখ্যাগত উপায়ে নির্ধারণের পাশাপাশি সেবা গ্রহীতাদের আচরণ, অবস্থান এবং দৃষ্টিভঙ্গি জানা অত্যন্ত জরুরি। তাই স্বাস্থ্য সেবার প্রতি গ্রহীতাদের আস্থা অর্জন বিশেষকরে সেবার মান বৃদ্ধি ও সন্তুষ্টির ক্ষেত্রে গুণগত

গবেষণাকে গুরুত্ব প্রদান করা হচ্ছে (Hasan, 2011)। তাই বর্তমান গবেষণাটি মূলত গুণগত প্রকৃতির। এই গবেষণায় প্রাথমিক ও মাধ্যমিক উভয় ধরনের তথ্য ব্যবহার করা হয়েছে। প্রাথমিক তথ্য সংগ্রহের জন্য রাজশাহী জেলার চারঘাট উপজেলার ইউসুফপুর ইউনিয়নকে গবেষণা এলাকা হিসেবে নির্ধারণ করা হয়েছে। বর্তমানে এখানে ৭টি কমিউনিটি ক্লিনিক প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করছে। তবে এই গবেষণাকর্মে উদ্দেশ্যমূলক নমুনায়নের মাধ্যমে দুইটি (০২) ক্লিনিক থেকে তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। এই ২টি ক্লিনিক নির্বাচনের মূল কারণ হচ্ছে: ১. প্রতিটি ক্লিনিকে প্রতিদিন গড়ে প্রায় ৪০-৬০ জন সেবা নিয়ে থাকেন যা অন্যান্য স্থানীয় ক্লিনিকের তুলনায় বেশি। ২. সেবা গ্রহিতাদের অধিকাংশই নারী ও শিশু যা ক্লিনিক প্রতিষ্ঠার মূল লক্ষ্য ও উদ্দেশ্যের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ। ৩. উভয় ক্লিনিক গ্রামীণ এলাকায় অবস্থিত যা প্রান্তিক ও পিছিয়ে পড়া জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের অভিজ্ঞতা তুলে ধরার ক্ষেত্রে উপযুক্ত।

তথ্য সংগ্রহের কৌশল: প্রাথমিক তথ্য সংগ্রহের জন্য বর্ণনামূলক সাক্ষাৎকার (narrative interview), মূল তথ্যদাতার সাক্ষাৎকার এবং এফজিডি ব্যবহার করা হয়েছে। বর্ণনামূলক সাক্ষাৎকার কোন ব্যক্তির কোন নির্দিষ্ট বিষয়ে দৃষ্টিভঙ্গি, অভিজ্ঞতা এবং আচরণ তুলে ধরার ক্ষেত্রে অত্যন্ত উপযোগী পদ্ধতি (Wang, 2017)। তাই সম্প্রতি স্বাস্থ্যসেবার গুণগত মান সম্পর্কে সেবা গ্রহিতাদের অভিজ্ঞতা তুলে ধরার ক্ষেত্রে বর্ণনামূলক সাক্ষাৎকার একটি জনপ্রিয় পদ্ধতি হিসেবে বিবেচিত হয়ে আসছে। তবে এ ধরনের সাক্ষাৎকারে সাক্ষাৎকার গ্রহণকারী ও প্রদানকারীর মধ্যে সৌহার্দপূর্ণ সম্পর্ক থাকা জরুরি। তাই বর্তমান গবেষণায় গবেষক সাক্ষাৎকার প্রদানকারীদের সঙ্গে সৌহার্দপূর্ণ সম্পর্ক গড়ে তোলেন। সংগৃহীত তথ্যের লক্ষ্য ও উদ্দেশ্য তাদেরকে অবহিত করেন। এরপর একটি সাক্ষাৎকার সহায়িকা ব্যবহার করে ২০ জন সেবা গ্রহণকারীর বর্ণনামূলক সাক্ষাৎকার গ্রহণ করা হয়। এক্ষেত্রে নির্বাচিত তথ্যদাতাদের উদ্দেশ্যমুখী নমুনায়নের মাধ্যমে নির্বাচন করা হয়েছে যারা পেশাগতভাবে দিনমজুর, কৃষক, ব্যবসায়ী, ছাত্র ও গৃহিণী। ২০ জন তথ্যদাতার মধ্যে ১০ জন নারী ও ১০ জন পুরুষ। এই সাক্ষাৎকারের মাধ্যমে ক্লিনিকে সেবা প্রদানের নিয়ম, ধরন ও চর্চাসমূহ তুলে ধরা হয়েছে। এছাড়াও সেবা গ্রহিতাদের ক্লিনিকের সেবার মান, ধরন, সেবা গ্রহণকারী ও প্রদানকারীর সম্পর্ক সামাজিক, সাংস্কৃতিক ও স্থানীয় রাজনৈতিক উপাদান দ্বারা কিভাবে প্রভাবিত হয় তা তুলে ধরা হয়েছে। পাশাপাশি মূল তথ্যদাতা হিসেবে কমিউনিটি ক্লিনিক সম্পর্কে অভিজ্ঞ এমন স্থানীয় পাঁচজন ব্যক্তির সাক্ষাৎকার নেওয়া হয়েছে। তারা হচ্ছেন, স্থানীয় এমবিবিএস ডাক্তার, স্কুল শিক্ষক, কমিউনিটি ক্লিনিকে সেবা প্রদানকারী, স্থানীয় জনপ্রতিনিধি ও প্রবীণ ব্যক্তি। এ ধরনের সাক্ষাৎকার যেকোন গবেষণায় অভিজ্ঞ ও সংশ্লিষ্ট ব্যক্তির ভাবনা ও দৃষ্টিভঙ্গি নিবিড়ভাবে তুলে ধরার ক্ষেত্রে অত্যন্ত উপযোগী। এছাড়া সেবাগ্রহিতা নারীদের নিয়ে একটি ও পুরুষদের নিয়ে একটি এফজিডি সম্পাদন করা হয়েছে, যেখানে কমিউনিটি ক্লিনিক সম্পর্কে অংশগ্রহণকারীদের সামগ্রিক দৃষ্টিভঙ্গি ও অভিজ্ঞতা তুলে ধরা হয়েছে।

তথ্য বিশ্লেষণ: সংগৃহীত তথ্যের সঠিকতা এবং বিশ্বাসযোগ্যতা নিশ্চিত করার জন্য সকল সাক্ষাৎকার অডিও রেকর্ডিং করা হয়েছে। পরবর্তীতে এ সকল ধারণকৃত তথ্য ট্রান্সক্রিপ্ট করা হয়েছে। ট্রান্সক্রিপ্টের প্রাপ্ত তথ্যসমূহে বিভিন্ন কোড ব্যবহার করা হয়। এক্ষেত্রে তথ্য বিশ্লেষণের জন্য তথ্য ‘বিষয়বস্তু বিশ্লেষণ’ (thematic analysis) দৃষ্টিভঙ্গি প্রয়োগ করা হয়েছে। পরবর্তীতে বর্ণনামূলক সাক্ষাৎকার, মূল তথ্যদাতার সাক্ষাৎকার এবং এফজিডি’র প্রাপ্ত তথ্যের মধ্যে তুলনা করা হয়েছে। পাশাপাশি

মাধ্যমিক উৎসের তথ্যের সমন্বয়ে গবেষণার উদ্দেশ্য অনুযায়ী তথ্যসমূহ সন্নিবেশিত করে নিবিড়ভাবে বিশ্লেষণসহ উপস্থাপন করা হয়েছে। এছাড়া গবেষণা নৈতিকতার বিষয়টি বিবেচনায় নিয়ে তথ্যদাতাদের এই গবেষণায় অংশগ্রহণের জন্য সম্মতি, গোপনীয়তা ও স্বেচ্ছাসেবামূলক অংশগ্রহণ নিশ্চিত করা হয়েছে। উল্লেখ্য, গোপনীয়তার বিষয়টি বিবেচনায় নিয়ে তথ্যদাতাদের মূল নামের পরিবর্তে ছদ্মনাম ব্যবহার করা হয়েছে।

ধারণাগত কাঠামো

বাংলাদেশের প্রেক্ষাপটে কমিউনিটি ক্লিনিক মূলত একটি নতুন ধারণা। গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা দোরগোড়ায় পৌঁছে দেওয়ার জন্য ১৯৯৮ সাল থেকে যাত্রা শুরু হলেও ২০০৯ সাল থেকে পুরোদমে কমিউনিটি ক্লিনিকের কার্যক্রম শুরু হয়। সরকারী স্বাস্থ্যব্যবস্থার ক্রমবিন্যাস অনুযায়ী সর্বশেষ ধাপে রয়েছে কমিউনিটি ক্লিনিক। স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় (২০১১) কমিউনিটি ক্লিনিককে সংজ্ঞায়িত করেছেন নিম্নোক্ত ভাবে-

A Community Clinic is a tiny clinic at the grass root level including the remotest and hard to reach area. It is basically meant for health education (on health, nutrition & FP), health promotion, treatment of minor ailments, first aid and identification of emergency & complicated cases to establish an effective referral linkage with the higher facilities i.e. UHFWC & UHC for better management. Each CC is establish for a about 6000 population.

গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতকরণ ও স্বাস্থ্য সচেতনতা বৃদ্ধির লক্ষ্যে ওয়ার্ড পর্যায়ে সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানই কমিউনিটি ক্লিনিক। কমিউনিটি ক্লিনিক মূলত দেশের দরিদ্র ও পিছিয়ে পড়া জনগোষ্ঠীর জন্য বিনামূল্যে চিকিৎসা ও ঔষুধ সরবরাহের জন্য সরকারের স্বাস্থ্য বিভাগ কর্তৃক পরিচালিত একটি স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠান। এসকল ক্লিনিকের লক্ষ্য ও উদ্দেশ্য হচ্ছে- গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্যসেবা প্রদান কার্যক্রমে জনগণের অংশগ্রহণ নিশ্চিতকরণ; জনগনকে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা; জনগোষ্ঠীকে বিনামূল্যে ঔষুধ প্রদান করা; জনস্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতকরণে খুব অল্প সময়ে সেবা প্রদান; সম-অধিকার ভিত্তিতে সকলের জন্য সমান সেবা প্রদান নিশ্চিত করা; কমিউনিটি ক্লিনিকের সাথে উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স, জেলা পর্যায়ের হাসপাতাল ও মেডিকেল কলেজের সঙ্গে একটি কার্যকর রেফারেল পদ্ধতি প্রতিষ্ঠাকরণ; এবং গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর মধ্যে স্বাস্থ্য সচেতনতা তৈরি করা (MOHFW, 2015)। এসকল উদ্যোগের কারণে গ্রামীণ অবহেলিত প্রান্তিক জনগোষ্ঠী বাড়ির পাশেই স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করতে পারছে। তবে প্রাথমিক স্বাস্থ্য সেবা নিশ্চিত করার জন্য কমিউনিটি ক্লিনিকে সেবা গ্রহিতাদের আগ্রহ বৃদ্ধি পেলেও সেবার মান নিয়ে মিশ্র প্রতিক্রিয়া পাওয়া যায় (Shah, 2020)।

‘গুণগত মান’ প্রত্যয়টি একটি আপেক্ষিক প্রত্যয় যা ব্যক্তি ও সামাজিক-সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপটের উপর নির্ভর করে। তাই স্বাস্থ্যের গুণগত মান বিশ্লেষণের সর্বসম্মত কোন সংজ্ঞা নেই (Moullin, 2002)। American Institute of Medicine এর মতে, এই প্রত্যয়ের অর্থ হচ্ছে “The degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge” (Lohr, 1990:21)। পক্ষান্তরে, সেবা গ্রহিতার দৃষ্টিভঙ্গি থেকে Smith (1993) বলেন, “Quality

is the goodness or excellence of something. It is assessed against accepted standards of merit for such things and against the interests/ needs of users and other stakeholders” (p.237 as cited in Hasan, 2011)। এছাড়াও Institute of Medicine (2001) সেবার মান নির্ধারণে নিরাপত্তা, কার্যকারিতা, রোগী কেন্দ্রিকতা, সময়ানুবর্তিতা, দক্ষতা এবং সমতাকে গুরুত্ব প্রদান করেছে। অন্যদিকে বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থার মতে, সেবার জন্য স্বাস্থ্যসেবা প্রদান, সংবেদনশীলতা এবং আর্থিক স্বচ্ছতা গুণগত সেবা প্রদানের মূল কাঠামো। Maxwell Six স্বাস্থ্যসেবার গুণগত মান নির্ধারণে ছয় ধরনের নিয়ামকের কথা বলেছেন। যেমন, কার্যকারিতা, দক্ষতা, গ্রহণযোগ্যতা, প্রবেশাধিকার, সমতা ও সাদৃশ্যতা (উদ্ধৃত Hasan, 2011: 25)।

তবে স্বাস্থ্যসেবার গুণগত মান নির্ধারণে ডোনাবেডিয়ান কাঠামো অত্যন্ত জনপ্রিয়। এক্ষেত্রে মূলত ‘কাঠামো’, ‘প্রক্রিয়া’ এবং ‘ফলাফলের’ উপর ভিত্তি করে সেবার মান নির্ধারণ করা হয় (Whittaker, 1999)। কাঠামো বলতে প্রতিষ্ঠানের অবকাঠামো এবং সেবা প্রদান ব্যবস্থাকে নির্দেশ করে। পক্ষান্তরে প্রক্রিয়া হচ্ছে উক্ত প্রতিষ্ঠান কোন প্রক্রিয়ায় সেবা প্রদান করে। কাঠামো এবং প্রক্রিয়া মূলত সেবার গুণগত মান নির্ধারণ করে। বর্তমান প্রবন্ধে কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবার মান তুলে ধরার জন্য মূলত ডোনাবেডিয়ান মডেল ব্যবহার করা হয়েছে। কেননা এই মডেল নমনীয় (Hasan, 2011) এবং স্থানীয় সামাজিক-সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপটে প্রয়োগযোগ্য। এক্ষেত্রে কাঠামো বলতে অবকাঠামো, জনবল, ব্যবস্থাপনা, সেবা প্রদানকারীর উপস্থিতি, সেবা প্রদানের সরঞ্জাম ইত্যাদি অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। অন্যদিকে সেবা প্রদানের প্রক্রিয়া হিসেবে প্রবেশাধিকার, যোগাযোগ ব্যবস্থা, সেবা প্রদানের সময় ও নিয়ম, সেবাপ্রদানকারীর আচরণ, রোগীদের অপেক্ষা ব্যবস্থাপনা ও রেফারেল, রোগীর গোপনীয়তা রক্ষা ও সচেতনতা বোধ এবং স্থানীয় স্বাস্থ্য সংস্কৃতির গুরুত্ব অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। উল্লিখিত কাঠামো বৈশিষ্ট্য এবং সেবা প্রদানের বিভিন্ন ধাপে সেবা গ্রহিতার অভিজ্ঞতা ও বাস্তবতার আলোকে কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবা বিষয়ে গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর দৃষ্টিভঙ্গি তুলে ধরা হয়েছে। পাশাপাশি তাত্ত্বিকভাবে ব্যাখ্যামূলক দৃষ্টিভঙ্গি যা কোন সমাজ ও সংস্কৃতিকে নিবিড়ভাবে বিশ্লেষণ করে তা এই গবেষণায় ব্যবহৃত হয়েছে। এক্ষেত্রে স্থানীয় স্বাস্থ্য ব্যবস্থা, স্বাস্থ্য সম্পর্কে স্থানীয় জনগোষ্ঠীর ধারণা এবং ক্লিনিকের সেবা সংস্কৃতি বিশ্লেষণের মাধ্যমে সেবার মান নিয়ে একটি বিশ্লেষণ করা হয়েছে।

কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবার গুণগত মান: গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর মূল্যায়ন

এই অংশে মূলত মাঠকর্ম থেকে সংগৃহীত তথ্যের বিশ্লেষণের মাধ্যমে প্রাপ্ত বিষয়বস্তু ডোনাবেডিয়ান মডেলের আলোকে সেবার গুণগত মান ও সেবা গ্রহিতাদের সন্তুষ্টি নিরূপণ করা হয়েছে। এক্ষেত্রে মূলত ৩ টি ধাপ বিবেচনা করা হয়, যথা- কাঠামো, প্রক্রিয়া এবং ফলাফল।

১. কমিউনিটি ক্লিনিকের কাঠামো

ডোনাবেডিয়ান মডেল অনুযায়ী, যেকোন চিকিৎসা কেন্দ্রের মান উক্ত প্রতিষ্ঠানের কাঠামোর উপর অনেকাংশে নির্ভর করে। গ্রামীণ বাংলাদেশে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানসমূহের কাঠামোগত দুর্বলতা দীর্ঘদিন ধরে পরিলক্ষিত হয় (Hasan, 2011)। এখানে চাহিদা ও সরবরাহের মধ্যেও অসামঞ্জস্য দেখা যায়। ফলশ্রুতিতে, সেবার মান নিয়ে সেবা গ্রহণকারীদের অসন্তুষ্টি পরিলক্ষিত হয়। কমিউনিটি ক্লিনিকের সর্বোত্তম কাঠামো নিশ্চিতের প্রতিশ্রুতি এর নীতিমালায় প্রকাশ পেয়েছে।

অবস্থান ও অবকাঠামো

কমিউনিটি ক্লিনিকের কার্যক্রম সরকার ও স্থানীয় জনসাধারণের যৌথ অংশীদারিত্বে পরিচালিত হয়। নীতি অনুযায়ী, শুরুতে স্থানীয় জনগোষ্ঠীর দানকৃত পাঁচ শতাংশ জমিতে কমিউনিটি ক্লিনিকের অবকাঠামো নির্মাণ করা হয়। প্রত্যেক ক্লিনিক দুই কক্ষবিশিষ্ট। উভয় কক্ষে প্রয়োজনীয় আসবাবপত্রসহ রোগীদের বসার ব্যবস্থা বিদ্যমান। একটি কক্ষ মূলত চিকিৎসা সেবা প্রদানের জন্য ব্যবহৃত হয়। অন্য কক্ষটি রোগীর ‘অপেক্ষা রুম’ হিসেবে ব্যবহার করা হয়। এখানে পানীয়, টয়লেট ও হাতধোয়ার ব্যবস্থা রয়েছে। এ বিষয়ে স্থানীয় বাসিন্দা আশরাফ (৪৫) বলেন,

কমিউনিটি ক্লিনিকের অবকাঠামো মোটামুটি সুন্দর। চতুর্কোণার একটি অবকাঠামো যেখানে রোগীদের বসার ব্যবস্থা আছে। নানা ধরনের সুবিধা আছে। কমিউনিটি ক্লিনিক বাড়ির পাশে হওয়ায় পাঁচ মিনিট পায়ে হেঁটেই আমরা ক্লিনিকে পৌছাতে পারি।

তবে ক্লিনিকে বসার ব্যবস্থা থাকলেও তা সেবাগ্রহিতার তুলনায় যথেষ্ট না। তাই তাদেরকে বাইরে দাড়িয়ে অপেক্ষা করতে হয় যা বর্ষা এবং শীতে কষ্টকর। বিশেষ করে, কোন কারণে বর্ষাকালে ক্লিনিক বন্ধ থাকলে সেবা গ্রহিতাদের চরম ভোগান্তিতে পড়তে হয়।

ক্লিনিকের জনবল

প্রতিটি ক্লিনিকে তিনজন করে স্বাস্থ্যসেবাকর্মী নিযুক্ত থাকেন। মূল দায়িত্বে থাকেন কমিউনিটি হেলথ কেয়ার প্রোভাইডার (সিএইচসিপি)। তিনি সপ্তাহে ছয় দিন ক্লিনিকে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা বিষয়ক চিকিৎসা ও পরামর্শ প্রদান করেন। এছাড়া একজন স্বাস্থ্য সহকারী স্থানীয় জনগোষ্ঠীকে স্বাস্থ্য বিষয়ে পরামর্শ ও সেবা দিয়ে থাকেন। পক্ষান্তরে একজন পরিবার পরিকল্পনা সহকারী স্থানীয় জনগোষ্ঠীর জনসংখ্যা নিয়ন্ত্রণে পরামর্শ দেন। এমনকি জনসংখ্যা নিয়ন্ত্রণে ব্যবহৃত পদ্ধতিসমূহের কারণে কোন জটিলতা দেখা দিলে তা নিরাময়ের পরামর্শ প্রদান করেন। এছাড়া ক্লিনিকের রক্ষণাবেক্ষণ ও পরিষ্কার-পরিছন্নতার জন্য দুইজন চুক্তিভিত্তিক কর্মী আছেন। তবে কমিউনিটি ক্লিনিকে এমবিবিএস চিকিৎসকের কোনো পদ নেই। কিন্তু সেবা গ্রহিতাদের সংখ্যা দিন দিন বৃদ্ধি পাচ্ছে। ফলে সেবা প্রদানকারীদের পক্ষে সবাইকে ভালভাবে সেবা প্রদান করা সম্ভব হয় না। এ প্রসঙ্গে একজন সিএইচসিপি বলেন, “দিন দিন আমাদের রোগী বৃদ্ধি পাচ্ছে। বিশেষকরে শীতকালে রোগীর সংখ্যা অনেক বেড়ে যায়, কারণ গ্রামের মানুষ এ সময়ে নানা রোগব্যাপ্তিতে আক্রান্ত হয়। এ সময় সবাইকে ভালভাবে সেবা প্রদান করা কঠিন হয়ে পড়ে। ভালভাবে চিকিৎসা দিতে হলে রোগীর কথা শুনতে হয়, তাদেরকে সময় দিতে হয়। তবেই রোগ নির্ণয় করা সম্ভব হয়।” অর্থাৎ সেবা প্রদানকারী ও গ্রহিতার আনুপাতিক হারে অসামঞ্জস্য থাকায় সেবার গুণগত মানে পার্থক্য পরিলক্ষিত হয়। Shah (2020) এর মতে, সীমিত সম্পদ, জনবল, সরঞ্জাম, ঔষধ এবং দুর্বল প্রাতিষ্ঠানিক কাঠামো গ্রামীণ স্বাস্থ্য ব্যবস্থার প্রতিনিয়ত বিরাজমান চ্যালেঞ্জ যা সংশ্লিষ্ট জনগোষ্ঠীকে গুণগত স্বাস্থ্যসেবা থেকে বঞ্চিত করে।

সেবা প্রদানকারীর দক্ষতা

ক্লিনিকের মূল সেবা প্রদানকারী তথা সিএইচসিপি’র শিক্ষাগত যোগ্যতা নিয়োগ বিজ্ঞাপনের শর্তানুযায়ী এইচএসসি পাস হওয়া বাঞ্ছনীয়। যোগদানের পর উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে ৬ মাসের প্রশিক্ষণ নিয়ে তারা স্বাস্থ্য সেবা শুরু করেন। এ পদের নিয়োগে স্থানীয় জনগোষ্ঠীকে সরকার অগ্রাধিকার দিয়ে

থাকেন। তবে উল্লেখিত সংশ্লিষ্ট প্রশিক্ষণ নিয়ে সিএইচসিপিরা পুরোপুরি সন্তুষ্ট নন। এ বিষয়ে একজন সিএইচসিপি বলেন,

চাকরির শুরুতে আমাদের ছয় মাসের প্রশিক্ষণ দেওয়া হয়েছে। এই প্রশিক্ষণ নিয়েছি উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে। সে সময় মূলত প্রাথমিক সেবার বিষয়ে প্রশিক্ষণ দেওয়া হয়েছে। কিন্তু বর্তমানে সেবা দিতে গিয়ে আমাদের নানা ধরনের জটিল রোগেরও চিকিৎসা প্রদান করতে হয়। সব বিষয়ে জ্ঞান না থাকায় সেবা দিতে আমাদের মাঝে মাঝে সমস্যায় পড়তে হয়।

অর্থাৎ সেবা প্রদানকারীর যে ধরনের ‘বিশেষায়িত যোগ্যতা’ (Hummel, 2008) থাকা দরকার তার ঘাটতি এখানে পরিলক্ষিত হয়। ফলে ভুল চিকিৎসা প্রদানেরও দৃষ্টান্ত দেখা যায় (Huque et al, 2016)। গবেষণা এলাকার একজন মূল তথ্যদাতা এমবিবিএস ডাক্তারের মতে,

কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবা প্রদানকারীদের শিক্ষাগত যোগ্যতা ও মান নিয়ে আমার প্রশ্ন আছে। চিকিৎসা বিষয়ে তাদের পূর্ণাঙ্গ কোন ডিগ্রি নেই। তারা মূলত উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সের স্বল্প মেয়াদী প্রশিক্ষণের উপর নির্ভরশীল। অথচ এন্টিবায়োটিকসহ নানা ধরনের ওষুধ প্রদানের ক্ষমতা তাদের দেওয়া হয়েছে। কিন্তু কর্তৃপক্ষ বুঝতে পারছে না এভাবে ওষুধের ব্যবহার জনস্বাস্থ্যকে কতটা হুমকির মুখে ফেলে দিচ্ছে! গ্রামের গরীব ও দুস্থ মানুষেরা হাতের নাগালে ওষুধ পেয়ে খুশি কিন্তু তার পরিণতি সম্পর্কে তারা অজ্ঞ।

ক্লিনিক ব্যবস্থাপনা

জনসম্পৃক্ততা কমিউনিটি স্বাস্থ্য ব্যবস্থার উন্নয়নের একটি অপরিহার্য অংশ (Chu, 2016)। প্রত্যেকটি ক্লিনিক পরিচালনার জন্য সমাজের প্রতিনিধিত্বশীল অংশ থেকে ন্যূনতম চারজন নারী সদস্যসহ ১৩ থেকে ১৭ সদস্যের কমিউনিটি গ্রুপ (সিজি) গঠন করা হয়। সভাপতি হিসেবে দায়িত্ব পালন করেন সংশ্লিষ্ট ওয়ার্ডের মেম্বার। এ গ্রুপকে সহযোগিতা করেন ১৩ থেকে ১৭ সদস্য বিশিষ্ট ৩টি কমিউনিটি সাপোর্ট গ্রুপ। কমিউনিটি গ্রুপ ও কমিউনিটি সাপোর্ট গ্রুপের মাধ্যমে পরিচালিত হয়ে থাকে কমিউনিটি ক্লিনিক যা এ প্রতিষ্ঠানের একটি অনন্য বৈশিষ্ট্য। এ বিষয়ে সিজি সদস্য আবু তালেব (৫২) বলেন,

এলাকায় কমিউনিটি ক্লিনিক প্রতিষ্ঠার শুরু থেকে আমি কমিউনিটি গ্রুপের সক্রিয় সদস্য হিসেবে কাজ করছি। আমাদের মেম্বারের সভাপতিত্বে ক্লিনিকের সিএইচসিপি মাঝে মাঝে সভা আয়োজন করে। আমি ছাড়াও এলাকার আরো কয়েকজন মুরব্বী কমিউনিটি গ্রুপের সদস্য। বিষয়টি আমার বেশ ভাল লাগে। কারণ কর্তৃপক্ষ আমাদের মতামতের গুরুত্ব দেওয়ার চেষ্টা করে।

অর্থাৎ ক্লিনিক ব্যবস্থাপনা, রক্ষণাবেক্ষণ এবং মনিটরিংয়ে সেবা প্রদানকারীর পাশাপাশি স্থানীয় জনগোষ্ঠীর বিভিন্ন পর্যায়ের প্রতিনিধির অংশগ্রহণ লক্ষ্য করা যায়। এ ধরনের অংশগ্রহণ শুধুমাত্র স্থানীয় জনগোষ্ঠীর অংশীদারিত্বকে নির্দেশ করে না পাশাপাশি উন্নয়ন, পরিকল্পনা গ্রহণ ও বাস্তবায়নে সহায়ক ভূমিকা রাখে (Ratanavaraha & Jomnonkwo, 2013)।

সেবা প্রদানকারীর উপস্থিতি ও সেবার নিশ্চয়তা

সেবা পাওয়ার নিশ্চয়তা সেবার মান নির্ধারণে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে। কমিউনিটি ক্লিনিকে নির্দিষ্ট সময়ে সেবা প্রদান করা হয়। তবে কিছু ক্ষেত্রে বিশেষকরে অফিসিয়াল কারণে উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সেবা প্রদানকারীদের যাওয়ার প্রয়োজন হলে সেবা প্রদানের এ নিয়মের ব্যাঘাত ঘটে। কেননা একজন সিএইচসিপি মূলত ক্লিনিকের সেবা প্রদানের কার্যক্রম, প্রশাসনিক কার্যক্রম পরিচালনা এবং প্রয়োজনীয় দালালিক কাজ সম্পাদন করেন। এক্ষেত্রে তিনি মূলত দ্বিবিধ ভূমিকা পালন করেন: সেবা প্রদান ও দাপ্তরিক কার্যাবলী সম্পাদন। এ প্রসঙ্গে সিএইচসিপি রফিক (২৮) বলেন, “আমি নিয়মিত ক্লিনিক খোলা ও সেবা দেয়ার চেষ্টা করি। যথাসময়ে ক্লিনিকে উপস্থিত থাকি। কিন্তু কিছু কিছু সময় এর ব্যতিক্রম ঘটে। বিশেষকরে উপজেলা পর্যায়ে কোন সভা বা প্রশিক্ষণে অংশগ্রহণের প্রয়োজন হলে ক্লিনিকের স্বাভাবিক কার্যক্রমের ব্যাঘাত ঘটে। এক্ষেত্রে আমার কিছুই করার নেই।” পক্ষান্তরে সেবা গ্রহণকারী মাসুমা (২৬) বলেন, “এ ক্লিনিকে সেবা নিতে হলে নির্দিষ্ট সময়ের [সকাল ১০-১২ টা] মধ্যে আসতে হয়। কোনদিন সকালে বাড়ির কাজ গুছিয়ে যেতে একটু দেরি হলে আর ওষুধ পাই না। অনেক সময় নির্দিষ্ট সময়ে গিয়েও দেখি ডাক্তার নেই, ক্লিনিক বন্ধ।” অর্থাৎ অনির্ধারিত বন্ধ ও সেবা প্রদানকারীর অনুপস্থিতি ক্লিনিকসমূহের স্বাভাবিক সেবা প্রদানের অন্যতম অন্তরায়।

সেবা সরঞ্জাম

ক্লিনিকে রক্তচাপ মাপা, ডায়বেটিক পরীক্ষা, তাপমাত্রা মাপা ও প্রাথমিক সেবার ওষুধ প্রদান করা হয়। তবে পর্যাপ্ত ওষুধ ও প্রয়োজনীয় সামগ্রীর অভাব সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে অন্যতম প্রধান অন্তরায় হিসেবে পরিলক্ষিত হয়। দিন দিন ক্লিনিকে রোগীর সংখ্যা বৃদ্ধি পাওয়ায় স্বল্প ওষুধে অধিক সংখ্যক রোগীর চাহিদা পূরণ করা সম্ভব হয় না। এমনকি গরীব ও প্রান্তিক রোগী যাদের বিনামূল্যে সেবা গ্রহণ করা জরুরী তারাও অত্যাবশ্যক ওষুধ প্রাপ্তি থেকে বঞ্চিত হয়। এ প্রসঙ্গে সেবা গ্রহিতা মালেকা (৫০) বলেন, “আমরা আমাদের প্রয়োজনীয় ওষুধ পাই না। বেশিরভাগ সময়েই অল্প ঔষধ দেয়। এক্ষেত্রে তাদের [সেবাপ্রদানকারী] কথা হলো ওষুধের সরবরাহ কম- তাদের কিছুই করার নেই।” এ প্রসঙ্গে একজন সিএইচসিপি বলেন, “ক্লিনিকে প্রয়োজনের তুলনায় ঔষধ কম আসে। মাসের একটা নির্দিষ্ট সময়ে ঔষুধ আসে এবং সেই ঔষুধগুলো নির্দিষ্ট সময় পর্যন্ত সেবা প্রদানে ব্যবহার করতে হয়। ফলে ঔষুধের পরিমাণ অনুযায়ী আমাদেরকে ঔষুধ দিতে হয়।”

২. কমিউনিটি ক্লিনিকে সেবা প্রদানের প্রক্রিয়া

সেবা প্রদানের প্রক্রিয়া যেকোন সেবা প্রদানকারী প্রতিষ্ঠানের গুণগত মান নির্ধারণে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে। এই অংশে সেবা প্রদানের ধরন, প্রবেশাধিকার, সেবা প্রদানের নিয়ম ও সময়, সেবা প্রদানকারীর আচরণ, রোগীর গোপনীয়তা রক্ষা, রেফারাল সিস্টেম, স্থানীয় স্বাস্থ্য সংস্কৃতি সংযোজন ও অন্তর্ভুক্তিকরণ ইত্যাদি বিবেচনা নেওয়া হয়েছে।

সেবা প্রদানের ধরন

কমিউনিটি ক্লিনিকে মূলত প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবার পাশাপাশি স্বাস্থ্য সম্পর্কে সচেতনতা বৃদ্ধি ও শিক্ষা প্রদান করা হয়। নীতি অনুযায়ী শুধুমাত্র প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের নিয়ম থাকলেও সব ধরনের (প্রাথমিক থেকে জটিল) রোগের চিকিৎসা এখানে প্রদান করা হয় (Shah, 2020)। এক্ষেত্রে গ্রামীণ

স্বাস্থ্য ব্যবস্থায় স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের যে ক্রমবিন্যাস তা মূলত অনুসরণ করা হয় না। এখানে বর্তমানে ২৯ ধরনের ঔষধ প্রদান করা হয়। এক্ষেত্রে মাজেদা (২৮) বলেন, “আমরা এখানে অনেক রোগের ঔষধ পেয়ে থাকি। বিশেষ করে জ্বর, সর্দি, কাশির জন্য বিভিন্ন ট্যাবলেট পাই। অনেক সময় নির্দিষ্ট কোন ঔষধ না থাকলে ডাক্তার লিখে দেয় যা আমরা স্থানীয় ফার্মেসী থেকে ক্রয় করি।”

উল্লেখ্য সেবা প্রদানকারী ও গ্রহিতা মূলত একই এলাকার ও সংস্কৃতির। তাই সেবা প্রদানকারী স্থানীয় জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্য অবস্থা, স্বাস্থ্য বিশ্বাস ও স্বাস্থ্য চর্চা সম্পর্কে অবহিত যা তাদেরকে যেকোন সেবা গ্রহিতার সাথে সংবেদনশীল আলাপ ও আচরণে সহায়তা করে। জেডার প্রতিবন্ধকতা ছাড়া সেবা প্রদানকারীরা স্থানীয় ভাষায় নিজ দৃষ্টিভঙ্গির আলোকে তাদের স্বাস্থ্য সমস্যা তুলে ধরতে পারেন। বিধায় সেবা প্রদানকারী ও সেবাগ্রহিতাদের মাঝে এক ধরনের আন্তরিক সম্পর্ক পরিলক্ষিত হয়। পাশাপাশি স্থানীয় জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্য সংস্কৃতি অনুযায়ী যে ধরনের আশ্বাস ও সহমর্মিতা প্রত্যাশা করা হয় তাও সেবা প্রদানকারীরা আচরণ ও পরামর্শের মাধ্যমে নিশ্চিত করার চেষ্টা করেন। এক্ষেত্রে তাগেব (৩৫) বলেন, “এখানে ডাক্তার চিকিৎসা দেয়ার আগে আমাদের কথা বোঝার চেষ্টা করেন। এরপর ঔষুধ ও পরামর্শ দেন। আমরা তাদের কথায় ভরসা পাই, বিশ্বাস করি এবং মোটামুটি ভাল ফল পাই।”

ক্লিনিকে প্রবেশাধিকার

কমিউনিটি ক্লিনিক সবার জন্য উন্মুক্ত। তবে প্রাথমিক সেবার জন্য নির্ধারিত হলেও জটিল রোগে আক্রান্ত ব্যক্তিরও এখানে সেবা নিতে আসে। এসিডিটি, জ্বর, পেটের পীড়া প্রভৃতি রোগের ঔষুধের চাহিদা বেশি। এ প্রসঙ্গে মালেকা বেগম (৪০) বলেন, “আমাদের কোন সমস্যা হলে বিশেষকরে জ্বর-কাশি, পাতলা পায়খানা হলে প্রথমে কমিউনিটি ক্লিনিকে আসি। কারণ ডাক্তারের ফি দিতে হয় না, ঔষধ কিনতে টাকা লাগে না, বাড়ীর কাছে হওয়ায় পায়ে হেটে অল্প-সময়ে ক্লিনিকে এসে চিকিৎসা নিতে পারি।” সুফিয়া (৩৪) বলেন, “ডাক্তার আমাদের এলাকার ও পরিচিত। দীর্ঘদিন ধরে আমরা একই গ্রামে বসবাস করি। তিনি আমাদের প্রতিবেশি। আমরা ক্লিনিকে গেলে ডাক্তার আমাদের ভাল চিকিৎসা দেওয়ার চেষ্টা করে। ভাল ঔষুধ দেন এবং সেই ঔষুধ খেয়ে আমাদের রোগ নিরাময় হয়।” এছাড়া নারীদের জন্য কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবা সহজলভ্য। উদাহরণস্বরূপ, রুবিলা (৩০) বলেন, “আমাদের মত নারীদের সবসময় দূরে গিয়ে ডাক্তার দেখানো কঠিন। বাড়ীর পাশে এ ক্লিনিক থাকায় নিজেরাই এসে ডাক্তার দেখাতে পারি।” অর্থাৎ জাতীয় স্বাস্থ্যনীতির লক্ষ্য ও মূলনীতির বৈশিষ্ট্য এখানে প্রতিফলিত হয় যেখানে জাতি-ধর্ম-বর্ণ-লিঙ্গ নির্বিশেষে সবার জন্য প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতের জন্য কেন্দ্র হিসেবে কমিউনিটি ক্লিনিককে নির্ধারণ করা হয়েছে।

সেবা প্রদানের নিয়ম

কমিউনিটি ক্লিনিকে মূলত সকাল ১০টা থেকে ১২টা পর্যন্ত প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা ও পরামর্শ প্রদান করা হয়। তাই এর পূর্বেই গ্রহিতারা সারিবদ্ধভাবে সেবা নেওয়ার জন্য দাঁড়িয়ে যান। রোগীদের ঠিকানা ও স্বাস্থ্য সমস্যা সম্পর্কে রেজিস্টার্ড খাতায় লিপিবদ্ধ করা হয়। এমনকি কোন ধরনের সেবা বা ঔষধ প্রদান করা হয় তাও খাতায় লিপিবদ্ধ করে রাখা হয়। এ ধরনের প্রক্রিয়া মূলত আমলাতান্ত্রিক হলেও জবাবদিহিতা ও দায়বদ্ধতা নিশ্চিত করার জন্য বেশ কার্যকর। এ বিষয়ে একজন সিএইচসিপি বলেন, “ঔষুধ দেওয়ার পর রোগীর নাম, ঠিকানা ও রোগের ধরণ খাতায় লিপিবদ্ধ করে রাখি। উদ্ধৃতন কর্তৃপক্ষ চাইলে আমরা এসকল ডকুমেন্ট তাদেরকে দেখাই। বলা যায়, খাতায় লিপিবদ্ধ করে রাখার বিষয়টি আমাদের এক ধরণের জবাবদিহিতা নিশ্চিত করে।” অর্থাৎ কমিউনিটি ক্লিনিকের কার্যক্রমে

আমলাতন্ত্রের প্রতিফলন রয়েছে। Weber (1978) উল্লেখ করেন, আমলাতন্ত্রে সিদ্ধান্তসমূহ স্থিতিশীল এবং ধারাবাহিক। তবে কমিউনিটি ক্লিনিকের ক্ষেত্রে এর ব্যতিক্রমও দেখা যায়। এক্ষেত্রে একজন সিএইচসিপি বলেন, “আমরা এখন মূলত দুই ঘন্টা স্বাস্থ্যসেবা দিয়ে থাকি। সারাদিন ঔষধ দেওয়া সম্ভব হয় না। কেননা ঔষধের স্বল্পতার জন্য সবার চাহিদা পূরণ করা সম্ভব না।”

সেবা গ্রহিতাদের সেবা গ্রহণের ক্ষেত্রে সন্তুষ্টি অনেকাংশে সেবা প্রদানের সময়ের উপর নির্ভর করে। অর্থাৎ সেবা প্রদানকারীরা সেবা গ্রহিতাদের অধিক সময় ধরে রোগীর সমস্যা শুনলে তারা সন্তুষ্ট হন। কিন্তু অধিক রোগী ও সেবা প্রদানকারীদের পেশাদারিত্ব যথাযথভাবে অনুসরিত না হওয়ায় এক্ষেত্রে ব্যত্যয় ঘটে। দেখা যায় সমাজের উচ্চশ্রেণীর ব্যক্তির সেবা প্রদানকারীদের বিশেষ মনোযোগ পেলেও সাধারণ শ্রেণীর বাসিন্দারা তা পায় না। ফলে সময়ের স্বল্পতাকে কেন্দ্র করেও সেবা বৈষম্য পরিলক্ষিত হয়। পাশাপাশি ক্লিনিকসমূহ সাধারণত সেবা প্রদানের জন্য দুই ঘন্টা খোলা থাকে। এই নির্ধারিত সময়ের বাইরে রোগীদের সেবা প্রদান করা হয় না। ফলে উল্লেখিত দুই ঘন্টার মধ্যেই রোগীদের সেবা গ্রহণ করতে হয়। এক্ষেত্রে সেবা গ্রহণকারী রাসেল (৪০) বলেন, “ক্লিনিকে মাত্র দুই ঘন্টা ধরে সেবা দেওয়া হয়। এর বাইরে গেলে আর সেবা পাওয়া যায় না। আমাদের নানা কাজে ব্যস্ত থাকতে হয়, তাই সব কিছু ম্যানেজ করে আমাদের আসতে হয়।” অন্যদিকে সেবা নিতে আসা চান্দু (৫০) বলেন, “ম্যানেজিং কমিটির সদস্যরা নিজেদের ইচ্ছামত ঔষধ নিয়ে যায়। যাদের ঔষুধ কেনার সামর্থ্য আছে তারাও ঔষুধ নেয়। রাজনৈতিক নেতারা, মেম্বারের লোক, জমিদাররা প্রয়োজনের অতিরিক্ত ঔষুধ নেয়ার ফলে আমরা যারা গরীব মানুষ ঔষুধ কিনতে পারি না তারা ভোগান্তিতে পড়ি।”

সেবা গ্রহিতাদের একটি উল্লেখযোগ্য অংশের অভিযোগ হলো সেবা প্রদানকারীরা তাদের প্রতি যত্নশীল না। অর্থাৎ সেবা প্রদানকারীরা তাদের স্বাস্থ্য সমস্যা সম্পর্কে আন্তরিকভাবে মনোযোগ প্রদান করেন না। স্থানীয় সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপটে দেখা যায়, ‘ধৈর্য সহকারে রোগীর কথা শোনা’ চিকিৎসকের প্রতি রোগীদের এক ধরনের আস্থা তৈরি করে। এক্ষেত্রে দেখা যায়, সমাজের ক্ষমতাশীল, পরিচিত বা জ্ঞাতীগোষ্ঠীরা সেবা প্রদানকারীর বিশেষ মনোযোগ লাভ করে। পক্ষান্তরে যারা অপরিচিত তারা এধরনের মনোযোগ বা সেবা থেকে বঞ্চিত হন। Maloney (1988) বলেন, ‘আন্তরিকতার অভাব’-বাঙালি সমাজে একটি অতিপরিচিত বিষয়। পেশাজীবীরা তাদের কাজে আন্তরিক নয় বিধায় দেশের উন্নয়ন প্রকল্পসমূহ ব্যর্থতায় পর্যবেষিত হয়। সেবা প্রদানকারীদের আন্তরিকতার প্রসঙ্গে রহিম (৪৫) বলেন, “এখানকার ডাক্তারদের যারা পরিচিত তাদেরকে আন্তরিকভাবে চিকিৎসা সেবা প্রদান করা হয়। পক্ষান্তরে যারা অপরিচিত তাদের শুধুমাত্র ঔষধ প্রদান করা হয়। আন্তরিকতার অভাবে অনেক সময় আমরা ভাল মানের চিকিৎসা সেবা প্রাপ্তি থেকে অনেকেই বঞ্চিত হই। কিন্তু এক্ষেত্রে কিছুই করার নেই।”

সেবা প্রদানকারীর আচরণ

কমিউনিটি ক্লিনিকে সাধারণত সারিবদ্ধভাবে সেবা নিতে হয়। এক্ষেত্রে দেখা যায় যাদের সাথে সেবা প্রদানকারীর ভাল সম্পর্ক তারা সারি না মেনেও সেবা পান। এক্ষেত্রে সেবা প্রদানকারীর জ্ঞাতি গোষ্ঠীর কেউ হলে বিশেষ সুবিধা নিয়ে সবার আগে সেবা নিয়ে থাকেন এবং কখনো কখনো প্রয়োজনের অতিরিক্ত ঔষধ পেয়ে যান। জ্ঞাতি সম্পর্কের সুবিধা প্রাপ্তি প্রসঙ্গে বাবুল (৪২) বলেন, “এখানকার ডাক্তারদের সাথে যাদের ভাল সম্পর্ক অথবা যারা তাদের আত্মীয় তারা বেশি গুরুত্ব পেয়ে থাকেন। তাদেরকে প্রয়োজনের অতিরিক্ত ঔষধও দেয়া হয়। এজন্য লোকেরা বলে যাদের পরিচিতি আছে, আত্মীয় আছে তাদের জন্য সরকারী সুবিধা। যাদের কেউ নেই তাদের সুবিধা শুধু নামমাত্র।”

গবেষণাধীন ক্লিনিকে দেখা যায়, সমাজে যারা ক্ষমতাশীল তারা সেবা পাওয়ার ক্ষেত্রে বিশেষ সুবিধা লাভ করে। এক্ষেত্রে তাদেরকে লাইনে দাঁড়িয়ে চিকিৎসা সেবা নিতে হয় না। এমনকি সেবাপ্রদানকারীরা তাদের আন্তরিকভাবে সেবা প্রদান করে থাকেন। এ প্রসঙ্গে তথ্যদাতা মীরা (৩৫) বলেন, “যাদের ক্ষমতা আছে তারা লাইনে দাঁড়ায় না অথবা দেরিতে এসে দ্রুত সেবা নিয়ে যায়। অথচ তাদের আগে এসেও আমাদের অপেক্ষা করতে হয়। আবার যখন ঔষধ কম থাকে তখন তারা সব ঔষধ নিয়ে চলে যায়। আর আমরা ঔষধ নিতে পারি না। ক্ষমতার জোরে তারা সবই করতে পারে।” অবশ্য এ বিষয়ে সিএইচসিপি বলেন, “বিভিন্ন কারণে ক্ষমতাশালীদের অন্যদের থেকে দ্রুত সেবা প্রদান করি। তা নাহলে নানাধরনের সমস্যা হতে পারে।” অর্থাৎ প্রাতিষ্ঠানিক নিয়ম যথাযথভাবে অনুসরণ করা এবং সকল গ্রহিতাদের প্রতি সমভাবে আচরণ করা সেবা প্রদানকারীদের পক্ষে অনেক সময় সম্ভব হয় না।

এছাড়া সেবা প্রদানকারীর আচরণ সেবা গ্রহিতার শিক্ষাগত যোগ্যতা ও পেশার আলোকেও ভিন্ন হতে পারে, যেমন- সমাজের উচ্চ শিক্ষিত বা সচেতন ব্যক্তির চিকিৎসা পাওয়ার ক্ষেত্রে সাধারণ রোগীদের তুলনায় অধিক যত্ন ও সুবিধা পেয়ে থাকেন। এক্ষেত্রে শিক্ষাগত যোগ্যতা এক ধরনের সাংস্কৃতিক পুঁজি হিসেবে কাজ করে যা তাদেরকে অন্যদের তুলনায় সমাজের বিভিন্ন সেবাখাতে ভালো সেবা পাওয়ার নিশ্চয়তা প্রদান করে। এই প্রাপ্তিকে বুর্দো সাংস্কৃতিক পুঁজির অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ উপাদান হিসেবে সনাক্ত করেছেন। ক্লিনিকে দেখা যায়, উচ্চশিক্ষিত ব্যক্তির সেবাপ্রদানকারীদের বিশেষ মনোযোগ সৃষ্টি করতে সক্ষম হন। ফলশ্রুতিতে তারা চিকিৎসা সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে অন্যদের চেয়ে সুবিধা পেয়ে থাকেন। শিক্ষার সুবিধা সম্পর্কে সেবাপ্রার্থিতা মিলন (৩৭) বলেন, “সমাজের সকল ক্ষেত্রেই শিক্ষিত ব্যক্তির বিশেষ সম্মান, মর্যাদা বা সুযোগ পেয়ে থাকেন। কমিউনিটি ক্লিনিকে সেবা নিতে আসা ব্যক্তিদের ক্ষেত্রে দেখা যায়, যারা শিক্ষিত তাদেরকে ক্লিনিকের সেবাপ্রদানকারীরা অন্য সেবাপ্রার্থিতাদের তুলনায় বেশি গুরুত্ব দিয়ে থাকেন। ক্লিনিকে প্রবেশ করার পর পরই তারা সেবা পেয়ে যান। সেবাপ্রদানকারীরা বেশি সময় নিয়ে তাদেরকে সেবা দেন এবং যাবতীয় ঔষধ প্রদান করে থাকেন।”

ক্লিনিকে সেবা গ্রহণকারীদের একটা বড় অংশই নারী। পুরুষ সেবা গ্রহিতার সংখ্যা তুলনামূলক অনেক কম। তবে সেবা নেয়ার জন্য নারীদের সারিবদ্ধভাবে অপেক্ষা করতে হলেও পুরুষদের লাইনে দাঁড়াতে হয় না। এ প্রসঙ্গে রোকেয়া (২৩) বলেন, “পুরুষেরা লাইনে না দাঁড়িয়েই ঔষধ পেয়ে থাকেন। আর নারীদের ক্ষেত্রে লাইনে দাঁড়িয়ে নিয়ম মেনে তবেই চিকিৎসা সেবা পেতে হয়।” Shah (2020) এর মতে, জেডার বৈষম্য কমিউনিটি ক্লিনিকে স্পষ্ট লক্ষণীয়। পুরুষের সময়ের মূল্যের তুলনায় নারীর অপেক্ষাধীন সময়কে কম গুরুত্ব দেওয়া হয়। অর্থাৎ সামাজিক সম্পর্ক ও প্রতিষ্ঠানে নারীর তুলনায় পুরুষের অধিক মর্যাদা পরিলক্ষিত হয় (Sultana, 2011)। বলা যায়, কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবাপ্রার্থনের ক্ষেত্রে সামাজিক ও সাংস্কৃতিক পুঁজি গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। উভয় ধরনের পুঁজি যাদের বেশি তারা ততবেশি সুবিধা পেয়ে থাকেন। ফলশ্রুতিতে যারা পিছিয়ে আছেন তারা মান সম্মত চিকিৎসা সেবা থেকে বঞ্চিত হন। প্রাপ্ত ফলাফল অনুযায়ী গরীব, প্রান্তিক ও পিছিয়ে পড়া জনগোষ্ঠীর সামাজিক ও সাংস্কৃতিক পুঁজি না থাকায় মানসম্মত সেবা পাওয়ার ক্ষেত্রে পিছিয়ে পড়ছে। তাই কমিউনিটি ক্লিনিকসমূহে বাংলাদেশের সামাজিক স্তর বিন্যাসের চিত্র স্পষ্ট প্রতিফলিত হয়।

রোগীর গোপনীয়তা রক্ষা

ডাক্তারের কাছে নিজের অসুস্থতার বর্ণনা বা প্রাথমিকভাবে পরীক্ষার জন্য নিরাপদ ও গোপনীয়তা রক্ষা জরুরি। তবে কমিউনিটি ক্লিনিকে দেখা যায় একই সাথে একাধিক রোগী (বিশেষ করে নারী রোগী) ডাক্তারের সামনে অবস্থান করেন। ফলে অনেক সময়ই রোগী তার রোগের সব কথা বলতে স্বাচ্ছন্দ্য বোধ করেন না, যেমন- রবিনা (৩০) বলেন, “ডাক্তারের সামনে একজন রোগী থাকা অবস্থায় আরেকজন নারী রোগীকে কল করা হয়। নিজের গোপন রোগের কথা কি সবার সামনে বলা সম্ভব?।” Zaman (2006) এর মতে, অতিরিক্ত রোগীর চাপে পাবলিক ক্লিনিকে রোগীর কোন গোপনীয়তা থাকে না। তাই রোগীরা ক্লিনিকের বেডকে ‘কারাগার’ হিসেবে বিবেচনা করে।

রেফারেল সিস্টেম

কমিউনিটি ক্লিনিকের উদ্দেশ্য হলো প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করা। তাই প্রাথমিক চিকিৎসার চেয়ে অধিক সেবার প্রয়োজন হলে সেবা প্রদানকারীরা নিয়মানুযায়ী উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে বা জেলা সদর হাসপাতালে রোগীকে রেফার করে দিবেন। তবে বাস্তবে এর ভিন্নতা দেখা যায়। সগিরা (৪২) বলেন, “অনেকদিন ধরেই প্রতিদিন বিকালে জ্বর আসে এবং কাশিও হয়। ডাক্তারের কাছে আসলে ওষুধ দেয় কিন্তু সুস্থ হই না। আবার উপজেলা বা সদর হাসপাতালে চিকিৎসা নেয়ার জন্য কোন স্লিপও লিখে দেয় না। অনেক বলার পর মেডিকেল হাসপাতালে যাওয়ার জন্য একটি স্লিপ (রেফারেল লেটার) দিয়েছে।” Paul (1999) এর মতে, সেবার মান দুর্বল হলে সাধারণত এ ধরনের ভিন্নতা দেখা যায়। অর্থাৎ সেবার মান সম্পর্কে গ্রহিতার ধারণা উক্ত ক্লিনিকে সেবার ধরনের উপর নির্ভর করে।

স্থানীয় স্বাস্থ্য সংস্কৃতি ও চর্চা

কমিউনিটি ক্লিনিক মূলত এ্যালোপ্যাথিক চিকিৎসা ভিত্তিক জ্ঞান দ্বারা কাঠামোয়িত। তবে বাস্তবে স্থানীয় স্বাস্থ্য সংস্কৃতির প্রভাব স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের ক্ষেত্রে পরিলক্ষিত হয়। অর্থাৎ এ সকল ক্লিনিকে আধুনিক ও স্থানীয় উভয় স্বাস্থ্য সংস্কৃতির প্রভাব লক্ষ করা যায়। উল্লেখ্য সেবা প্রদানকারী ও গ্রহিতা উভয়েই একই এলাকার, একই সংস্কৃতির। ফলশ্রুতিতে স্বাস্থ্যক্ষেত্রে তাদের বোঝাপড়াও একই ধরনের। এ বিষয়ে রহিমা (৫০) বলেন, “শহরের বড় ডাক্তারের কথা অনেক সময় বুঝি না। তাদের কাছে বেশি কথা জিজ্ঞেস করতেও ভয় পাই। তাদের সময়ও কম। কিন্তু এখানে যে ডাক্তার আছে সে আমাদের এলাকার মানুষ। তার সাথে খোলামেলা কথা বলা যায়।”

এছাড়া রোগ নির্ণয় ও সেবাপ্রদানের ক্ষেত্রে স্থানীয় রীতিনীতি ও বিশ্বাসকে গুরুত্ব দেওয়া হয়। উদাহরণস্বরূপ বলা যায়, গর্ভবতী নারীদের ভিটামিন চাহিদা পূরণে লাউ/কুমড়া পাতা ভাত রান্নার সাথে সিদ্ধ করে খাওয়া (একই সাথে আলাদাভাবে শাক রান্নার সময় ও উপকরণ সাশ্রয়ী করা), স্থানীয় ক্ষমতা কাঠামোর প্রেক্ষাপটে প্রভাবশালীদের বিশেষ মর্যাদায় সেবা দেয়া, সামাজিক ক্রমবিন্যাস অনুযায়ী কিছু ক্ষেত্রে হলেও সেবা প্রদান করা এবং সামাজিক সম্পর্কের প্রেক্ষাপটে জ্ঞাতিসম্পর্কে গুরুত্ব দেয়া ইত্যাদি মূলত স্থানীয় বাস্তবতার প্রতিফলন হিসেবে বিবেচনা করা যায়।

৩. ফলাফল

কাঠামো ও সেবা প্রদানের প্রক্রিয়া মূলত সেবা গ্রহিতাদের সেবা সম্পর্কে ধারণা ও সন্তুষ্টি নির্ধারণ করে। ক্লিনিকের মূল উদ্দেশ্য প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা ও স্বাস্থ্যশিক্ষা নিশ্চিত করা হলেও তা পুরোপুরি অর্জন করা সম্ভব হয়নি। এক্ষেত্রে সেবা গ্রহিতাদের মধ্যে মিশ্র অভিজ্ঞতা দেখা যায়। কাঠামো নিয়ে খুব বেশি অসুস্তি না থাকলেও সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে বিশেষ করে ওষুধ প্রদান, সেবা পাওয়ার নিশ্চয়তা ইত্যাদি ক্ষেত্রে সন্তুষ্টির ঘাটতি দেখা যায়। যেমন- লতিফা (২৭) বলেন, “এখানে সব সময় আসি না, কারণ সব রোগের ওষুধ পাওয়া যায় না, হাতে টাকা থাকলে এলাকার ফার্মেসীতে যাই, ওখানে ফার্মাসিস্ট পরামর্শ দেয়, সব ধরনের ওষুধও পাওয়া যায়। এখানে সকাল ১০ থেকে ১২ টা পর্যন্ত রোগী দেখে, তখন বাড়ীতে আমাদের কাজ থাকে। আবার এ অল্প সময়ে অনেক ভীড় থাকে, তাই এখানে আসলে বাড়ীতে ফিরে গিয়ে নির্ধারিত কাজ শেষ করতে পারি না।” অন্যদিকে কমিউনিটি ক্লিনিক নিয়ে সেবা গ্রহিতাদের মধ্যে সন্তুষ্টিও কাজ করে, যেমন- আঙ্গুর বালা (৫৫) বলেন, “আমি আগে শহরের বড় মেডিকলে যেতাম। তবে সেখানে গেলে টিকিট কাটতে হয়, লাইনে দাঁড়াতে হয়, অনেক সময় ব্যয় হয়, যাওয়া-আসার খরচ লাগে, তাই বাড়ীর কাছে এ ক্লিনিকেই আসি। এখানে আসলে ওষুধ নেয়া ছাড়াও অনেকের সাথে দেখা হয় এটাও ভালো লাগে।” কমিউনিটি ক্লিনিক নিয়ে সেবা গ্রহিতাদের প্রত্যাশাও দেখা যায়। যেমন- বিন্দুবালা (৪২) বলেন,

আপনি (গবেষক) সরকারকে বলে দিবেন যেন এখানে বড় বড় রোগ যেমন ডায়বেটিকস, ব্লাড-প্রেশারের ওষুধও দেয়। কারণ আমাদের মত গরীব মানুষের এসব রোগের ওষুধ কিনে খাওয়ার সামর্থ্য নেই। এছাড়া পরীক্ষা-নিরীক্ষার যে সব মেশিন আছে তাও নষ্ট থাকে বেশিরভাগ সময়। এগুলো দ্রুত ঠিক করলে ভাল হয়। আর এখানে বড় মেডিকেলের মত ভাল ডাক্তার চাই।

তবে সেবা প্রদানকারীদের মতে, সেবা গ্রহিতারা অনেক সময় নিজেরাই নানাধরনের ঔষধ চান। এ বিষয়টি নিম্নোক্ত কথোপকথনে তুলে ধরা হলো-

সিএইচসিপি: কি সমস্যা?

রোগী: বাচ্চার জ্বর। [ডাক্তার ওষুধ দিলেন]। ডাক্তার সাহেব আমার জন্যও ক্যালসিয়াম আর আয়রনের বড়ি দেন কয়টা।

সিএইচসিপি: কেন? কি সমস্যা আপনার?

রোগী: আমার হাটুতে ব্যাথা।

সিএইচসিপি: আচ্ছা, এই নেন ক্যালসিয়ামের ট্যাবলেট।

রোগী: আয়রনের বড়িও দেন ১ পাতা।

সিএইচসিপি: যে ওষুধ দিয়েছি ওটাতেই কাজ হবে। আজকে আর লাগবে না।

রোগী: না ভাই এক পাতা আয়রন দেন। সহজে আর আসা হবে না, বাড়ীতে অনেক কাজ।

উপরোক্ত কথোপকথনে দেখা যায়, সাধারণত রোগীরা বেশি সংখ্যক ওষুধ পেলেই সন্তুষ্ট হয়। এক্ষেত্রে সেবা প্রদানকারীরা মজুত থাকা সাপেক্ষে অধিকহারে ওষুধ প্রদান করে থাকেন, যা জনস্বাস্থ্যের জন্য নিঃসন্দেহে ক্ষতিকর। তবে সীমাবদ্ধতা থাকলেও গ্রামীণ প্রান্তিক ও পিছিয়ে পড়া জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক

স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের ক্ষেত্রে কমিউনিটি ক্লিনিক এক নতুন দ্বার উন্মোচন করেছে। এক্ষেত্রে মানসম্মত স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করার লক্ষ্যে সরকার, উন্নয়ন সহযোগী প্রতিষ্ঠান, কমিউনিটি গ্রুপ ও সাপোর্ট গ্রুপসহ সংশ্লিষ্ট অনেকেই কাজ করছেন। গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর আর্থ-সামাজিক প্রেক্ষাপট, যেমন- পেশা, মাসিক আয় এবং এ সকল ক্লিনিকে সেবা প্রদানের নিয়ম ও চর্চায় স্থানীয় ও গ্রামীণ স্বাস্থ্য সংস্কৃতির মূল্যায়ন সেবা গ্রহিতাদের সন্তুষ্টির মাত্রা আরো একধাপ বাড়িয়ে দিয়েছে।

পর্যালোচনা

কমিউনিটি ক্লিনিকের মূল উদ্দেশ্য হচ্ছে প্রান্তিক ও অবহেলিত জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা ও স্বাস্থ্যশিক্ষা নিশ্চিত করা। সরকার ও স্থানীয় জনসাধারণের যৌথ অংশগ্রহণে কমিউনিটি ক্লিনিকের কার্যক্রম পরিচালিত হয়। তবে সেবা প্রদানকারীর যে ধরনের ‘বিশেষায়িত যোগ্যতা’ (Hummel, 2008) থাকা দরকার তার ঘাটতি পরিলক্ষিত হয়। কমিউনিটি ক্লিনিক পরিচালনার জন্য সমাজের প্রতিনিধিত্বশীল অংশ থেকে ন্যূনতম চারজন নারী সদস্যসহ ১৩ থেকে ১৭ সদস্যের কমিউনিটি গ্রুপ (সিজি) গঠন করা হয়। কমিউনিটি গ্রুপ ও কমিউনিটি সাপোর্ট গ্রুপের মাধ্যমে এসকল ক্লিনিক পরিচালিত যা ‘জনসম্পৃক্ততা’ নিশ্চিতকরণে অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ (Chu, 2016)। সেবা পাওয়ার নিশ্চয়তা সেবার মান নির্ধারণে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে। কমিউনিটি ক্লিনিকে নির্দিষ্ট সময়ে সেবা প্রদান করা হয়। তবে সেবা প্রদানকারীর অনুপস্থিতির কারণে মাঝে মাঝে সেবা প্রদানে ব্যাঘাত ঘটে। Chaudhury and Hammer (2004) এর মতে, গ্রামীণ স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সেবা প্রদানকারীর অনুপস্থিতির হার ৭৪ ভাগ। Hasan (2011) এবং Shah (2020) তাদের গবেষণায়ও প্রায় একই ধরনের ফলাফল পেয়েছেন। এছাড়া পর্যাপ্ত ওষুধ ও প্রয়োজনীয় সরঞ্জামের তুলনায় সেবা গ্রহিতার সংখ্যা বৃদ্ধি পাওয়ায় সবার চাহিদা পূরণ করা সম্ভব হয় না। অনেক ক্ষেত্রে গরীব ও প্রান্তিক রোগীরা অত্যাবশ্যক ওষুধ প্রাপ্তি থেকে বঞ্চিত হয়। এমনকি এক্ষেত্রে সেবা প্রদানকারীদের অনাকাঙ্ক্ষিত পরিস্থিতির সম্মুখীনও হতে হয়। এ প্রসঙ্গে Hossain (2010: 921-922) বলেন, “Most public services are under-resourced in Bangladesh, and it is frontline officials who face the demands of those whom the service has not reached. Tactics for coping with resource constraints are deeply ingrained in frontline public service delivery.”। একইভাবে Anderson (2004) তাঁর গবেষণায় দেখিয়েছেন, সম্পদের অপ্রতুলতা, পেশাগত জটিলতা, সুযোগ-সুবিধার অভাব এবং স্থানীয় সামাজিক ও সাংস্কৃতিক উপাদান সেবা প্রদানকারীদের সেবা গ্রহিতাদের সাথে বিভিন্ন ভাবে আচরণ করতে বাধ্য করে। এ প্রেক্ষিতে যে কোন স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে নৃবিজ্ঞানীরা সামাজিক ও সাংস্কৃতিক উপাদানের সাথে স্বাস্থ্যসেবার সম্পর্ক নিখুঁতভাবে তুলে আনতে পারে।

কমিউনিটি ক্লিনিক সবার জন্য উন্মুক্ত। অর্থাৎ জাতি-ধর্ম-বর্ণ-লিঙ্গ নির্বিশেষে সবার জন্য প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করে কমিউনিটি ক্লিনিক অগ্রণী ভূমিকা পালন করছে। তবে বৃদ্ধ ও নারীদের জন্য কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবা সহজলভ্য কারণ বাড়ির কাছাকাছি অবস্থিত হওয়ায় তারা খুব সহজে নিজেরা এসে নিজেদের সেবা নিতে পারে। তবে কমিউনিটি ক্লিনিকের কার্যক্রমে আমলাতন্ত্রের প্রতিফলন রয়েছে। কারণ রোগীদের ঠিকানা ও রোগ সম্পর্কে রেজিস্টার্ড খাতায় লিপিবদ্ধ করা হয়। পাশাপাশি কোন ধরনের সেবা বা ঔষধ প্রদান করা হয় তাও খাতায় লিপিবদ্ধ করে রাখা হয়। যেটা মূলত আমলাতান্ত্রিক প্রক্রিয়া হলেও জবাবদিহিতা ও দায়বদ্ধতা নিশ্চিত করার ক্ষেত্রে বেশ কার্যকর। Gupta (2012) এর মতে, খাতায় স্বাস্থ্যসেবা সংক্রান্ত সামগ্রিক বিষয় লিপিবদ্ধ করা আমলাতন্ত্রের

একটি গুরুত্বপূর্ণ বৈশিষ্ট্য, যার মাধ্যমে একজন আমলা স্বাস্থ্যসেবা গ্রহীতাদের উপর ক্ষমতার চর্চা করে। তবে কমিউনিটি ক্লিনিকের প্রেক্ষাপটে দেখা যায়, সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে আমলাতন্ত্রের আধুনিক বৈশিষ্ট্য ও বর্তমান সমাজের ঐতিহ্যের সমন্বয়ে এক ধরনের নতুন চর্চা গড়ে উঠেছে। এই চর্চা নির্দেশ করে যে আমলাতন্ত্র নির্দিষ্ট নয় বরং স্থানীয় ও আধুনিকতার সমন্বয়ে গড়ে ওঠে (Jamil, 2002)। তাই স্থানীয় স্বাস্থ্যকেন্দ্রের আমলাতন্ত্র বুঝতে হলে সামাজিক-সাংস্কৃতিক প্রেক্ষাপট, আন্তঃব্যক্তিক সম্পর্ক এবং সেবা গ্রহণকারীদের সামাজিক যোগাযোগ বিবেচনায় নিতে হবে। এছাড়া সেবা প্রদান ও ব্যবস্থাপনার ক্ষেত্রে স্থানীয় প্রথা, বিশ্বাস, সমাজের রীতিনীতি ও বাস্তবতার প্রভাব পরিলক্ষিত হয়। Finklar (2004) তাঁর গবেষণায় দেখিয়েছেন এ্যালোপ্যাথিক মেডিসিন মেসিকান সমাজের প্রেক্ষাপটে লোকায়িত হয়েছে। অর্থাৎ সেখানকার চিকিৎসকেরা লোকজ চিকিৎসা ব্যবস্থা ও এ্যালোপ্যাথিক চিকিৎসার সমন্বয়ে স্থানীয় আধুনিক হাসপাতালে চিকিৎসা প্রদান করেন। এক্ষেত্রে মূল কারণ হচ্ছে চাহিদার তুলনায় এ্যালোপ্যাথিক চিকিৎসা সরঞ্জামের ঘাটতি। চিকিৎসা নৃবিজ্ঞানী Zaman (2005) এর মতে, বাংলাদেশের চিকিৎসকেরা প্রয়োজনীয় ঔষধ, চিকিৎসা সরঞ্জামাদি না পাওয়ার কারণে স্থানীয়ভাবে সহজলভ্য বিভিন্ন সরঞ্জাম ও পদ্ধতি ব্যবহার করে রোগীদের স্বাস্থ্যসেবা প্রদান করে থাকেন।

গবেষণাধীন ক্লিনিকের সেবা গ্রহীতাদের একটি অংশের অভিমত হলো সেবা প্রদানকারীরা তাদের প্রতি যত্নশীল নয়। কিন্তু তাদের পরিচিত বা জ্ঞাতীগোষ্ঠীদের প্রতি বিশেষ মনোযোগ দেন এবং তারা সবার আগে সেবা পেয়ে থাকেন। কখনো কখনো প্রয়োজনের অতিরিক্ত ঔষধও পেয়ে থাকেন। অর্থাৎ জ্ঞাতিসম্পর্ক সমান চিকিৎসাসেবা প্রদানের অন্যতম অন্তরায়। বলা যেতে পারে এসকল কমিউনিটি ক্লিনিকে জ্ঞাতি সম্পর্ক কিছু ব্যক্তির জন্য অনুকূল পরিবেশ সৃষ্টি করলেও অনেকের জন্য বৈষম্য সৃষ্টি করছে। বাংলাদেশের সমাজে এ ধরনের চর্চা এক সামাজিক বাস্তবতা। কেননা পরিচিত ব্যক্তির একে অপরের অবস্থান থেকে সহযোগিতা করবে এটাই প্রত্যাশিত। এর ব্যতিক্রম হলে ভঙ্গকারী ব্যক্তি তার জ্ঞাতীগোষ্ঠীর কাছে 'ভাল নয়'; 'দেশকে ভালবাসে না'; 'নিজের লোকের প্রতি ভালবাসার অভাব' এবং 'স্বার্থপর' হিসেবে বিবেচিত হয় (Maloney, 1988)। এছাড়া Novak (1994) বলেন, বাংলাদেশী সমাজে জ্ঞাতিসম্পর্কের গুরুত্ব অপরিসীম। কেননা একজন ব্যক্তি সমাজের সামনের দিকে যখন এগিয়ে যায় তখন প্রতি ধাপে পরিচিতি বা জ্ঞাতি সম্পর্ক বিশেষভাবে কাজে লাগে।

এছাড়া ক্ষমতাসীল ও উচ্চশিক্ষিত ব্যক্তির সেবা পাওয়ার ক্ষেত্রে বিশেষ সুবিধা লাভ করে। দেখা যায়, সেবা প্রদানকারী ও সেবা গ্রহণকারীদের মধ্যে সেবা প্রদানের মান অনেক সময় ক্ষমতার উপর নির্ভর করে। বলা যেতে পারে সেবা গ্রহীতার সামাজিক অবস্থার উপর ভিত্তি করে দুই ভাগে বিভক্ত, যথা-সাধারণ জনগোষ্ঠী যারা সাধারণত 'গরীব' (মূলত গরীব ও সুবিধাবঞ্চিত) হিসেবে পরিচিত। পক্ষান্তরে মর্যাদা সম্পন্ন জনগোষ্ঠী যারা 'অদলোক' (ধনী, সম্মানীয়, মহৎ ব্যক্তি) নামে পরিচিত (Zaman, 2005)। Kotalova (1996) বলেন, বাংলাদেশের সমাজে সামাজিক ক্রমবিন্যাসের গভীর প্রভাব পরিলক্ষিত হয়। এর উপর ভিত্তি করে সমাজে বসবাসরত ব্যক্তির নানাভাবে বিভক্ত যা তাদের বিভিন্ন সরকারি সুযোগ-সুবিধা পাওয়ার ক্ষেত্রেও গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। তাই কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবা গ্রহীতাদের মধ্যে সেবার মান নিয়ে মিশ্র অভিজ্ঞতা পরিলক্ষিত হয়। ক্লিনিকের সেবার গুণগত মান নিয়ে সেবাগ্রহীতাদের মধ্যে মতানৈক্য ও কিছু সীমাবদ্ধতা থাকলেও গ্রামীণ প্রান্তিক ও পিছিয়ে পড়া জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের ক্ষেত্রে কমিউনিটি ক্লিনিক ইতিবাচক ভূমিকা রাখছে।

উপসংহার

স্বাস্থ্য ও স্বাস্থ্যসেবাকে সাংবিধানিক অধিকার হিসেবে বিবেচনায় নিয়ে বাংলাদেশ সরকার নানাবিধ পদক্ষেপ গ্রহণ করেছে। এর ধারাবাহিকতায় দেশের প্রান্তিক জনগোষ্ঠীর প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করার লক্ষ্যে কমিউনিটি ক্লিনিক স্থাপন করা হয়। এ সকল ক্লিনিকে প্রান্তিক জনগণ অনেকাংশে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করতে পারেন। তবে সেবার গুণগত মান বিশ্লেষণে দেখা যায়, সামাজিক ও সাংস্কৃতিক পুঁজির অধিকারী ব্যক্তির সেবা প্রাপ্তির ক্ষেত্রে বিশেষ সুবিধা লাভ করে। পক্ষান্তরে, যারা এই পুঁজির অধিকারী নয় তারা মানসম্মত সেবা থেকে বঞ্চিত হয়। বলা যেতে পারে বৃহত্তর সমাজের স্তরবিন্যাস ও অসমতা এই ক্লিনিকসমূহের সেবায়ও পরিলক্ষিত হয়। ফলে সমাজের ক্রমবিন্যাসে যাদের অবস্থা নিচের দিকে তারা সমাজের অন্যান্য স্তরের ন্যায় এখানেও বৈষম্যের শিকার হচ্ছে। অথচ এ সকল ক্লিনিকের অন্যতম উদ্দেশ্য হচ্ছে প্রান্তিক জনগোষ্ঠীর সেবার জন্য প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করা। বলা যেতে পারে বৃহত্তর সমাজের বিভিন্ন জনগোষ্ঠীর যে অসম অবস্থান ও সুযোগ সুবিধা তারই প্রতিফলন হচ্ছে কমিউনিটি ক্লিনিক। এখানে জ্ঞাতিসম্পর্ক, ব্যক্তিগত সম্পর্ক, ক্ষমতার সম্পর্ক, শিক্ষাগত যোগ্যতা ইত্যাদি একজন ব্যক্তির ক্ষেত্রে গুণগত স্বাস্থ্যসেবা প্রাপ্তিতে অন্যতম নিয়ামক হিসেবে কাজ করে। তাই বলা যায়, প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারী কেন্দ্র হিসেবে এ সকল প্রতিষ্ঠান অগ্রণী ভূমিকা রাখলেও সামাজিক অসমতা নিবিড়করণেও ভূমিকা রাখছে। তবে নানাবিধ সীমাবদ্ধতা থাকা সত্ত্বেও কমিউনিটি ক্লিনিকের প্রভূত সম্ভাবনা বিদ্যমান। এটি গ্রামীণ দরিদ্র, অবহেলিত, সুবিধাবঞ্চিত এবং নারীদের স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের অন্যতম ভরসার জায়গা। ডোনাবেডিয়ান মডেলের আলোকে দেখা যায়, ক্লিনিকের কাঠামোগত বিষয়ে সেবা গ্রহণকারীদের মাঝে সন্তুষ্টি থাকলেও সেবা প্রদানের প্রক্রিয়া নিয়ে তাদের মধ্যে কিছুটা অসন্তুষ্টি পরিলক্ষিত হয়, যা তারা বৃহত্তর সংস্কৃতির অবিচ্ছেদ্য অংশ হিসেবে মনে করে। বলা যেতে পারে স্থানীয় সমাজ ব্যবস্থা ও সংস্কৃতির প্রতিফলন কমিউনিটি ক্লিনিকের সেবার মধ্যে পরিলক্ষিত হয়।

গ্রন্থপঞ্জি

- দেবনাথ, সেবিকা (১ জুন ২০১৭)। গ্রামীণ জনগোষ্ঠীর স্বাস্থ্যসেবায় নির্ভরযোগ্য প্রতিষ্ঠান ‘কমিউনিটি ক্লিনিক’, *আজকের বাজার*।
- সিকদার, মো. তাজউদ্দিন ও চৌধুরী, জুয়েল আহমেদ (১২ অক্টোবর ২০২১)। ‘জনস্বাস্থ্যের সমাধান কমিউনিটি ক্লিনিকেই।’ প্রথম আলো।
- সিকদার, মো. শামীম, (২৮ আগস্ট, ২০১৯)। ‘প্রান্তজনের স্বাস্থ্যসেবায় কমিউনিটি ক্লিনিক’। *যুগান্তর*।
- Andersen, H. (2004). “Villagers”: Differential treatment in a Ghanaian hospital. *Social Science and Medicine*, 59(10): 2003–2012.
- BHW. (2010). *How healthy is health sector governance?* Dhaka: UPL.
- Chu, C. (2016). Community Participation in Public Health: Definitions and Conceptual Framework. *Ecological Public Health: From Vision to Practice*, p. 232-239.
- Chaudhury, N., & Hammer, J. S. (2004). Ghost doctors: Absenteeism in rural Bangladeshi health facilities. *The World Bank Economic Review*, 18(3): 423–441.

- Finkler, K. (2004). Biomedicine globalized and localized: Western medical practices in an outpatient clinic of a Mexican hospital. *Social Science and Medicine*, 59(10): 2037-2051.
- Gupta, A. (2012). *Red tape: Bureaucracy, structural violence, and poverty in India*. Durham: Duke University Press.
- Hasan, M. K. (2011). Power and Quality of Primary Health Care: Narratives from Rural Bangladesh (MSS Thesis). Auckland: University of Auckland.
- Hossain, N. (2010). Rude accountability: Informal pressures on frontline bureaucrats in Bangladesh. *Development and Change*, 41(5): 907–928.
- Hummel, R. P. (2008). *The bureaucratic experience: The post-modern challenge*. New York: M. E. Sharpe.
- Huque, R.; Ahmed, F.; King, R.; Walley, J.; Hicks, J. P.; Elsey, H.; Nasreen, S.; Kumar, A.; Newell, J. N (2016). *Public Health Action*, 6(2):77-82.
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: Institute of Medicine.
- Jamil, I. (2002). Administrative culture in Bangladesh: Tensions between tradition and modernity. *International Review of Sociology*, 12(1): 93–125.
- Kotalova, J. (1996). *Belonging to others: Cultural construction of womanhood in a village in Bangladesh*. Dhaka: The University Press Limited.
- Lohr, KN (ed) (1990). Medicare: A Strategy for Quality Assurance. Washington DC: National Academy Press.
- Maloney, C. (1988). *Behaviour and poverty in Bangladesh*. Dhaka: University Press.
- MOHFW (Ministry of Health and Family Welfare). (2011). *Operational plan: Community based health care*. Dhaka: Ministry of Health and Family Welfare, People's Republic of Bangladesh. Retrieved from <http://maternal-nutritionsouthasia.com/wp-content/uploads/National-Operational-Plan-Community-Based-Health-Care.pdf>.
- MOHFW (2015): Health Bulletin- 2015. Dhaka: Management Information System, Directorate General of Health Services.
- Moullin, M. (2002). What is quality in health and social care? In M. Moullin (Ed.), *Delivering excellence in health and social care* (pp. 5-35). Buckingham and Philadelphia: Open University Press.
- Nargis, M. (2012). *Health workforces in the community clinics of Bangladesh*. Dhaka: MOHFW.
- Novak, J. (1994). *Bangladesh: Reflections on the water*. Dhaka: UPL.
- Paul, B. K. (1999). National health care 'by-passing' in Bangladesh: A comparative study. *Social Science and Medicine*, 49(5): 679-689.
- Ratanavaraha, V., & Jomnonkwao, S. (2013). Community participation and behavioral changes of helmet use in Thailand. *Transport Policy*, 25:111-118.

- Smith, G. F. (1993). The meaning of quality. *Total Quality Management*, 4(3): 235-244.
- Shah, M.F. (2020). *Biomedicine, Healing and Modernity in Rural Bangladesh*. Singapore: Palgrave Macmillan.
- Sultana, A. (2011). Patriarchy and women's subordination: A theoretical analysis. *The Arts Faculty Journal*, 4:1-18.
- Weber, M. (1978). *Economy and society: An outline of interpretive sociology*. Berkeley: University of California.
- Wang, C.C. (2017). Chinese nursing students at Australian universities: a narrative inquiry into their motivation, learning experience, and future career planning. A PhD Thesis submitted at Edith Cowan University.
- Whittaker, M. (1999). Towards strategic quality management of health care. *Journal of Health Management*, 1(2): 215-248.
- Zaman, S. (2005). *Broken limbs, broken lives: Ethnography of a hospital ward in Bangladesh*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Zaman, S. (2006). Beds in a Bangladeshi hospital. *Medische Antropologie*, 18(1): 193-204.