পুরসভার স্বাস্থ্যকর্মীদের জন্য

শিক্ষণ উপকরণ

প্রজনন প্রণালীর সংক্রমন,
বয়ঃসন্ধিকালের স্বাস্থ্যচেতনা,
যৌনযোগ
এবং
জাতীয় স্বাস্থ্য প্রকল্প

UHIP / KMDA

উন্নয়ণ ভবন, 'জি' ব্লক, তৃতীয় তল
বিধাননগর, কলকাতা
জুলাই-২০০৩

বিষয়সূচী

১. এইড্‌স সহ যৌনরোগ/প্রজনন নালীর সংক্রমন *(RTIs)* - এর ব্যবস্থাপনার পথনির্দেশ

২. বয়ঃসন্ধিকালীন স্বাস্থ্যচেতনা ও যৌন শিক্ষা

৩. জাতীয় ম্যালেরিয়া দূরীকরণ প্রকল্প

৪. জাতীয় যক্ষা দূরীকরণ প্রকল্প

৫. জাতীয় কুষ্ঠ দূরীকরণ প্রকল্প

৬. জাতীয় অন্ধত্ব দূরীকরণ প্রকল্প

৭. জাতীয় ডাইরিয়া দূরীকরণ প্রকল্প

৮. বিদ্যালয় স্বাস্থ্য - প্রকল্প

কৃতজ্ঞতা স্বীকার ঃ—

১। আর জি কর মেডিক্যাল কলেজ ও হাসপাতাল স্ত্রী রোগ ও ধাত্রীবিদ্যা বিভাগ।

২। উত্তর ২৪পরগণা জেলা স্বাস্থ্য বিভাগ, পঃ বঙ্গ

মুখবন্ধ

কায়রো সম্মেলনে গৃহীত সংজ্ঞানুযায়ী 'প্রজননিক স্বাস্থ্যরক্ষা' (Reproductive Health Care) হলো—প্রজননিক স্বাস্থ্য সমস্যার প্রতিরোধ ও সমাধানের মাধ্যমে প্রজননিক স্বাস্থ্য ও সুস্থতা সৃষ্টিকারী সুবিন্যস্ত প্রনালী, প্রয়োগকৌশল ও পরিষেবার সমাহার। বিশ্বস্বাস্থ্য সংঘ (WHO) - এর মতানুযায়ী, 'প্রজননিক স্বাস্থ্য'(Reproductive Health) হলো - প্রজননক্ষেত্রে দৈহিক, মানসিক ও সামাজিক সম্পূর্ণ সুস্থতা ও কল্যান। 'প্রজননিক স্বাস্থ্যরক্ষা পরিষেবার অন্তর্গত উপাদানগুলি হলো - (১) পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবা, (২) নিরাপদ গর্ভপাত পরিষেবা (MTP), (৩) যৌনস্বাস্থ্য ও যৌনশিক্ষা,(৪) বয়ঃসন্ধিকালীন/প্রাকযৌবন স্বাস্থ্যরক্ষা, (৫) যৌনরোগ ও এইডস্ সহ প্রজননননালীর সংক্রমণ নিরসন, (৬) শিশু উজ্জীবন পরিষেবা, (৭) নিরাপদ মাতৃত্ব পরিষেবা , (৮) বন্ধ্যাত্বমোচন পরিষেবা, (৯) স্তন ও প্রজননননালীর ক্যানসার নির্ণয় ও (১০) উচ্চতর স্তরে চিকিৎসার নিমিত্ত প্রেরণ পরিষেবা ইত্যাদি। এই শিক্ষন উপকরণে এইড্সহ যৌনরোগ/প্রজনন নালীর সংক্রমণ-এর ব্যবস্থাপনা, বয়ঃসন্ধিকালে স্বাস্থ্যচেতনা ও যৌন শিক্ষা সহ বিভিন্ন জাতীয় স্বাস্থ্য প্রকল্প যেমন, জাতীয় ম্যালেরিয়া দূরীকরণ, জাতীয় কুষ্ঠ নিবারণ, জাতীয় যক্ষা নিয়ন্ত্রণ ইত্যাদি সম্পর্কেও আলোচনা করা হয়েছে।

চিকিৎসার দৃষ্টিভঙ্গি

(১) **রোগের লক্ষণ বা উপসর্গ অনুযায়ী অগ্রসর হওয়া**— প্রজননতালীর সংক্রমণ/ যৌনরোগের চিকিৎসার ক্ষেত্রে রোগের লক্ষন অনুযায়ী অগ্রসর হওয়া যেতে পারে। উপস্বাস্থ্য-কেন্দ্র ও প্রাথমিক স্বাস্থ্য-কেন্দ্র স্তরে এইভাবে চিকিৎসা করা সম্ভব। সহজে চিহ্নিত করা যায় এমন উপসর্গ, চিহ্ন বা লক্ষণগুলি ভিত্তিতে বাছাই বা রোগ নিরূপন এবং রোগ সৃষ্টিকারী অধিকাংশ জীবানুর চিকিৎসা করা সম্ভব।

(২) **সাধারণ চিহ্ন, উপসর্গ ও লক্ষণ-সমূহ**— মহিলাদের প্রজননতালীর সংক্রমণ/ যৌনরোগের উপসর্গগুলি সাধারণত সংক্রামিত ব্যক্তির সঙ্গে যৌনসংগমের ২-৩ দিন পর এমনকি কয়েক মাস বা বছর পর দেখা দিতে পারে। সব সময় মনে রাখা দরকার যে প্রজননতালীর সংক্রমণ (RTI) প্রায়শঃই মহিলাদের মধ্যে অপ্রকাশিত বা উপসর্গহীন থাকে, চিহ্ন ও উপসর্গগুলি কখনও কখনও এতই মৃদু বা সামান্য থাকে যে তারা সাধারনতঃ উপেক্ষিত থাকে।

২.১ প্রজননতালীর সংক্রমণের সঙ্গে সম্পর্কিত চিহ্ন ও উপসর্গসমূহ ঃ

মহিলাদের ক্ষেত্রে	পুরুষদের ক্ষেত্রে
(ক) সুপ্ত বা উপসর্গ বিহীন	সংক্রামিত সঙ্গীর সাথে যৌনসংগমের পর সাধারণত ২-৩দিনের বা দু-সপ্তাহ বা কয়েক মাসের মধ্যে দেখা যেতে পারে।
(খ) অতিরিক্ত যোনিস্রাব বা স্বাভাবিক ক্ষেত্র থেকে (পরিমান, বর্ণ ও গন্ধ) ভিন্ন প্রকৃতির হয়।	(ক) লিঙ্গ (penis) থেকে নির্গত পুজ বা ক্ষরণ।
(গ) প্রস্রাবের সময় ব্যথা বা জ্বালাভাব।	(খ) মূত্রত্যাগকালে জ্বালাভাব বা যন্ত্রনা।
(ঘ) যোনিপথের ভেতরে বা নিকটে চুলকানি বা অস্বস্তি।	(গ) লিঙ্গের ওপর বা কাছে বেদনাযুক্ত বা বেদনাহীন ক্ষত বা ঘা, ফোস্কা বা আঁচিল।
(ঙ) জননাঙ্গের ওপর বা কাছে বেদনাবহুল বা বেদনাবিহীন ক্ষত বা ঘা, ফোস্কা, আঁচিল।	(ঘ) কুঁচকি ফুলে যাওয়া।
(চ) তলপেটের একদিকে বা দুদিকেই যন্ত্রনা।	(ঙ) একটি বা উভয় অন্ডকোষ (testis)-এ যন্ত্রনা,epididymitis -এ ব্যথা।
(ছ) অনিয়মিত মাসিক রজস্রাব।	(চ) করতল বা পদতলে, এমনকি সমস্ত শরীরে ফুসকুঁড়ি (rash)।
(জ) যৌনসংগমকালে ব্যথা বা রক্তপাত।	
(ঝ) শুধু হাতের চেটোয়(palms), পায়ের তলায়(soles) বা সমস্ত শরীরে ফুসকুঁড়ি (Rash)।	
(ঞ) একদিকের বা দুদিকের কুঁচকির স্ফীতি (Buboes)।	

২.২ প্রজননতালীর সংক্রমনের লক্ষণসমূহ (Syndromes)

উপসর্গ ও চিহ্নগুলিকে সহজে চেনা যায় এমন কতকগুলি ক্ষুদ্রতর তালিকাতে গোষ্ঠীভুক্ত করতে পারা যায়।

মহিলাদের মধ্যে—

(ক) যোনিস্রাব।

(খ) তলপেটে ব্যাথা।

(গ) জননাঙ্গে ব্যাথা ক্ষত।

(ঘ) কুঁচকিতে স্ফীতি বা ফুলে ওঠা (Bubo)।

পুরুষদের মধ্যে —

(ক) মূত্রনলীর ক্ষরণ

(খ) শুক্রথলীর স্ফীতি বা ব্যথা।

(গ) জননাঙ্গের ঘা বা ক্ষত।

(ঘ) কুঁচকির স্ফীতি বা ফুলে ওঠা।

(৩) প্রজননতালীর সংক্রমনের (RTIs) বাছাই (SCREENING)

কোন কোন ক্ষেত্রে, বিশেষ করে মহিলাদের, রোগের কোনো উপসর্গ থাকে না এবং সংক্রমণের উপস্থিতির সম্বন্ধে অল্প কোন সন্দেহই থাকে না। অন্যদের উপসর্গ থাকে ও পরীক্ষার জন্য রোগী নিজে থেকে আসে। উপসর্গ থাক বা না থাক প্রজননতালীর সংক্রমণযুক্ত ব্যক্তিদের সঠিকভাবে সনাক্তকরণ করা জরুরী। এর মধ্যে সর্বোত্তম পন্থা হল প্রজননালীর সংক্রমণ সম্পর্কিত অভিযোগ যুক্ত সমস্ত রোগীর যৌনাঙ্গের বিশদ পরীক্ষা করা। যারা প্রজননতালীর সংক্রমণের বাছাই প্রশ্নমালার (Screening questions) যে কোনো একটি প্রশ্নের উত্তরে "হ্যাঁ" বলবে তাদের জন্যে নিচে বর্ণিত উপায়ে আরো মূল্যায়ণ করা উচিত।

(৩.১) ইতিহাস—

ইতিহাস নেবার সময় ঃ-

(ক) রোগী (Client) কে আশ্বস্ত করুন যে চরম গোপনীয়তা বজায় রাখা হবে।

(খ) খুঁজে বার করুন কোন উপসর্গ বা চিহ্নের জন্য রোগী এসেছে।

(গ) ঝুকি নির্ধারণ(Risk assessment) করুণ (নীচে দেখুন)

(ঘ) ওষুধে অ্যালার্জি, সাম্প্রতিক ওষুধ খাওয়া ও ব্যবহৃত গর্ভনিরোধক সম্বন্ধে তথ্য সংগ্রহ করুন।

ঝুঁকি নির্ধারণ (Risk Assessment)

যৌন রোগের চিহ্ন বা উপসর্গের অনুপস্থিতিতে মক্কেলের ব্যবস্থাপনার জন্য ঝুঁকি-নির্ধারণ বিশেষভাবে প্রয়োজনীয়।

(ক) বিগত ২-৩ মাসের মধ্যে যৌনরোগগ্রস্থ কোন ব্যক্তির সঙ্গে যৌন সংসর্গ হয়েছে কি?

(খ) মক্কেল বা তার সঙ্গী কি কোনো উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ জীবিকায় নিযুক্ত (যেমন যৌনকর্মী, কার্পেট কারখানার কর্মী, চালক(driver), পুলিশকর্মী সামরিক বাহিনীর কর্মী ইত্যাদি)।

(গ) বিগত দু'মাসে অন্য কোন ব্যক্তির সাতে যৌন সংসর্গ হয়েছে কি?

(ঘ) বিগত দু'মাসে তার সঙ্গী অন্য কোন ব্যক্তির সাথে যৌনসঙ্গম করেছেন বলে সন্দেহ হয় কি?

প্রজননানালীর সংক্রমণের ব্যবস্থাপণা

রোগের লক্ষনানুযায়ী ব্যবস্থাপণা ঃ—

রোগীদের উপস্থাপিত উপসর্গ ও লক্ষণ-এর ওপর ভিত্তি করে এখানে রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসার পদ্ধতি বর্ণনা করা হয়েছে। এই লক্ষনানুযায়ী দৃষ্টিভঙ্গিতে (Syndromic Approach) প্রথম সাক্ষাতের সময়েই রোগীদের কার্যকরী চিকিৎসা করা যাবে।

সঠিক রোগের তালিকা -প্রবাহ (Flow-chart) অনুসরণ করুণ ও সুপারিশকৃত চিকিৎসা সম্পূর্ণ করুন। এই নির্দেশিকায় আপনি কিছু সুপারিশকৃত ওষুধের বিকল্প ওষুধের নাম ও পাবেন। যেমন- কোনো রোগের লক্ষনের চিকিৎসার অঙ্গ হিসাবে Doxycycline - এর সুপারিশ করা হয়েছে, বিকল্প হিসেবে Tetracycline ও Erythromycin - এর প্রস্তাব করা হয়েছে। সবসময় সুপারিশকৃত ওষুধ (যেমন Doxycycline) দিন, এটি-ই এই রোগলক্ষনের সর্বাধিক কার্যকরী ওষুধ। শুধুমাত্র এটি পাওয়া না গেলে বা দেওয়া না গেলে তবেই বিকল্প ওষুধগুলির একটি দেওয়া উচিত (যেমন-Tetracycline ও Erythromycin)।

এটাও গুরুত্বপূর্ণ যে, কোনো রোগলক্ষনের জন্য নির্দিষ্ট ব্যবস্থাপত্রে একাধিক ওষুধ থাকলে ব্যবস্থাপত্রের নির্দেশানুসারে ঠিক ঠিক ভাবে প্রতিটি ওষুধই খেতে হবে। এই নির্দেশিকায় বা বই (mannual) এর সুপারিশকৃত ওষুধ ও মাত্রা ব্যবহার করবেন না। মনে রাখবেন চিকিৎসা কার্যকরী না হলে আপনার মক্কেল বা রোগী আস্থা হারাতে পারে। চিকিৎসা অসম্পূর্ণ অবস্থায় বন্ধ করতে পারে। এরফলে সংক্রমণ ছড়ানো এবং ওষুধ- নিষ্ক্রিয়তা (Drug Resistance) বাড়ে। এই কারনেই, আপনার মক্কেলের সঠিকভাবে নির্দেশ পালন ও পূর্ণ চিকিৎসা জরুরী।

প্রজননানালীর সংক্রমণ/যৌনরোগের চিকিৎসাগত বৈশিষ্ট্যগুলি (চিহ্ন ও উপসর্গ) পরিশিষ্ট-'ক'-এ সারসংক্ষেপ করা হলো।

তালিকা প্রবাহ-১
(Flow chart-1)

যোনি-স্রাব

মক্কেলের অস্বাভাবিক যোনিস্রাব

ইতিহাস নিন ও পরীক্ষা করুন

ঝুঁকি নির্ধারণ করুণ
(Risk Assessment)

ঝুঁকি নির্ধারণ কি সদর্থক (positive)
অথবা
যৌনিস্রাব কি পুঁজ যুক্ত?

হ্যাঁ

যোনি-প্রদাহ ও সার্ভিক্সের প্রদাহের জন্য চিকিৎসা করুণ।

-এ সম্পর্কে শিক্ষা দিন

-নিরোধ বা কন্ডোম(condom) দিন

-সঙ্গীর ব্যবস্থা নিন

-উপসর্গ প্রশমিত না হলে মক্কেলকে আবার আসতে বলুন

-চিকিৎসার সাড়া না পাওয়া গেলে পাঠিয়ে দিন।

না

যোনি-প্রদাহের চিকিৎসা করুন

- এ সম্পর্কে শিক্ষা দিন

-উপসর্গ প্রশমিত না হলে মক্কেলকে আবার আসতে বলুন

-চিকিৎসায় কোনো সাড়া না পাওয়া গেলে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে পাঠিয়ে দিন।

কিশোরীদের জন্য স্বাস্থ্য সচেতনতা ও পরিষেবা

বজবজ পৌরসভা

সহায়তায় - কে. ইউ. এস. পি.

প্রাক প্রশিক্ষণ মূল্যায়ন পত্র

মোট নম্বর ঃ ১০ তারিখ ঃ

ক্রমিক সংখ্যা	প্রশ্ন	সঠিক হলে (√) এবং ভুল হলে (X) চিহ্ন দিন	প্রশ্নের মান
১।	কিশোরীদের মধ্যে নানারকম শারিরীক ও মানসিক পরিবর্তন লক্ষ্য করা যায়		১
২।	১৮ বছর বয়সের আগেই মেয়েদের বিয়ে দেওয়া উচিৎ		১
৩।	ক্রমাগত সাদাস্রাব শরীরের ও স্বাস্থ্যের পক্ষে অত্যন্ত ক্ষতিকর		১
৪।	২০ বছরের বয়সের আগে সন্তান হওয়া উচিৎ নয়		১
৫।	গর্ভপাত করাতে হলে তিন মাসের মধ্যে করাই শ্রেয়		১
৬।	অবাধ যৌন মিলনে এইড্‌স হতে পারে		১
৭।	যৌন রোগ কেবল পুরুষদের রোগ		১
৮।	বালক বা কিশোরদের সঙ্গে কোন প্রকার যৌন সম্পর্কীয় আলোচনা করা ঠিক নয়		১
৯।	দম্পতির সন্তান না হওয়ার জন্য স্ত্রী দায়ী		১
১০।	এইড্‌স এর কোন প্রতিরোধক টীকা নেই, তাই ইহার প্রতিরোধ সম্ভব নয়		১

নাম ঃ .....

ঠিকানা ঃ .....

.....

.....

.....

কিশোরীদের জন্য ~~স্বাস্থ্য~~ মাতৃত্ব ও পরিবেশ

মূল্যায়ন পত্র

(প্রাক প্রশিক্ষণ / ~~প্রশিক্ষণোত্তর~~)

~~অবিবাহিত (১৫ থেকে ১৯ বছর বয়সী)~~ কিশোরীদের জন্যে

__________________ পৌরসভা

সহায়তায়: সে. ইউ. এস. বি.

নাম:

~~রেজিস্ট্রেশন নং~~ – ________ ক্লাস নং – ________ তারিখ –

~~মোট নম্বর – ১০~~

সঠিক বা ভুল চিহ্ন দিন

সঠিক হলে ☑ এবং ভুল হলে ☒ এই চিহ্ন দিন।

১। কিশোরীদের সঙ্গে যৌন-স্বাস্থ্য সম্পর্কে কোন আলোচনা করা উচিত নয় ——→ ☐

২। কিশোরীদের মধ্যে নানারকম শারীরিক ও মানসিক পরিবর্তন লক্ষ্য করা যায় ——→ ☐

৩। ১৮ বছর বয়সের আগেই মেয়েদের বিয়ে দেওয়া উচিত ——→ ☐

৪। মাদকজাত দ্রব্য শরীরের ও স্বাস্থ্যের পক্ষে অত্যন্ত ক্ষতিকর ——→ ☐

৫। ২০ বছরের বয়সের আগে সন্তান হওয়া উচিত নয় ——→ ☐

৬। স্বাভাবিক ক্ষেত্রে পুরুষদের সঙ্গে শারীরিক সম্পর্ক ছাড়া গর্ভধারণ সম্ভব নয় ——→ ☐

৭। গর্ভপাত করাতে হলে তিনমাসের মধ্যে করাই শ্রেয় ——→ ☐

৮। অবাধ যৌনমিলনে এডস হতে পারে ——→ ☐

৯। গর্ভ-নিরোধ করা সম্ভব ——→ ☐

১০। যৌনরোগ কেবল পুরুষদের রোগ ——→ ☐

৩০ সেপ্ট

মূল্যায়ন পত্র

প্রাক প্রশিক্ষণ / প্রশিক্ষণোত্তর

বিবাহিতাদের জন্য

_____ পৌরসভা

নাম _____

রেজিস্ট্রেশন নং _____ ব্যাচ নং _____ তারিখ _____

সঠিক কিংবা ভুল বলুন

সঠিক ☑ এবং ভুল হলে ☒ চিহ্ন দিন

১। বিয়ের সঠিক বয়স ১৮ বছর ——→ ☐

২। ১৮ বছর বয়স সন্তানধারনের পক্ষে সঠিক ——→ ☐

৩। গর্ভধারনের ১২ সপ্তাহের মধ্যে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে বা হাসপাতালে নাম লেখানো উচিত ——→ ☐

৪। গর্ভপাত করালে তিন মাসের মধ্যে করাই শ্রেয় ——→ ☐

৫। প্রথম ও দ্বিতীয় সন্তানের মধ্যে বয়সের ব্যবধান ২ বছর হওয়া উচিত ——→ ☐

৬। অপারেশন করালে পুরুষদের শারীরিক ক্ষমতা কমে যায় ——→ ☐

৭। সন্তান না হওয়ার জন্যে মেয়েরাই দায়ী ——→ ☐

৮। যৌন রোগ কেবলমাত্র পুরুষদেরই হয় ——→ ☐

৯। জন্ম নিয়ন্ত্রনের জন্য আপনি কোন কোন পদ্ধতি ব্যবহার করেন ——→ ☐ পিল ☐ নিরোধ ☐ কপার টি

মূল্যায়ন পত্র

প্রাক প্রশিক্ষণ / প্রশিক্ষণোত্তর

কিশোরদের জন্য

______________ পৌরসভা

নাম ______________________

রেজিস্ট্রেশন নং ____________ ব্যাচ নং __________ তারিখ ____________

সঠিক না ভুল চিহ্ন দিন

সঠিক হলে ☑ এবং ভুল হলে ☒ এই চিহ্ন দিন।

১। বালক বা কিশোরদের সঙ্গে কোন প্রকার যৌন সম্পর্কীয় আলোচনা করা ঠিক নয়। ——→ ☐

২। বয়ঃসন্ধিক্ষণে কিশোরদের কিছু শারীরিক ও মানসিক পরিবর্তন হয়। ——→ ☐

৩। বয়ঃসন্ধিক্ষণে কিশোরদের দাড়ি গোঁফ গজানোর জন্য ভিটামিন বড়ি খাওয়া প্রয়োজন ——→ ☐

৪। বয়ঃসন্ধিক্ষণে কিশোররা কিশোরীদের প্রতি আকৃষ্ট হয় ——→ ☐

৫। যৌন রোগ কি ও কেন হয় কিশোরদের তা জানা উচিত ——→ ☐

৬। অবাধ যৌন মিলনে অনেক রোগ হতে পারে ——→ ☐

৭। ছেলেদের ২১ বছরের আগে বিয়ে করা উচিত ——→ ☐

৮। নিরোধ ছেলেরা ব্যবহার করে ——→ ☐

৯। ঘুমালে শরীর ভালো থাকে ——→ ☐

১০। যৌনরোগ কেবলমাত্র পুরুষদের হয় ——→ ☐

প্রাক-প্রশিক্ষণ ও প্রশিক্ষণ-উত্তর
মূল্যায়ন-পত্র।

------------ যোগ্যতা।

নাম-

সঠিক হলে ✓ এবং ভুল হলে ✗ এই চিহ্ন দিন।

১। কিশোর-কিশোরীদের সাথে যৌন-স্বাস্থ্য-বিষয়ক আলোচনা করা উচিত নয়। ☐

২। ২০ বছর বয়সের আগে মেয়েদের গর্ভ-ধারণ ক্ষতিকর। ☐

৩। দুটি সন্তানের পিতা বা মাতার স্থায়ী গর্ভ-নিরোধক ব্যবস্থা গ্রহণ করা উচিত। ☐

৪। মেয়েদের সাদা স্রাব একটি যৌন রোগ। ☐

৫। গর্ভ নিরোধক বড়ি খেলে মোটা হয়ে যায়। ☐

৬। বেশী দিন কপার-টি থাকলে জরায়ুতে ক্যানসার হতে পারে। ☐

৭। হাসপাতালে ডেলিভারি হলে মাতৃ-মৃত্যু কমবে, কিন্তু শিশু-মৃত্যুর ক্ষেত্রে এর তেমন কোন প্রভাব নেই। ☐

৮। স্বাভাবিক পূর্ণ গর্ভ অবস্থা হচ্ছে ১০ মাস ১০ দিন। ☐

৯। দম্পতির সন্তান না হওয়ার জন্য স্ত্রী-ই দায়ী। ☐

১০। AIDS এর কোন প্রতিষেধক টীকা নেই, তাই ইহার প্রতিরোধ সম্ভব নয়। ☐

List for distribution of Family Schedule to 63 Non-KMA ULBs

District	Sl. No.	Name of ULBs	Required No. of Family Schedule
Bankura	1	Sonamukhi	2400
Birbhum	2	Dubrajpur	2900
	3	Nalhati	3000
	4	Rampurhat	4400
	5	Sainthia	3400
Burdwan	6	Dainhat	2100
	7	Gushkara	2900
	8	Jamuria	10900
	9	Katwa	6100
	10	Kulti	24200
	11	Memari	3200
	12	Raniganj	10500
Cooch Behar	13	Dinhata	400
	14	Haldibari	1300
	15	Mathabhanga	2000
	16	Mekhliganj	1200
	17	Tufanganj	1800
Dakshin Dinajpur	18	Gangarampur	4700
Darjeeling	19	Kalimpong (Hindi)	3800
	20	Kurseong (Hindi)	3600
	21	Mirik (Nepali + Hindi)	900
Hooghly	22	Arambag	4900
	23	Tarakeshwar	2600
Jalpaiguri	24	Dhupguri	3400
	25	Mal	2200
Malda	26	Old Malda	5300
Medinipur (East)	27	Contai	6700
	28	Egra	2300
	29	Haldia	14400
	30	Panskura	4400
	31	Tamluk	4100
Medinipur (West)	32	Chandrakona	1900
	33	Ghatal	4500
	34	Jhargram	4700
	35	Kharar	1700
	36	Khirpai	1400
	37	Ramjibanpur	1700

আই. পি. পি.-৮ সম্প্রসারণ)

(কিশোরী মেয়েদের ও অল্পবয়সী মায়েদের প্রজজনীন্ স্বাস্থ্য শিক্ষা)

চেক লিস্ট

(সঠিক উত্তর লিখুন / ✓ চিহ্ন দিন) [প্রাক প্রশিক্ষণ পর্ব] [প্রশিক্ষনোত্তর পর্ব]

১. প্রজননীন স্বাস্থ্য হচ্ছে :

ক) ..... অঙ্গ প্রত্যঙ্গ ও

খ) ..... সুস্থ আচরণ বিধি - সম্বন্ধে জানা

২. প্রজননীন সংক্রান্ত সাধারণ ব্যাপারগুলি কিশোরীদের জানানোর দায়িত্ব কার? :

পরিবারের ..... সদস্যদের।

৩. প্রজননীন স্বাস্থ্য শিক্ষার উপকারিতা কি?

ক) ..... থেকে নিজেকে মুক্ত রাখা

খ) ..... থেকে নিজেকে রক্ষা করা।

৪ ২০ বছরের আগে গর্ভধারণ কেন ক্ষতিকর :

ক) শারীরিক ১) ..... ২) .....

খ) মানসিক ..... গ) নবজাতকের পক্ষে .....

৫ বার বার গর্ভধারণ কেন ক্ষতি-কর?

ক) নিজের ..... খ) পরিবারের .....

গ) সমাজের ..... ঘ) শিশুর .....

৬ গর্ভধারণের আদর্শ বয়স কত? ..... হইতে ..... বৎসর

৭ প্রাক প্রসব চেক-আপের উপকারিতা কি?

ক) ..... খ) .....

গ) ..... ঘ) .....

৮ হেল্থ সেন্টার বা হাসপাতালে প্রসবের উপকারিতা কি? .....

৯ একজন গর্ভবতী মায়ের রক্তস্রাব হচ্ছে কোথায় পাঠাবেন? .....

১০ কপার-টি পরার ..... সময় কখন ? : যে কোন সময় / প্রসবের পরেই / মাসিকের পরেই

১১. ঝুকিসম্পন্ন মায়ের ৩ টি লক্ষণ লিখুন :

ক) ..... খ) .....

গ) ..... ঘ) .....

১২. এদের আলাদা করে চিহ্নিত করা হয় কেন? :

ক) ..... খ) .....

গ) ..... ঘ) .....

১৩ স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রন পদ্ধতি কোন দম্পতির জন্য প্রয়োজন : একটি / দুইটি / দুইটির বেশী জীবিত সন্তান আছে।

১৪ কিশোরী মেয়ের বয়স কত : ..... হইতে ..... বৎসর

১৫ কিশোরী মেয়ের কয়েকটি মানসিক পরিবর্তনের বিষয় উল্লেখ করুন

ক) ..... খ) .....

১৬ এজন্য এসময়ে পরিবারের বয়স্ক সদস্যদের কর্তব্য কি ?

ক) ..... খ) .....

১৭ মেয়েদের সাদা স্রাব ও স্ফুলনের কয়েকটি কারণ লিখুন :

ক) ..... খ) .....

গ) ..... ঘ) .....

১৮ জননেন্দ্রীয়ের ও যৌন ব্যাধির কয়েকটি লক্ষণ লিখুন :

ক) ..... খ) .....

গ) ..... ঘ) .....

ঙ) ..... চ) .....

১৯ একটি মেয়ে একদিন ওরাল পিল খেতে ভুলে গেছেন, তিনি কি করবেন :

.....

20 একটি মেয়ে পর পর দুইদিন ওরাল পিল খেতে ভুলে গেছেন, তিনি কি করবেন :

.....

21 একটি মেয়ে পর পর তিনদিন ওরাল পিল খেতে ভুলে গেছেন, তিনি কি করবেন :

.....

22 একটি মেয়ে একপাত্র পিল (২৮ টি) শেষ করেছেন কিন্তু মাসিক হয়নি, তিনি কি করবেন :

.....

23 একটি মেয়ে পর পর ২ পাত্র পিল (৫৬ টি) শেষ করেছেন কিন্তু মাসিক হয়নি, তিনি কি করবেন :

.....

24 পিল খেলে কি মোটা হয়ে যায় : হ্যাঁ / না

25 কপার-টি পরলে কি ক্যানসার হতে পারে : হ্যাঁ / না

26 ভ্যাসেক্টমী করলে কি পুরুষের– শারীরিক শক্তি কমে যায় : হ্যাঁ / না

27 ভ্যাসেক্টমী করলে কি পুরুষের– যৌন শক্তি কমে যায় : হ্যাঁ / না

28 কন্যা সন্তান জন্মের জন্য সম্পূর্ণরূপে দায়ী – ভাগ্য / মা / বাবা

প্রাশিক্ষনোত্তর পর্ব

১) এই শিক্ষার বিষয় বস্তু অশ্লীল - হ্যাঁ / না

২) এই শিক্ষার ভাষা আপত্তি কর - হ্যাঁ / না

৩) বিবাহিতা মেয়েরা এসব জানেন - হ্যাঁ / না

৪) এসব আগেও আমরা জানতাম - না / কিছুটা / সবটাই

৫) এই শিক্ষার প্রয়োজন - আছে / নেই

৬) এই বিষয় গুলো আমরা আমাদের কিশোরী বন্ধুদের ও আত্মীয়াদের আলোচনার মাধ্যমে জানাবো - হ্যাঁ / না

৭) গর্ভবতী মা কোনরূপ নেশার জিনিষ খেলে অথবা চিকিৎসকের বিনা পরামর্শে নিজে নিজে ঔষধ খেলে কি পঙ্গু বা মৃত সন্তান জন্মাতে পারে - হ্যাঁ / না

রোগ নিরূপনের সংকেত সমূহ

(১) স্বাভাবিক যোনিস্রাব—

(ক) যোনিস্রাবের উপস্থিতি মাত্রই জননালীর সংক্রমণের উপস্থিতির ইঙ্গিত নয়।

(খ) জরায়ুর স্বাভাবিক ক্ষরণ ও যোনিস্রাব পরিস্কার ও সাদা এবং বিভিন্ন পরিমানে থাকে— স্বাভাবিক যোনি ও জরায়ু বা সার্ভিক্স থেকে ক্ষরিত হয়।

(গ) গর্ভনিরোধ বড়ি (oral pills) এবং অর্ন্তজরায়ু ব্যবস্থা (IUD) ব্যবহারকারিনী মহিলাদের ক্ষেত্রে স্বাভাবিক যোনিস্রাবের পরিমান বৃদ্ধি পায়।

(২) অস্বাভাবিক যোনিস্রাব (প্রজননালীর সংক্রমণ এর আশঙ্কা)—

(ক) যদি যোনিস্রাবের পরিমান, গঠন, বর্ণ ও গন্ধের পরিবর্তন ঘটে তবে তা সাধারণতঃ প্রজননালীর সংক্রমণ নির্দেশ করে।

(খ) অস্বাভাবিক যোনিস্রাবের সঙ্গে সাধারণত নিচের অভিযোগ গুলি থাকে ঃ—

- যোনিমুখে জ্বালা ও চুলকানি (যোনিমুখের প্রদাহ বা Vulvitis)
- মূত্রত্যাগকালে বহির্জ্বলন বা অন্তর্জ্বলন।
- তলপেটে ব্যাথা।
- অনিয়মিত ঋতু (মাসিক)।
- যৌন সংগমে ব্যথা বা যন্ত্রনা।

(গ) অস্বাভাবিক যোনিস্রাব যে কারনে হতে পারে ঃ—

- যোনি-সংক্রমণ বা যোনি-প্রদাহ (Vaginitis)।
- সার্ভিকেসর সংক্রমণ বা প্রদাহ (Cervicitis)।
- যোনি ও সার্ভিকেসর সংক্রমণ বা প্রদাহ এক সঙ্গে থাকতে পারে।

(ঘ) সার্ভিকেসর প্রদাহ(Cervicitis) আরো মারাত্মক অবস্থা, কারণ চিকিৎসা না করালে পরিনামে হতে পারে ঃ—

- পেলভ্রিসে প্রদাহ জনিত রোগ (Pelvic Inflammatory Disease)।
- জরায়ু-বর্হিঃভূত বা অস্থানিক গর্ভসঞ্চার (Ectopic Pregnancy)।
- বন্ধ্যাত্ব বা সন্তানহীনতা।
- অন্তঃসত্ত্বা অবস্থায় জটিলতা।
- নবজাতকের সংক্রমণ।

(ঙ) মেয়েদের যোনিস্রাবের ইতিহাস থাকলে ও যদি পরীক্ষাকালে কোনো স্রাব দেখা না যায়, সেক্ষেত্রে উপসর্গ প্রশমিত না হলে ৭ দিনের মধ্যে আবার পরীক্ষা করা উচিত।

বিশেষ সাবধানতা ঃ— যোনি-স্রাব পুঁজযুক্ত হলে বা দুর্গন্ধ থাকলে স্বাস্থ্যকর্মীদের সতর্ক হওয়া উচিত এবং এই রোগীর পর্যাপ্ত চিকিৎসার জন্য স্বাস্থ্যকেন্দ্রে চিকিৎসকের কাছে পাঠানো উচিত।

—ঃ চিকিৎসা ঃ—

(১) যোনির প্রদাহ (Vaginitis)

Clotrimazol (200 mg.) Vaginal pessary পরপর ৩ রাত্রির জন্য বা,

Clotrimazol (100mg.)Vaginal pessary পরপর ৬ রাত্রির জন্য যোনীর ভিতরে ব্যবহার করতে হবে

+

Tab. Metronidazol (400 mg.) বা Tab. Tinidazole (300 mg.) দিনে ৩ বার করে পর পর ৫ দিন খেতে হবে।

(গর্ভবস্থায় প্রথম তিন মাস (First trimester)- এ শুধুমাত্র clotrimazole 100 mg Vagianal pessary পর পর ৭ রাত্রি যোনির ভিতরে ব্যবহার করতে হবে।

(২) সার্ভিকস এবং যোনির প্রদাহ (Cervicitis ও Vaginitis)

Tab. Ciprofloxacin, 500 mg একবার মাত্র খাওয়াতে হবে (Single Dose)

(গর্ভাবস্থায় এবং ১৪ বছর বয়স পর্যন্ত বাচ্চাদের দেওয়া যাবে না।)

+

Doxycycline 100 mg দিনে ২ বার করে পর পর ৭ দিন,

বা

Tetracycline 500 mg, দিনে ৪ বার করে পর পর ৭ দিন, বা

Erythormycin 500 mg, দিনে ৪ বার করে পর পর ৭ দিন খেতে হবে,

+

Clotrimazole 200 mg Vaginal pessary পর পর ৬ রাত্রি ব্যবহার করতে হবে।

+

Metronidazole বা Tinidazole 500 mg, দিনে ২ বার করে পর পর ৭ দিন দিতে হবে।

(অন্তঃসত্ত্বা অবস্থায় প্রথম তিন মাস (First tramester)-এ শুধু Clotrimazole 100 mg Vaginal pessary পর পর ৭ রাত্রি যোনির ভিতরে ঢুকিয়ে রাখতে হবে)।

জননাঙ্গের ঘা (Genial Ulcers)

তালিকা প্রবাহ - **(Flow-Chart)-2**

জননাঙ্গের ঘা
(Genial Ulcers)

মক্কেলের জননাঙ্গে ঘা বা ক্ষত -এর অভিযোগ

ইতিহাস নিন ও পরীক্ষা করুন

ফোস্কা বা ফুসকুড়ির মতো ক্ষত আছে?

বা

ফুসকুড়ির মতো ক্ষত প্রায়ই পুনরাবির্ভাব ঘটে?

হ্যাঁ	না
পোড়া-নারাঙ্গা বা Herpes এর চিকিৎসা - এ সম্পর্কে শিক্ষা প্রদান -কন্ডোম বা নিরোধ দিন - ৭ দিনের মধ্যে রোগের উন্নতি না ঘটলে চিকিৎসার জন্য আবার আসতে বলুন।	Chancroid বা Syphilis (উপদংশ) এর জন্য স্বাস্থ্যকেন্দ্রে পাঠান। - এ সম্পর্কে শিক্ষা দিন।

রোগনিরূপনের সংকেত ঃ—

যৌনাঙ্গে ঘা জনিত রোগের তিনটি প্রধান কারণ হলো ঃ—

- যৌনাঙ্গে পোড়া নারাঙ্গার বা Herpes,
- Chancroid
- উপদ্যংশ (Syphilis)

জননাঙ্গে পোড়া নারাঙ্গা (**Genital Herpes**) ঃ— একটি ভাইরাসঘটিত রোগ। এতে চামড়ায় ফুসকুড়ির মত ক্ষত দেখা যায়, ক্ষতগুলি বেদনাবহুল। ক্ষতগুলি সহজে সারে না এবং এর পুনরার্বিভাব ঘটে। প্রায়ই চাপের মধ্যে (by stress) প্রকাশ পায়। চিকিৎসা শুধুমাত্র উপসর্গ ভিত্তিক।

উপদ্যংশ বা (**Syphilis**) ঃ— চিকিৎসায় বা চিকিৎসা ছাড়াই syphilis এর প্রথমাবস্থার উপসর্গ ও চিহ্নগুলি চলে যায় এবং সংক্রমণের একমাত্র প্রমান হল সদর্থক রক্তপরীক্ষা। যাইহোক কার্যকরী চিকিৎসা ছাড়া রোগটি সারে না এবং syphilis অন্তিম অবস্থায় পৌছায় (Neuro-syphilis, cardiovascular syphilis), মৃত্যুও ঘটে। অন্তসত্ত্বাঃ অবস্থায়, মায়ের সিফিলিসের চিকিৎসা না করালে পরিণামে মৃত শিশু প্রসব (still birth) অপরিণত প্রসব এবং শিশুর জন্মগতভাবে সিফিলিস্ হতে পারে।

মনে রাখা গুরুত্বপূর্ণ যে ঃ—

— যৌনাঙ্গের ক্ষতজনিত রোগগুলির মধ্যে সিফিলিস্ এবং Chancroid এর চিকিৎসার ফল সর্বাপেক্ষা আশাপ্রদ ও নিরাময়যোগ্য।

— প্রায়শঃই Chancroid এবং syphilis এর সংক্রমণ একইসাথে গটে।

— সিফিলিস এবং chancroid সঠিক এবং পৃথক ভাবে সনাক্ত করা খুবই কঠিন।

ঃ চিকিৎসাঃ

১. Chancroid ও Syphilos ঃ (অবশ্যই চিকিৎসকের কাছে পাঠানো উচিত)।

২. পোড়া নারাঙ্গা (Herpes) ঃ উপসর্গ ভিত্তিক চিকিৎসা—

Herpes এর ক্ষত জায়গাটি সাবান জল দিয়ে পরিস্কার করা ও সযত্নে শুষ্ক রাখা উচিত। ক্ষত থাকাকালীন যৌন সংস্পর্শ এড়িয়ে চলতে হবে এবং রোগ সারার পরে নিরোধ বা কন্ডোম ব্যবহার করতে হবে।

যদি খুব ব্যথা থাকে সেক্ষেত্রে Tab, Paracetamol দিতে হবে। কোন জটিলতা দেখা দিলে হাসপাতালে পাঠাতে হবে।

তলপেটে ব্যাথা (Lower Abdominal Pain)

রোগনিরূপণের সংকেত—

- মহিলাদের তলপেটে ব্যথা হওয়ার কারণ ঃ
- পেল্‌ভিস্‌-এ প্রদাহ জনিত রোগ (PID),
- জরায়ুবর্হিভূত বা অস্থানিক (Eetopic) গর্ভসঞ্চার,
- অ্যাপেন্‌ডিকসের প্রদাহ (Appendicitis),
- সেপ্‌টিক্‌ (Septic) গর্ভপাত ও
- পেল্‌ভিক্‌ অ্যাব্‌সেস্‌(Pelvic abscess)

PID বিভিন্ন ধরনের ব্যাকটেরিয়ার সংক্রমণে ঘটে। সংক্রমণ না সারা পর্যন্ত প্রতিটি রোগিকে অবশ্যই নিবিড়ভাবে লক্ষ্য রাখতে হবে।

চিকিৎসা

চিকিৎসকের কাছে পাঠানো উচিত।
অন্তঃসত্ত্বা মহিলাদের — কোনো ওষুধ দেবেন না। যত তাড়াতাড়ি সম্ভব হাসপাতালে পাঠান।

তালিকাপ্রবাহ-৩

তলপেটে ব্যাথা

মহিলাদের তলপেটে ব্যাথার অভিযোগ

↓

ইতিহাস জানুন এবং পরীক্ষা করুন

↓

মাসিক বন্ধ কিংবা তারিখ অতিক্রান্ত কি ? বা
পেটের পেশী কি শক্ত (Abdoninal guarding)? বা
পেটে কি প্রতিঘাত যন্ত্রনা আছে (Rebound tenderness)? বা
যোনী থেকে অস্বাভাবিক রক্তপাত?

↓

হ্যাঁ — না

↓

অবিলম্বে হাসপাতালে পাঠান

অথবা

জ্বর ($38^{0}C$) বা অস্বাভাবিক যোনীস্রাব?

হ্যাঁ

অবিলম্বে হাসপাতালে পাঠান

না

যদি যন্ত্রনা না কমে তাহলে পুনরায় আসতে বলুন ও পরীক্ষা করুন হাসপাতালে পাঠান

মূত্রনালীর ক্ষরণ (Urethral Discharge)

তালিকাপ্রবাহ -৪

মূত্রনালীর ক্ষরণ
(Urethral Discharge)

মূত্রনালীর ক্ষরণ এবং /অথবা মূত্রত্যাগের সময় জ্বালা বা যন্ত্রনার অভিযোগ

ইতিহাস জানুন ও পরীক্ষা করুন

সুনিশ্চিত স্রাব?

হ্যাঁ

গনোরিয়া (Gonorrhoea) ও ক্লামাইডিয়া (Chlamydial) সংক্রমণের চিকিৎসা করুন

- এ বিষয়ে পরামর্শ দিন
- নিরোধ (Condom) সরবরাহ করুন
-সঙ্গীর ব্যবস্থা করা
- প্রয়োজন হলে , আবার আসতে বলুন

স্রাব থাকলে

চিকিৎসক / স্বাস্থ্য কেন্দ্রে পাঠিয়ে দিন

না

- আশ্বাসিত করুন ও এ বিষয়ে পরামর্শ দিন
- উপসর্গ থাকলে, পুনরায় আসতে বলুন

রোগ নির্নয়ের সংকেত—

মূত্রনালীর স্রাব ঃ—

(১) পুরুষদের যৌন রোগ (STD Syndrome) - এর প্রধান লক্ষণ।

(২) প্রায়শঃই মূত্রত্যাগ কালে ব্যথা বা জ্বালাভাব থাকে এবং মাঝেমাঝে মূত্রনালী চুলকানি (Itching)।

(৩) মূত্রনালীর স্রাব বিভিন্ন প্রকৃতি হতে পারে—

— পুঁজের মতো বা শ্লেষ্মার (Mucus) মতো,

— পরিস্কার, সাদা বা হলদেটে সবুজ বর্ণের,

— বেশি বা কম পরিমানে (সম্ভবতঃ শুধুমাত্র সকালে দেখা যায় বা মূত্রনালীর ছিদ্র সাথে শক্ত টুকরোর মতো (Crusting) দেখা যায় বা অর্ন্তবাসে দাগ পড়ে)।

(৪) মূত্রনালীর স্রাব বেশীরভাগ ক্ষেত্রেই গনোরিয়া (Gonorrhoea) এবং / অথবা ক্লামাইডিয়া (Chalmydia) এর সংক্রমণের জন্য হয়।

চিকিৎসা ঃ—

গনোরিয়া (Gonorrhoea) এবং / অথবা ক্লামাইডিয়া (Chalmydia) এর সংক্রমণ

(১) Tab. Ciprofloxacin 500 mg-এক মাত্রা (single dose) খাওয়াতে হবে,

+

(২) Doxycycline 100 mg দিনে দুবার করে ৭ দিন,

বা

Cap Tetracycline 500 mg দিনে ৪ বার করে ৭দিন,

বা

Tab Erythromycin 500 mg দিনে ৪ বার করে ৭ দিন খেতে হবে।

কুঁচকি ফোলা (Inguinal bubo)

তালিকা-প্রবাহ—৫

কুঁচকি ফোলা (Inguinal bubo)

(কুঁচকির লসিকাগ্রন্থি বা Lymph node(s) এর স্ফীতি)

|

রোগীর কুঁচকির লসিকাগ্রন্থির বৃদ্ধির অথবা ব্যথার অভিযোগ

ইতিহাস জানুন ও পরীক্ষা করুন

স্বাস্থ্য কেন্দ্র/চিকিৎসকের কাছে পাঠিয়ে দিন

রোগনিরূপনের সংকেতঃ—

(১) কুঁচকিস্ফীতির কারণ হলো কুঁচকিতে স্ফীত লসিকা গ্রন্থি (উরুসন্ধির বর্ধিত গ্রন্থি)।

(২) কুঁচকি স্ফীতির সংক্রামক কারণগুলি হলো ঃ—

- Lymphogranuloma venerum (LGV)
- Chancroid
- উপদ্যংশ বা সিফিলিস্ (Syphilis)
- যৌনাঙ্গে পোড়া-নারাঙ্গা (Herpes)
- যক্ষ্মা (TB)

চিকিৎসা ঃ—

অবশ্যই স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ডাক্তারের কাছে পাঠানো উচিত।

৫. অর্জিত অনাক্রম্যতা (প্রতিরোধ ক্ষমতা)-র অভাবজনিত রোগ-লক্ষণ
AQUIRED IMMUNE DEFECIENCY SYNDROME (AIDS)

(১) AIDS- এর চিকিৎসা সংক্রান্ত দৃষ্টিভঙ্গি

১.১ AIDS কি?

অর্জিত প্রতিরোধ-ক্ষমতার অভাবজনিত রোগ বা AIDS হলো মানুষের প্রতিরোধ ক্ষমতার অভাবসৃষ্টিকারী ভাইরাস (HIV) -এর সংক্রমণের শেষ দশা। একে লক্ষণ সমষ্টি (Syndrome) বলা হয় কারণ এর অনেকগুলি চিহ্ন ও উপসর্গ রয়েছে। HIV বিশেষ কয়েক প্রকার শ্বেত রক্তকণিকাকে আক্রমণ ও ধ্বংস করে AIDS রোগ সৃষ্টি করে। এই শ্বেত রক্তকণিকাগুলি শরীরের রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতার সমন্বয়ের জন্য প্রয়োজনীয়। কয়েক বছর ধরে HIV ভাইরাস দ্বারা শ্বেত রক্তকণিকার ধ্বংসের ফলে সংক্রামিত ব্যক্তির প্রতিরোধক্ষমতার অভাব ঘটে এবং নানারকমের সুযোগসন্ধানী সংক্রমণ ও Cancer- এর প্রবণতা সৃষ্টি হয়।

HIV সংক্রামিত ব্যক্তি (বাহক) সারাজীবন সংক্রামিত ও সংক্রামক থেকে যায়। এমনকি বর্হিলক্ষণ ও উপসর্গ বিহীন বাহকেরাও অন্যের দেহে HIV ভাইরাস ছড়াতে পারে।

১.২ প্রজননালীর সংক্রমণ (RTI) ও AIDS ঃ

প্রজননালীর সংক্রমণ (RTI) ও HIV সংক্রমণ তিনভাবে সম্পর্কিত ঃ—

(ক) যৌনরোগ (STD) এবং HIV সংক্রমণ একই প্রকার ঝুঁকিপূর্ণ আচার আচরণের সঙ্গে সম্পর্কিত, যেমন- বহু সঙ্গীর সাথে অবাধ যৌনসংগম। তাই, একই উপায়ে যৌনরোগ আর HIV সংক্রমণের যৌনবিস্তার (Sexual transmission) বাধা প্রাপ্ত হয়।

(খ) প্রজননালীর সংক্রমণ- এর উপস্থিতি HIV সংক্রমণ ও বিস্তার প্রভাবিত করে। তাই, প্রজননালীর সংক্রমণের (RTI) দ্রুত নির্নয় ও কার্যকরী চিকিৎসার মাধ্যমে HIV সংক্রমণ উল্লেখযোগ্যভাবে হ্রাস করা যায়।

(গ) HIV সম্পর্কিত রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতার অভাবের উপস্থিতিতে যৌন রোগ (STD) সৃষ্টিকারী কিছু কিছু রোগজীবানু আরও ভয়ঙ্কর হয়ে ওঠে- এ বিষয়ে যথেষ্ট প্রমান আছে।

১.৩ রোগের বৈশিষ্ট্যসমূহ ঃ—

HIV সংক্রমণের লক্ষণ ও উপসর্গগুলি বিভিন্ন প্রকার এবং খুবই জটিল। এর কিছু কিছু লক্ষণ ও উপসর্গ সুযোগসন্ধানী সংক্রমণের জন্য হয় এবং কিছু কিছু সরাসরি HIV -র মাধ্যমে সৃষ্টি হয়।

(ক) সংক্রামিত হওয়ার প্রথম কয়েক সপ্তাহের মধ্যে, কিছু কিছু লোকের জ্বর, বর্ধিত লসিকাগ্রন্থি, চামড়ায় ফুসকুঁড়ি ও কাশির মতো উপসর্গগুলি অনুভূত হয়।

(খ) একটি দীর্ঘ উপসর্গ বিহীন ব্যবধানকাল, যা কয়ের বছর স্থায়ী হতে পারে, প্রায়ই সংক্রমণের প্রারম্ভিক প্রতিক্রিয়ার পরে দেখা যায়।

(গ) শরীরের রোগপ্রতিরোধতন্ত্র বা ক্ষমতা ক্রমশঃ দুর্বল হয়ে পড়ে, ফলে অতিরিক্ত উপসর্গগুলি দেখা দিতে তাকে। যেমন। - জ্বর, স্থায়ী পেট খারাপ, অত্যধিক ওজন হ্রাস, ক্লান্তি বা অবসন্নতা, চামড়ার রোগ ও ক্ষুধামান্দ্য। এগুলি আরো অনেক রোগের সাধারণ উপসর্গ। তাই রক্তপরীক্ষা (Serological test) ভিন্ন HIV- সংক্রমণ সঠিকভাবে নির্নয় করা কঠিন।

১.৪ গবেষণাগারে রোগনিরূপন ঃ

রক্রের সিরামের পরীক্ষার মাধ্যমে সুনিশ্চিত কার —

- 'এলাইজা' (ELISA) পরীক্ষা, এবং
- 'ওয়েস্টার্ন ব্লট্ এ্যাশে' (Western Blot Assay) পরীক্ষা।
- শুধুমাত্র বড় হাসপাতালে / AIDS বাছাই কেন্দ্রগুলিতে এইসব পরীক্ষা করা সম্ভব।

১.৫ চিকিৎসা

মানবশরীরে এই আজীবন HIV সংক্রমণের হাত থেকে মুক্তির ওষুধ বা চিকিৎসা পদ্ধতি এখনো আবিস্কৃত হয় নি। অদূর ভবিষ্যতে HIV সংক্রমণের নিরাময় দেখা যাচ্ছে না। যদি ও গবেষণা চলছে তবুও HIV সংক্রমণ প্রতিরোধক কোনো টিকা অদূর ভবিষ্যতে পাওয়ার কোন সম্ভাবনা প্রায় নেই।

অবশ্য AIDS এর সহযোগী অনেকগুলি সুযোগসন্ধানী সংক্রমণ এর চিকিৎসা এবং প্রতিরোদ এর উপযোগী কার্যকরী ওষুধ আছে।

২. রোগ বিস্তারের উপায় ও ঝুঁকিপূর্ণ আচরণ ঃ

যেহেতু HIV সংক্রমণ ও AIDS কে সারানো যায় না, তাই HIV ভাইরাসের বিস্তাররোধ এই বিশ্বব্যাপী মহামারী প্রতিরোধের একমাত্র কৌশল। বিশ্বব্যাপী মহামারী সংক্রান্ত (Epidemiological) গবেষণা অনুযায়ী দেখা গেছে মাত্র তিনটি উপায়ে HIV সংক্রমণ ছড়ায়—

(ক) যৌনসংসর্গ ঃ সংক্রামিত ব্যক্তি তেকে তার যৌনসঙ্গীর দেহে, পুরুষ তেকে নারীতে, নারী থেকে পুরুষে, পুরুষ থেকে পুরুষে এবং নারী থেকে নারীতে বা দান করা বীর্য বা শুক্ররস থেকে। এই নির্দেশিকায়, যৌন সংগম বলতে প্রবিষ্ট লিঙ্গ-যোনি(penile-vaginial), লিঙ্গ-পায়ু (penile-anal) বা মুখ -যৌনাঙ্গের সংস্পর্শ(oral-genital contact) বোঝানো হয়েছে।

(খ) রক্ত, রক্তজাত পদার্থ বা প্রতিস্থাপিত অঙ্গ বা কলার সংস্পর্শে আসা ঃ HIV সংক্রামিত অবাছাই রক্তের সঞ্চালন বা দানের ফলে, দুষিত সিরিঞ্চ ও সুঁচের পুনর্ব্যবহারের কারণে (যেমন-শিরাস্তরে মাদক ব্যবহারকারীদের দ্বারা বা অন্যান্য উপায়ে), বা সংক্রামিত সুঁচ ও শল্যচিকিৎসার যন্ত্রপাতিতে আকস্মিক কেটে গেলে।

(গ) সংক্রামিত মা থেকে তার ভ্রুণ বা শিশুতে ঃ প্রসবের আগে, প্রসবকালে বা প্রসবের অব্যবহিত পরে (Perinatal Transmision)।

HIV ছড়ায় না —

- সংক্রমিত ব্যক্তির ছোঁয়া লাগা বা হাত দিয়ে ধরা পেয়ালা বা খাবার বাসন, বাথরুম তোয়ালের মাধ্যমে।
- সংক্রমিত ব্যক্তির সাথে করমর্দন, আলিঙ্গন, স্পর্শ বা সাধারণ চুম্বনে, এবং
- মশা বা অন্যান্য পতঙ্গের কামড়ে।

৩. প্রতিরোধ শিক্ষা ও পরামর্শ (Prevention, Education & Counselling)

প্রজননালীর সংক্রমণ (RTI)/ যৌনরোগ (STD) নিরূপিত বা আক্রান্ত প্রতিটি ব্যক্তি প্রাথমিক স্বাস্থ্য কেন্দ্র থেকে যাওয়ার সময় সুনিশ্চিত হন যে তিনি এই বার্তাগুলি বুঝেছেন এবং মনে রেখেছেন ঃ—

(ক) আপনার সংক্রমণ সারান ঃ- নির্দেশানুসারে আপনার সমস্ত ওষুধপান, এমনকি উপসর্গ চলে গেলে ও বা আপনি আরো ভালো বোধ করলেও।

(খ) যৌনরোগ ছড়াবেন না ঃ- নির্দেশানুযায়ী আপনার সমস্ত ওষুধ খাওয়া সম্পূর্ণ না হওয়া পর্যন্ত এবং আপনার উপসর্গ দূর না হওয়া পর্যন্ত আবার যৌন সংগম করবেন না। যদি সঙ্গীর সাথে যৌন সংগম করতেই হয়, তাহলে অবশ্যই Condom ব্যবহার করুন।

(গ) আপনার যৌনসঙ্গীর চিকিৎসায় সাহায্য করুন ঃ-তাকে বলুন চিকিৎসার জন্য আসতে অথবা তাকে সঙ্গে নিয়ে আসুন।

(ঘ) আপনার রোগমুক্তি সুনিশ্চিত করতে আবার আসুন ঃ- যদি আপনার উপসর্গ থেকে থাকে, আপনার সংক্রমণ সারাতে আরও ওষুধ খেতে হবে।

(ঙ) নিরোধ (Condom) ব্যবহার করুন এবং নিরাপদ থাকুন ঃ- যে কোনো সাময়িক যৌনসঙ্গীর সাথে সর্বক্ষেত্রে এবং সম্ভব হলে আপনার স্থায়ী যৌনসঙ্গীর সাতে যৌনসংগম নিরোধ বা Condom ব্যবহার করুন।

(চ) শুধুমাত্র একজন যৌনসঙ্গী করুন এবং নিরাপদে থাকুন।

(ছ) আপনার শিশুকে রক্ষা করুন ঃ- সম্ভব হলে গর্ভাবস্থায় প্রতম তিন মাসে শারীরিক পরীক্ষার ও Syphilis পরীক্ষার জন্য চিকিৎসা কেন্দ্রে যান (বা আপনার স্ত্রীকে পাঠান)।

(জ) নিজেকে HIV/AIDS থেকে রক্ষা করুন ঃ- একটি দায়িত্বশীল জীবনধারা গ্রহণ করুন। AIDS ভাইরাস বীর্য বা শুক্ররস, যোনিস্রাব ও রক্তের মাধ্যমে ছড়ায়। তাই—

- শুধুমাত্র একজন বিশ্বস্ত সঙ্গীর সাথে যৌনসংগম করুন।
- যদি আপনার সন্দেহ হয় বা জানেন যে আপনার বা আপনার সঙ্গীর সংক্রমণ হয়েছে তবে নিরোধ (condom) ব্যবহার করুন।
- যৌনকর্মী বা বিপথগামী ব্যক্তির সাথে যৌনসংগম করবেন না।
- যদি আপনি সুনিশ্চিত হন যে যন্ত্রপাতি যথাযথ জীবানুমুক্ত বা শোধিত হয় নি, তাহলে ইঞ্জেকশন নেবেন না।

৭. সঙ্গীর ব্যবস্থাপণা (Partner management) ঃ

মক্কেলের সঙ্গীর চিকিৎসার ব্যবস্থা করুন। সঙ্গীকে জানানো এবং বিশেষ করে মহিলা-সঙ্গীদের চিকিৎসা ভীষণ জরুরী- মহিলারা প্রায়ই উপসর্গবিহীন হয় ফলে, তাদের সংক্রমণের বিষয়ে সচেতন নন। যদি আপনি মনে করেন যে সঙ্গী চিকিৎসা গ্রহণ করতে আসার সম্ভাবনা কম, তাহলে রোগীকে সঙ্গীর জন্য অতিরিক্ত ওষুধ সরবরাহ করুন।

সঙ্গীকে জানানোর জন্য মক্কেলকে সাহায্য করুন ঃ

রোগীর রোগ সম্বন্ধে সম্যক জ্ঞান তার সঙ্গীকে সচেতন করতে ও চিকিৎসার জন্য অত্যন্ত প্রয়োজনীয়। একটি ভালো উপায় হলোঃ-

- উপসর্গবিহীন সংক্রামিত সঙ্গীর থেকে দ্বারা পুনরায় সংক্রমণের ঝুঁকি বোঝান।
- চিকিৎসা না করালে সঙ্গীর ভয়ানক বিপদ বা ঝুঁকির সম্ভাবনা ব্যাখ্যা করুন।
- প্রয়োজন হলে, রোগীকে তাদের সংস্পর্শে আসা সঙ্গীদের জন্য ওষুধ দিন যাতে তাদের জন্য বাড়ীতে নিয়ে যেতে পারে।

অগ্রাধিকার ভিত্তিতে, মূত্রনালীর ক্ষরণযুক্ত পুরুষদের নিয়মিত মহিলা সঙ্গীদের চিকিৎসায় সচেষ্ট হউন, মনোযোগ দিন। কারণ এই মহিলারা প্রায়শঃই উপসর্গবিহীন, ফলে তাদের সংক্রমণ সৃম্পর্কে সচেতন নয় এবং সম্ভাব্য বিপদগুলি ভয়ানক।

চিকিৎসা পরবর্তী পর্যবেক্ষণ ঃ

চিকিৎসার পরবর্তী পর্যবেক্ষণের কর্মসূচী যথাযথভাবে গ্রহণ করুন। যৌনাঙ্গে ক্ষতজনিত রোগ, PID এবং শুক্রথলির স্ফীতি ও ব্যথা মক্কেলের জন্য পরবর্তী পর্যবেক্ষণ খুব গুরুত্বপূর্ণ। যে রোগীকে রোগনির্নয় ও চিকিৎসার জন্য অন্যত্র পাঠানো হয়েছে তাদেরকে চিকিৎসা পরবর্তী পর্যবেক্ষণ করা উচিত।

৮. পরিবার পরিকল্পনার বিবেচনা (Family Planning Consideration) ঃ

(ক) যোনি ও সার্ভিকেসর প্রদাহ—

অর্ন্তর্জরায়ুর ব্যবস্থা (IUD)পরানোর আগে যোনিপ্রদাহ (Vaginitis) যুক্ত মহিলাদের সংক্রমণের চিকিৎসা করা উচিত। IUD না পরানো পর্যন্ত তাদের অন্য কোনো সহায়ক ব্যবস্থা (যথা নিরোধ) ব্যবহার করা উচিত।

বর্তমানে রোগ ভুগছে বা সাম্প্রতিক (বিগত তিন মাসে) প্রমানিত Cervicitis এর ইতিহাস আছে অথবা ঝুঁকি আছে এমন মহিলাদের IUD পরানো উচিত নয়। যদি সংক্রমণ থাকে তাহলে চিকিৎসা করুন ও সেরে যাওয়ার পর তিন মাস অপেক্ষা করে IUD পরান। ততদিন মক্কেলের অন্য কোনো গর্ভ নিরোধক (যথা-নিরোধ) ব্যবহার করা উচিত।

সার্ভিকেসর প্রদাহ (Cervicitis)ধরা পড়েছে এমন মহিলাদের ক্ষেত্রে IUD খুলে ফেলা উচিত।

অন্যান্য পরিবার পরিকল্পনার পদ্ধতি ব্যবহার করলেও, ঝুঁকিপূর্ণ বা যৌনরোগাক্রান্ত মহিলাদের প্রতিটি যৌনসংগমের জন্য নিরোধ বা Condom ব্যবহারের পরামর্শ দিন। স্বামী ও স্ত্রী উভয়কেই পরামর্শ দেওয়া ও চিকিৎসা করা উচিত।

(খ) জননাঙ্গে ক্ষত ঃ—

জননাঙ্গে ক্ষত যুক্ত মক্কেলদের গর্ভনিরোধক ব্যবস্থার প্রথম পছন্দ হিসেবে অন্তর্জরায়ু ব্যবস্থা (IUD) গ্রহণ করা উচিত নয়, কারণ অন্যান্য যৌনরোগের সংস্পর্শে আসার ঝুঁকি থাকে।

যে মক্কেলরা IUD পরেছেন অথচ জননাঙ্গে ক্ষত দেখা দিয়েছে, তাদের ক্ষেত্রে অন্যধরণের গর্ভনিরোধক ব্যবহার করা উচিত। যদি তারা জন্ম নিয়ন্ত্রনের জন্য IUD ব্যবহার চালিয়ে যায়, তবে তাদের PID হওয়ার ঝুঁকি বিষয়ে সযত্নে পরামর্শ দিতে হবে এবং অন্যান্য যৌনরোগের ঝুঁকির সম্ভাবনা কমাতে Condom ব্যবহারের উপদেশ দিতে হবে।

(গ) PID ঃ—

IUD গর্ভনিরোধক হিসেবে প্রথম পছন্দ হওয়া উচিত নয়। PID হওয়ার বাড়তি ঝুঁকি আছে এমন মহিলাদের ক্ষেত্রে বা যাদের (বা যাদের স্বামীর) একাধিক যৌনসঙ্গী আছে, তাদের পক্ষে IUD উপযুক্ত নয়।

গর্ভনিরোধক পিল PID হওয়ার সম্ভবনা কিছুটা কমায়, কারণ পিল ব্যবহারের ফলে সার্ভিকেসর ক্ষরিত মিউকাস্ পুরু, আঠালো, চটচটে হয় ও মাসিকে রক্তস্রাব কম হয়, যা জীবানুর উর্ধ্বগতি হ্রাস করে।

পরিশিষ্ট (ক) ঃ নির্দিষ্ট কয়েকটি যৌন রোগের বৈশিষ্ট্যসমূহ (লক্ষণ ও উপসর্গ)

প্রজননালীর সংক্রমণ/ যৌনরোগ	চিহ্ন/ উপসর্গ
যোনি/মূত্রনালীর স্রাব ঃ	
ব্যাকটেরিয়াল ভ্যাজাইনোসিস্ (**Bacterial Vaginosis**)	ধূসর রঙের মাছের গন্ধযুক্ত যোনিস্রাব
ক্যানডিডা বা ছত্রাক ঘটিত রোগ (**Candidiasis/Yeast**)	মহিলাদের— (১) সাদাটে রঙের দইয়ের মতো যোনিস্রাব (২) মাঝারি থেকে খুব যোনিতে চুলকানি পুরুষদের— লিঙ্গে চুলকানি, জ্বালা ভাব
ট্রাইকোমোনিয়াসিস্ (**Trichomoniasis**)	পুরুষ ও নারী উভয়ের ক্ষেত্রেই কয়েকটি উপসর্গ দেখা যায়। মহিলাদের— প্রায়ই ফেনা ফেনা, দুর্গন্ধবহ ও সবুজাভ যোনিস্রাব হয়। পুরুষদের— মূত্রনালীর ক্ষরণ হতে পারে।
গনোরিয়া (**Gonorrhoea**)	মহিলাদের— (১) পুঁজযুক্ত (শ্লেষ্মা-পুঁজসহ) যোনিস্রাব। (২) প্রস্রাবকালে ব্যাথা(বা জ্বালা)/Dysuria (৩) মূত্রনালীর প্রদাহ (লাল ও টিপলে ব্যথা)। ৭০% মহিলাদের ক্ষেত্রে প্রাথমিক দশা উপসর্গ বিহীন হয়। চিকিৎসা না করালে, ফলাফল- (ক) PID (খ) নালী বন্ধের (Tubal Blokage) কারণে বন্ধ্যাত্ব (Infutility) (গ) বহির্জরায়ু (Ectopic) গর্ভসঞ্চার-এর বর্ধিত ঝুঁকি (Tubal Scarring) পুরুষদের— (১) প্রস্রাবে জ্বালা ভাব বা ব্যথা (২) পুঁজযুক্ত মূত্রনালির ক্ষরণ

	চিকিৎসা না করালে, ফলাফল- -এপিডিডাইমিস্ (ক্ষুদ্র ক্ষুদ্র পেচান নালিকা গুচ্ছ যা শুক্রাশয় থেকে শুক্রনালীতে যায়) এর সংক্রমণ - মূত্রনালীতে এ্যাব্সেস্(Abscess), -মূত্রনালী সংকুচিত হয় (stricture) - বন্ধ্যাত্ব (এপিডিডাইমিস্ বন্ধ হয়ে যায়)।
ক্লামাইডিয়া (**Chlamydia**) (Uppar Genital Tract) সংক্রমণ সত্ত্বেও	মহিলাদের— - অল্প কয়েকটি উপসর্গ দেখা যায়, এমনকি উর্ধ্ব প্রজননতালীর (সুপ্ত PID)। - পরীক্ষা করলে পুঁজযুক্ত যোনিস্রাব দেখা যায়। পুরুষদের— মূত্রনালীর প্রদাহ (NGU)-৫০%।
যৌনাঙ্গে ক্ষত ও কুঁচকির স্ফীতি **(Genital ulcer & Buboes):** **Chancroid**	মহিলাদের এবং পুরুষদের বহিঃযৌনাঙ্গের যে কোন স্থানে ক্ষত বা **Chancre** দেখা যায়— এগুলি নোংরা এবং ব্যথা যুক্ত। - ২৫-৬০% ক্ষেত্রে কুঁচকি স্ফীতি বা Bubo (বর্ধিত লসিকাগ্রন্থি) দেখা যায়।
উপদ্যংশ বা সিফিলিস্ (**Syphilis**)	দুই প্রকার- প্রাথমিক দশা (Primary & Secondary) এবং বিলম্বিত দশা। (ক) শুরুতে বেদনাহীন Chancre বা ক্ষতঃ মহিলাদের ক্ষেত্রে, বহিঃযৌনাঙ্গে (যোনি ও /Labia) এবং পুরুষদের ক্ষেত্রে, লিঙ্গের ওপর ক্ষত দেখা যায় এবং লসিকাগ্রন্থিগুলো আকারে বৃদ্ধি পায় (রবারের মতো)। (খ) পরবর্তীকালে (কয়েকমাস পরে) ঃ দেহে চুলকানি বিহীন ফুসকুড়ি বা rash দেখা যায়। দু'ধরণের চিহ্ন স্বতঃস্ফূর্তভাবে চলে যায়। বিলম্বিত উপদ্যংশ (syphilis) ঃ বিনা চিকিৎসায় ২৫%। ক্ষেত্রে দেখা যায়। এবং হৃদপিন্ড, বৃহৎ ধমনী ও মস্তিস্কের ক্ষতি করে এবং প্রায়শই প্রানঘাতী হয়ে যায়।

Lymphogranuloma Venerum (LGV)	(ক) লিঙ্গ বা যোনিদ্বারে ছোটো ছোটো , সাধারণতঃ ব্যথাহীন ফুসকুড়ি (ব্রণের মতো) দেখা যায়। পরবর্তী সময়ে (খ) কুঁচকি স্ফীতি দেখা যায়, যা অবশেষে ভেঙে গিয়ে Fistula (বাহক মুখ) সৃষ্টি করে। বিনা চিকিৎসায়, লসিকাগ্রন্থি অবরুদ্ধ হয়ে Elephantiasis (যৌনাঙ্গ স্ফীতি) সৃষ্টি করতে পারে।
Granuloma Inguinale (Donovanosis)	ক্ষতযুক্ত যৌনরোগের অল্পকিছু ক্ষেত্রের কারণ। সাধারণভাবে, সংক্রামিত ব্যক্তির চামড়ার তলায় গুঁটি/স্ফীতি(Lump) হয় যা ভেঙে গিয়ে গরুর মাংসের মতো (Beefy)লাল, বেদনাহীন ক্ষতের সৃষ্টি হয়।
যৌনাঙ্গে গুটি **(Genital Warts)** **(Condyloma Acuminata)**	একক অথবা বহু, নরম (কোমল), বেদনাহীন , 'ফুলকপির' মতো বৃদ্ধি ঘটে, এগুলি পরে পায়ু, যোনি-দ্বার, যোনি-অঞ্চল (Vulvo-Vaginal), লিঙ্গ, মূত্রনালী ও পায়-জননাঙ্গ ব্যবধায়ক অঞ্চলের (perineum) এর চারপাশে ছড়িয়ে পড়ে।
যৌনাঙ্গে পোড়া নারাঙ্গা **(genital herpes)**	বহু, বেদনাবহুল, অগভীর ক্ষত যা ২ থেকে ৪ সপ্তাহে চলে যায় (প্রথম আক্রমণ), এর সঙ্গে মহিলাদের জলের মতো যোনিস্রাব থাকতে পারে। পুনরাক্রমণ (বারবার এক ঝাঁকে) ৫০% এর ও বেশী দেখা যায়।
তলপেটে ব্যথা ঃ পেলবিসে প্রদাহজনিত রোগ **(PID)** (জরায়ু, ডিম্বাশয়, ডিম্বনালী ও প্যারামেট্রিয়াম-এর প্রদাহ)	তীব্র বা Acute PID ঃ তলপেট টিপলে ব্যথা, এবং নীচের এক বা একাধিক লক্ষণ — (ক) পুঁজযুক্ত (শ্লেষ্মা পুঁজসহ) যোনি/জরায়ু (cervix) -এর স্রাব। (খ) শরীরের তাপমাত্রা (উষ্ণতা) > 38^0C। (গ) পেলভিসে দলাকৃতি বা মাংশপিন্ডের (pelvic mass) উপস্থিতি।

বিষয়সূচী

১. বয়ঃসন্ধি কি?

২. বয়ঃসন্ধিকালীন স্বাস্থ্যরক্ষার *(Adolescent Health Care)* প্রয়োজন কেন?

৩. কিশোরীদের বয়ঃসন্ধিকালে লৌহঘটিত রক্তাল্পতার কারণ ও ফলাফল কি?

৪. রজোদর্শন বা ঋতুস্রাবের সূচনা *(Menarche)* কি?

৫. বয়ঃসন্ধিকালীন অতিরিক্ত রজস্রাব *(Puberty Menorrhagla)* কি?

৬. বেদনাদায়ক রজস্রাব (কিশোরীদের) কি?

৭. কিশোরীদের যৌনাঙ্গের প্রদাহ *(Vulvovaginitis)* কি?

৮. বয়ঃসন্ধিকালে কিশোরীদের গর্ভাবস্থার সমস্যা ও জটিলতা কি কি?

৯. বয়ঃসন্ধিকালে কিশোরীদের সাধারণ যৌন সমস্যার বিষয় কি কি?

১০. বয়ঃসন্ধিতে কিশোরদের সাধারণ যৌন সমস্যার বিষয় কি কি?

বয়ঃসন্ধিতে স্বাস্থ্য সচেতনতা ও যৌনশিক্ষা

১. বয়ঃসন্ধি *(Adolescence)* কি

- কোন ব্যক্তির ১০ থেকে ১৯ বছরের মধ্যবর্তী বয়সীমাকে বয়ঃসন্ধিকাল বলে। এই সময়ে উল্লেখযোগ্য যে পরিবর্তনগুলি ঘটে। তাহল-

- এই সময় শারীরিক বৃদ্ধি ও পূর্ণতাপ্রাপ্তি হয়। তাই বয়ঃসন্ধি হল বৃদ্ধিকাল.

- যৌনগ্রন্থি *(Gonad)* এর বৃদ্ধি ও যৌনাঙ্গের বিকাশের ফলে দেহাবয়বের পরিবর্তন আসে।

- দ্রুতবৃদ্ধি কিশোরদের তুলনায় কিশোরীদের আগে হয়।

- কিশোর কিশোরীদের মানসিক, দৈহিক এবং আত্মসামাজিক বিকাশ ঘটে।

২. বয়ঃসন্ধিকালে স্বাস্থ্য-সচেতনতা কেন প্রয়োজন?

বিভিন্ন কারণে আমাদের দেশে, বিশেষ করে, কিশোরীদের জন্য বয়ঃসন্ধিকাল স্বাস্থ্যসচেতনতা ভীষণ প্রয়োজন।

- শৈশব থেকে শিশুকন্যার প্রতি বাবা মায়ের অবহেলার কারণে মেয়েরা পুষ্টিগত বঞ্চনার শিকার হয়। ফলে মহিলারা হয় দুর্বল স্বাস্থ্যের অধিকারী পুষ্টির অভাবে মায়েদের শরীর হয় খর্বকার *(Short Stature)* এবং শীর্ণ এবং শারীরিক ওজনও কম হয়। যার ফলে এইসব মায়েরা যে শিশুর জন্ম দেয় তারাও হয় কম ওজনের *(Low birth weith)*

- কিশোরীদের স্বল্পশিক্ষার জন্য স্বাস্থ্যসংক্রান্ত সুবিধাগুলি কোথায় কিভাবে পাওয়া যায় সে বিষয়ে ও সচেতনতা কম, ফলে স্বাস্থ্য পরিষেবাগুলি ব্যবহার ও করতে পারে না।

- ১৫ থেকে ১৯ বছর বয়সী মেয়েদের অল্পবয়সে গর্ভধারণ *(Teenage Pregnancy)* মা ও শিশু দু'জনের পক্ষেই বিপদজনক। এই বয়সের মায়েদের মৃত্যুহারও বেশি বিশেষ করে সেইসব মায়েদের ক্ষেত্রে যারা বয়ঃসন্ধিকালে অপুষ্টির শিকার এবং গর্ভকালীন পরিষেবাগুলো ঠিকমত গ্রহণ করতে পারে নি, খুব অল্প বয়সী মায়েদের ক্ষেত্রে গর্ভাবস্থায় জীবন সংশয়কারী সমস্যাগুলি বেশি দেখা যায়। গর্ভাবস্থাজনিত রক্তচাপ *(PIH)* বৃদ্ধির সম্ভাবনা, যেসব মায়েরা ১৫ বছরের কম বয়সে প্রথম গর্ভাবতী হয়, তাদের ক্ষেত্রে ৫গুন বেশি।

৩. বয়ঃসন্ধিকালে কিশোরীদের লৌহঘাটতি জনিত রক্তাল্পতা ***(Iron-deficiency Anaemia)*** কারণ ও ফলাফলগুলি কি কি?

লৌহঘটিত জনিত রক্তাল্পতার কারণগুলি হল ঃ-

১। বয়ঃসন্ধিকাল দ্রুত দৈনিক বৃদ্ধি *(Growth spurt)*,

২। মাসিক বা রজস্রাবের সূচনা হয়।

৩। পুষ্টিগতভাবে দুর্বল কিশোরীরা

৪। গর্ভাবস্থার শরীরের সঞ্চিত লৌহ বা আয়রণের ভাণ্ডার নিঃশেষিত হতে থাকে। কিশোরীদের রক্তাল্পতা ও অপুষ্টি আরো বেড়ে যায়।

ফলাফল ঃ

১। খর্বকার চেহারা *(Short Stature)*, চির-রুগ্নস্বাস্থ্য *(Chromic ill-health)*

২। সংক্রমন ও রোগ প্রতিরোধক্ষমতা হ্রাস পায়।

৩। রক্তাল্পতার জন্য গর্ভবিস্থায় গর্ভপাত, অপরিণত প্রসব *(Premature Labour)*, অমরা বা গর্ভফুলের *Placenta)* হঠাৎ চ্যুতি *(Abruptio Placentae)* এবং রক্তস্রাব হতে পারে।

৪। মায়েদের গর্ভবিস্থাজনিত কারণে মৃত্যুহার *(Materni Mortality)* এবং রুগ্নতা *(Morbidity)* বেশি হয়। ২০-২৯ বছর বয়সীদের তুলনায় ২০ বছরের কম বয়সী মায়েদের ক্ষেত্রে নবজাতক ও শিশু মৃত্যুহার বৃদ্ধি পায়।

প্রতিরোধ ব্যবস্থা ঃ পুষ্টিগত সহায়তা ও সংযোজন *(Nutritional Supplimentation)*

৪। রজোদর্শন বা মাসিকের সূচনা *(Menarche)* কি?

রজস্রাব বা মাসিক প্রথম শুরু হওয়া ঘটনাকে রজোদর্শন বা *Menarche* বলা হয়। বয়ঃসন্ধিকালে এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ ঘটনা। শুরুতে মাসিক বা ঋতুচক্রের দৈর্ঘ্য বিভিন্ন হতে পারে এবং ডিম্বনিঃসারী নাও হতে পারে *(Anovulatry)*। রজোদর্শন বা মাসিকের সূচনার বয়স কতগুলি বিষয়ের উপর নির্ভর করে ঃ

১। বংশগত *(Genetic)* পারিবারিক ইতিহাস।

২। আর্থসামাজিক অবস্থান সুপুষ্ট ও উচ্চবিত্তদের ক্ষেত্রে আগে সূচনা হয়।

৩। স্থূলতা *(Obesity)* স্থূল বা মেদবহুল মেয়েদের ক্ষেত্রে বিলম্বিত হয়।

৪। শরীরচর্চা খেলোয়াড় মেয়েদের মাসিকের সূচনা বিলম্বিত হয়।

সাধারণঃ অত্যধিক শরীরচর্চা বা কায়িক শ্রম এর ফলে রজোদর্শন *(Menarche)* বিলম্বিত হতে পারে। কখনও কখনও স্বল্প ঋতুস্রাব, এমনকি মাসিক বন্ধও থাকতে পারে। বর্তমানে বিভিন্ন গবেষণায় দেখা গেছে যে, যদি ২-৩ মাস পরিশ্রম বন্ধ রাখা হয় তাহলে মাসিক আপনা থেকে শুরু হয়। অন্যথায়, আরো পরীক্ষা-নিরীক্ষা করা প্রয়োজন। নিম্নলিখিত ক্ষেত্রগুলিতে চিকিৎসকের পরামর্শের জন্য পাঠানো দরকার ঃ

— যে সকল মেয়েদের সহায়ক যৌন বৈশিষ্ট্যগুলি বিকশিত হয়নি বা অস্বাভাবিক থাকে।

— যাদের রজঃস্রাব বা মাসিক ১৬ বছর বয়সেও শুরু হয়নি।

৫। বয়ঃসন্ধিকালীন অতি-রজস্রাব *(Puberty Mennorrhagia)* কি?

বয়ঃসন্ধিকালীন অতি রজস্রাবে মাসিক ঋতুচক্রে অতিরিক্ত রক্তপাত ঘটে এবং দীর্ঘকাল ধরে চলে। রজোদর্শনের পরবর্তী কয়েক মাস রজস্রাব সাধারণতঃ অতিমাত্রায় হয়ে থাকে। কিন্তু এর ফলে যদি কোনরকম শারিরীক লক্ষণ (যেমন, রক্তাল্পতা) দেখা যায়, তবে সেক্ষেত্রে চিকিৎসার প্রয়োজন।

৬। কিশোরীদের বেদনাদায়ক রজঃস্রাব *(Dysmenorrhoea)* কি?

মাসিকের সময় যন্ত্রণা। ৫০ শতাংশ মেয়েদের মাসিকের সময় অল্পস্বল্প অস্বস্তি অনুভূত হয়। কিন্তু ৩-১০ শতাংশ মেয়েদের অসহ্য যন্ত্রণা হতে পারে।

নিদানিক (রোগের) বৈশিষ্ট ঃ

(ক) সবসময়েই ডিম্বানু নিঃসারী ঋতুচক্রে ঘটে।

(খ) রজোদর্শনের সূচনার কয়েকমাস পরে দেখা যায়।

(গ) মাসিক ঋতুস্রাব শুরুর কয়েক ঘন্টা আগে ব্যথা অনুভূত হয়।

(ঘ) এটা তলপেটে ব্যথা, যার প্রকৃতি মোচড়ানো *(Colic)* ধরণের। কোনো কোনো ক্ষেত্রে এর সঙ্গে থাকে বমি বমি ভাব *(Nausea)* বমি করা *(Vomiting)*, অবসন্নতা ও মাথাব্যথা।

ব্যবস্থাপনা *(Management)* ঃ

(ক) প্রতিরোধ মূলক ব্যবস্থা ঃ ঋতুচক্রের স্বাভাবিক শারীরবিদ্যা, জননাঙ্গের স্বাস্থ্যবিদ্যা ও সাধারণ স্বাস্থ্যরক্ষা সম্পর্কে কিশোরীদে শিক্ষা প্রদান। রজস্রাব সম্পর্কিত অতিকথন বা কাল্পনিক সংস্কার সম্বন্ধে সচেতন কার প্রয়োজন।

(খ) আশ্বাস প্রদান/মানসিক চিকিৎসা/যথার্থ আলাপ আলোচনা।

(গ) দুর্বল স্বাস্থ্যের পুনরুদ্ধার।

(ঘ) প্রয়োজনে অ্যাস্‌পিরিন ট্যাবলেট।

(ঙ) অ্যান্টি স্প্যাস্‌মোডিক্স *(Antispasmodic)*।

যদি এতেও কোনো উপশম না হয়, তবে মেয়েটিকে আরো চিকিৎসার জন্য ডাক্তারদের কাছে পাঠানো উচিত।

৭। কিশোরী মেয়েদের যৌনাঙ্গের প্রদাহ *(Vulvovaginitis)* কি?

অল্পবয়সী মেয়েদের মধ্যে যৌনাঙ্গের প্রদাহের প্রবণতা এবং মূত্রনালীর সংক্রামণ প্রায়শঃই দেখা যায়, কারণ স্ত্রী হরমোন ইস্ট্রোজেনের মাত্রা কম থাকার জন্য যোনির ক্ষরণের বা স্বাভাবিক স্রাবের ক্ষারকীয়তা বেশি থাকে। বয়ঃসন্ধিতে জরায়ুমুখের *(Cervical)* ও ভেস্টিবুলার গ্রন্থি সক্রিয় হয়, ফলে অতিরিক্ত যোনি-স্রাব বা ক্ষরণ হয় যা কিশোরী মেয়েদের পক্ষে বেশ বিরক্তিকর। এটি রোগের কারণেও ঘটে। কোনো কোনো ক্ষেত্রে, যেমন যৌনাঙ্গের প্রদাহ *(Trichomonal/Candida albicans)* যোনির অতিক্ষরণ ও আক্রান্ত অঞ্চলে চুলকানির মাধ্যমে প্রকাশ পায়। যৌনাঙ্গের প্রদাহের কারণগুলি হয় ঃ

(ক) স্বাস্থ্যজ্ঞানের অভাব বা অপরিচ্ছন্নতা *(Poor hygiene)*

(খ) বহির্বস্তুর উপস্থিতি *(Foreign bodies)*

(গ) যৌনাচার *(Sexual abuse)*

চিকিৎসা ঃ

নির্দিষ্ট জীবাণুর সংক্রমণে সঠিক অ্যান্টিবায়োটিক দিয়ে চিকিৎসা করা হয়, এর জন্য ডাক্তারদের কাছে পরামর্শের জন্য পাঠানো উচিৎ।

সাধারণ ব্যবস্থা ঃ

(ক) যৌনাঙ্গ *(Vulva)* প্রতিদিন ধুতে হবে।

(খ) সূতীর অন্তর্বাস ব্যবহার।

(গ) মাঝে মাঝে পোষাক পরিবর্তন।

(ঘ) যৌনাঙ্গের পরিচ্ছন্নতা সম্পর্কে উপদেশ, বিশেষ করে মলত্যাগের পর সামনে থেকে পেছনের দিকে পরিষ্কার করা এবং যোনি ও পায়ুর মধ্যবর্তী অংশের চামড়া মলত্যাগ বা মূত্রত্যাগের পর শুষ্ক রাখা।

(ঙ) আশ্বাস দেওয়া।

৮। বয়ঃসন্ধিকালে গর্ভধারণে কি কি জটিলতা ঘটে ?

বয়ঃসন্ধিকালে গর্ভধারণে অনেক জটিলতার সৃষ্টি হয় যা কিশোরী মেয়েদের স্বাস্থ্যহানি ঘটায়। তাই এদের গর্ভাবস্থায় বিশেষ সেবাযত্নের প্রয়োজন। প্রধানতঃ প্রাক-প্রসব সুপরিচর্যার অভাব ও নিম্ন আর্থ-সামাজিক অবস্থানের জন্য যেসব জটিলতাগুলি দেখা যায় ঃ

(ক) লৌহঘটিতজনিত রক্তল্পতা ও গর্ভবস্থাজনিত রক্তচাপ বৃদ্ধি ও প্রি এক্লাম্‌সিয়া *(Pre-eclampsia)*

(খ) গর্ভপাত ও অপরিণত-প্রসব *(Preterm labour)* ও কম ওজনের শিশুর জন্মের ঘটনা বেশি ঘটে।

(গ) কিশোরী মায়েদের ক্ষেত্রে অপরিণত *(Prematurity)* ও কম ওজনের শিশুর জন্মের ঘটনা বেশি ঘটে।

(ঘ) সামাজিক অসম্মানের চিহ্ন হিসেবে প্রাক-প্রসব পরিচর্যার অভাবে কিশোরী মায়েদের অবাঞ্ছিত গর্ভধারণ (অবৈধ বা বিবাহ বহির্ভূত) তাদের আরো জটিলতার দিকে এগিয়ে দেয়।

কিশোরী মেয়েদের গর্ভাবস্থা একটি অতি বিপদ্‌জনক গোষ্ঠী *(High risk group)* হিসেবে দেখা উচিৎ এবং প্রাক্‌-প্রসবকালে জটিলতার ক্ষেত্রে সময়মতো ডাক্তারের পরামর্শের জন্য পাঠানো প্রয়োজন।

৯। বয়ঃসন্ধিকালে কিশোরী মেয়েদের সাধারণ যৌন সমস্যার বিষয়গুলি কি কি ?

কিশোরী মেয়েদের সাধারণ যৌন সমস্যার বিষয়গুলি হল ঃ

(ক) কুমারীত্ব *(Virginity)*

'কুমারী' শব্দটির অর্থ হল যে মেয়ে কখনো যৌনসঙ্গম করে নি, যা তার অক্ষত সতীচ্ছদ *(Hymen)* দিয়ে প্রতিপন্ন বা প্রমাণ করা যায়। কিন্তু, যৌনসঙ্গম করলেও কোনো কোনো মেয়ের সতীচ্ছদ অক্ষত থাকতে পারে। আবার, কখনো কখনো যৌনসঙ্গম না করলেও মেয়ের সতীচ্ছদ অক্ষত নাও থাকতে পারে। যেমন, খেলাধুলো করা ও অন্যান্য অতিরিক্ত দৈহিক পরিশ্রম বা সাইকেল চালানো ইত্যাদি।

(খ) স্তনের আকার

বড় স্তন ছোট স্তনের চেয়ে উদ্দীপনায় বা উত্তেজনায় বেশী সাড়া দেয় না।

স্তনের আকার বড় করার কোনো ওষুধ বা মলম আছে ?

না।

স্তনের আকার কি বাড়াতে পারা যায়?

কোনো কোনো ব্যায়ামে বা অঙ্গ-সঞ্চালনে বুকের পেক্টোরালিস্ মেজর পেশীর বিকাশ ঘটায় যাতে বুকের আকার একটু বাড়ানো যেতে পারে (কিন্তু স্তনের নিজস্ব বৃদ্ধি নয়) এবং এতে আপেক্ষিকভাবে স্তনের আকার বাড়ে। প্লাস্টিক সার্জারী এক্ষেত্রে উপকারে লাগতে পারে।

স্তনের ওপর লোম গজানো কি কোনো রোগের জন্য হয়?

মহিলাদের স্তনাগ্রের *(Areola)* চারপাশে অল্প লোম গজানো অস্বাভাবিক নয়, এর জন্য কোনো চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না।

১০। বয়ঃসন্ধিতে কিশোরদের সাধরাণ যৌন সমস্যার বিষয়গুলি কি কি?

কাল্পনিক যৌনসংস্কার ও ভ্রান্ত ধারণাতে মানসিক উদ্বেগ এদের মধ্যে সবচেয়ে প্রচলিত যৌন সমস্যা। যৌন বিষয়ের বিভিন্ন দিক সম্বন্ধে সাধারণ কাল্পনিক সংস্কারগুলি এক প্রজন্ম থেকে অন্য প্রজন্মে বাহিত হয় এবং প্রকৃত সমস্যা যা আছে তার তুলনায় অনেকে আরো বেশি সমস্যাগুলি সম্পর্কে কল্পনা করে। পুরুষদের ক্ষেত্রে যৌনসমস্যাগুলি সাধারণতঃ পুরুষাঙ্গ বা লিঙ্গ *(Penis)* এবং *(Semen)* কে কেন্দ্র ঘটে।

(ক) লিঙ্গের *(Penis)* দৈর্ঘ্য ও প্রস্থ কি গুরুত্বপূর্ণ?

লিঙ্গের দৈর্ঘ্য, প্রস্থ ও দৃঢ়তা *(Erection)* বিভিন্ন পুরুষের ক্ষেত্রে বিভিন্ন রকমের হয়। যেমন, নাকের দৈর্ঘ্য, চোখের গভীরতা ও অবস্থান এবং কপালের ব্যাপ্তি ব্যক্তি অনুসারে পৃথক হয়। এটা জানা উচিৎ যে কোনো মহিলার যৌনতৃপ্তি সাধনের জন্য লিঙ্গের আকার খুব গুরুত্বপূর্ণ নয়।

স্ত্রী যৌনাঙ্গ বা যোনি অত্যন্ত স্থিতিস্থাপক *(Elastic)* এটা একটা ছোট্টো আঙুল থেকে শুরু করে একটা শিশুর মাথায় আকারে বিস্তৃত হতে পারে। প্রবিষ্ট লিঙ্গের প্রস্থ ও আকার অনুযায়ী যোনির আকার বাড়ে।

(খ) ছোট লিঙ্গ কি গর্ভসঞ্চারে অক্ষম *(Coneceptive Inadiquacy)*?

না

লিঙ্গ কি সচরাচর বামদিকে আনত থাকে? হ্যাঁ। এটা অধিকাংশ পুরুষের ক্ষেত্রে সত্যি। সম্ভাব্য কারণ, বাম অণ্ডকোষের তুলনায় নিচে থাকে। তাই, অন্তর্বাস পরার সময় বেশির ভাগ পুরুষ তাদের লিঙ্গকে বামদিকে এনে সামঞ্জস্য রাখে কারণ ডানদিকের তুলনায় বামদিকে যথেষ্ট জায়গা পাওয়া যায়।

(ঘ) লিঙ্গের সামান্য বক্রতা কি প্রবেশকালে *(Penetration)* যৌনসঙ্গমে কোনো সমস্যার সৃষ্টি করে?

ডানদিকে বা বামদিকে লিঙ্গের সামান্য বক্রতা স্বাভাবিক এবং এতে প্রবেশকালে সঙ্গমে মোটেই প্রভাব ফেলে না। এটা একটা কাল্পনিক সংস্কার যে দৃঢ় *(Eract)* লিঙ্গ সর্বদা সমকোণে থাকা উচিৎ।

(ঙ) হস্তমৈথুন *(Masturbation)* কি লিঙ্গের বক্রতা ঘটায়?

না। যেভাবে যৌনসংসর্গে লিঙ্গের বক্রতার সৃষ্টি হয় না, সেভাবেই হস্তমৈথুন কোনো বক্রতা ঘটায় না।

(চ) বীর্য বা শুক্ররস *(Semen)* কি জীবনশক্তির জন্য প্রয়োজনীয়? শুক্ররস বা বীর্যের অপচয়ে কি কোনো পুরুষের জীবনীশক্তির ক্ষয় হয় এবং বার্ধক্য ত্বরান্বিত হয়?

শুক্ররস দিনের পর দিন জননাঙ্গের সাহায্যে নিষ্ক্রমনের জন্যই ক্ষরিত হয় এবং কেউ চাইলেও একে দীর্ঘদিন বা

অনির্দিষ্টকালের জন্য সঞ্চিত করে রাখা যায় না। গর্ভসঞ্চার করা ছাড়া শুক্ররস কারোর জীনবনীশক্তির জন্য প্রয়োজনীয় নয়। এছাড়াও, শুক্রাণু মোট শুক্ররসের শতকরা একভাগেরও কম অংশ অধিকার করে, বাকী অংশ হলো অন্যান্য সহায়ক যৌনগ্রন্থি প্রস্টেট গ্রন্থি ও শুক্রনালীর ক্ষরণ। একশো ফোঁটা রক্ত এক ফোঁটা বীর্য্য বা শুক্ররসের সমান এবং যার জন্য প্রচুর পুষ্টিরস খাদ্যের প্রয়োজন একটি ভ্রান্ত ধারণা। চালু যৌনসংস্কারগুলির মধ্যে সর্বাধিক প্রচলিত।

(ছ) শুক্ররসের কম গাঢ়ত্ব (ঘনত্ব) কি যৌনদুর্বলতা নির্দেশ করে?

না। শুক্র রসের ঘনত্ব অনেকগুলো কারণের উপর নির্ভর করে। যেমন, যৌনসঙ্গম বা হস্তমৈথুনের বানধান, উদ্দীপনার প্রাবল্য প্রভৃতি। যদিও কোনো পুরুষের বয়স বাড়ার সাথে সাথে তার বীর্য্য বা শুক্ররস তরল বা কম ঘন হয়, তবুও ঐ ব্যক্তির যৌনতার সঙ্গে এর কোনো সম্পর্ক নেই।

(জ) 'ধাত' রোগ *(Dhat syndrome)* কাকে বলে?

কখনো কখনো পুরুষদের অতিরিক্ত চাপ দিয়ে মলত্যাগকালে বা মূত্রের সাথে সাদাটে তরল পদার্থ নিঃসৃত হয়। প্রচলিত বিশ্বাস হচ্ছে যে এই তরলে বীর্য্য বা শুক্ররস, চলতি কথায় 'ধাত' থাকে, তাই একে 'ধাত' রোগ বলে। এটা কোনো রোগই নয়। এটা বলা অযৌক্তিক নয় যে এটা শুধুমাত্র ঐ পুরুষের মনে অধিষ্ঠান করে।

প্রকৃতপক্ষে, ঐ সাদাটে ক্ষরিত পদার্থটি হলো প্রধানতঃ মূত্রগ্রন্থি ও প্রস্টেট গ্রন্থির নিঃসরণ। যখনই হাঁটু গেড়ে বসে মলত্যাগকালে কোনো পুরুষ, একটু চাপ দেয়, তখনই ঐ চাপটি মলাশয় হয়ে মূত্রনালিতে বাহিত হয় এবং এর ফলে কয়েক ফোঁটা আঠালো বা চটপটে সাদা ক্ষরিত তরল জমা হয়, একত্রিত হয় ঐ গড়িয়ে পড়ে। এই ভ্রান্ত ধারণাটি আমাদের দেশে খুবই প্রচলিত। এদেশের মানুষের হাঁটু গেড়ে বসে মলত্যাগে অভ্যস্ত। এভাবে মলত্যাগের সময় মানুষ সাধারণতঃ নিচের দিকে তাকায় ও সাদাটে আঠালো পদার্থকে দেখতে পায়, যাকে তারা বীর্য্য বা শুক্ররস বলে অনুমান করে।

(ঝ) নিদ্রাকালে শুক্রস্খলন বা স্বপ্নদোষের পরে কেন পুরুষ দুর্বলতা অনুভব করে?

স্বপদোষে শুক্রস্খলনের পরবর্তী মূলতঃ মানসিক কারণে ঘটে। সেই শিশুকাল থেকেই আমাদের মনে এই ধারণা গেঁথে দেওয়া হয় যে, জননাঙ্গ একটি বিশেষ অঙ্গ এবং এর থেকে ক্ষরিত যা কিছু তাও সমান বিশিষ্ট। শুক্ররসের মূল্য সম্পর্কিত এই ভ্রান্তধারণাটি কোনো পুরুষের মনে আরো উদ্বেগ বা দুশ্চিন্তার পরিমাণ বাড়ায়। ফলে তার মানসিক-স্নায়ুবিকারের লক্ষণ দেখা যায়। আসলে, নিদ্রাকালে শুক্রস্খলনের ফলে ক্যালোরি (শক্তি) ক্ষয়ের পরিমান এক গ্লাস লেবুর রস *(Lime juice)* এর সমান।

জাতীয় ম্যালেরিয়া দূরীকরণ প্রকল্প

ম্যালেরিয়া কিভাবে হয়?

অ্যানোফিলিস নামে স্ত্রী-মশা ম্যালেরিয়া রোগের জীবাণু বহন করে। বর্ষায় ও বর্ষার পরেই ম্যালেরিয়ার প্রকোপ বেশি দেখা যায় কারণ মশা মোটামুটি পরিষ্কার জমা জলে ডিম পাড়ে। যেমন, ধান ক্ষেতে অথবা বর্ষাকালে আনাচে-কানাচে ভাঙা হাঁড়ি বা নারকোলের খোলায় পরিষ্কার জল জমে থাকলে অ্যানোফিলিস মশা এই পরিষ্কার জলে ডিম পাড়ে এবং ডিম থেকে পূর্ণাঙ্গ মশা হতে ১০ দিন সময় লাগে।

অ্যানোফিলিস মশা ডিম পাড়ার জন্যই রক্ত খায় এবং তার জন্য ম্যালোরিয়ার পরজীবীবহনকারী কোন মানুষকে কামড়ালে রোগীর রক্ত খাওয়ার দশদিন থেকে ১৪ দিনের মধ্যে ম্যালেরিয়া রোগ ছড়াবার ক্ষমতা লাভ করে। এই সময় ঐ মশা কোন সুস্থ লোককে কামড়ালে অসংখ্য ম্যালেরিয়া জীবাণু ঐ সময় কোন সুস্থ মানুষের দেহে চলে যায় এ সেই মানুষের শরীরে ঐ জীবাণু বংশবৃদ্ধি ক'রে শরীরের বিভিন্ন স্থানে ছড়িয়ে পড়ে। এই জীবাণু মানুষের শরীরে যকৃত-এর ভেতরে বিশেষ এক প্রকার কোষের মধ্যে বংশ বৃদ্ধি করে। পরবর্তী পর্যায়ে অসংখ্য ম্যালেরিয়া জীবাণু রোগীয় রক্তে লোহিত কণিকার মধ্যে ভেসে বেড়ায় এবং দেহের বিভিন্ন অঙ্গে ছড়িয়ে পড়ে। এর ফলে সংক্রামিত মশা কামড়ের পর ১০ থেকে ১৪ দিনের মধ্যে ঐ ব্যক্তি ম্যালেরিয়া জ্বরে আক্রান্ত হয়ে পড়ে। সুতরাং একটি স্ত্রী অ্যানোফিলিস মশার মাধ্যমে একজন ম্যালেরিয়া রোগী থেকে বহু সুস্থ ব্যক্তি ম্যালেরিয়া রোগে আক্রান্ত হয়।

কোন্ পরিবেশে ম্যালেরিয়া বেশি হয়?

জলভর্তি ড্রাম বা চৌবাচ্চা, ঢাকা ছাড়াও অনেকদিন ধরে জল জমে থাকা খালি পাত্র, টিন, নারকোলের খোলা বা পড়ে থাকা টায়ার ইত্যাদি জায়গায় বর্ষার পর যে পরিষ্কার জল থেকে যায় তার মধ্যে ডিম পাড়ে।

স্ত্রী অ্যানোফিলিসের জীবন ইতিহাস—বংশবৃদ্ধি ও জীবাণুর পরিচয়

এই মশা জমা জলে ডিম পাড়ে। ১ থেকে ২ দিনের মধ্যে ডিম ফুটে লার্ভা বা শূককীট হয়। ৫ থেকে ৭ দিনের মধ্যে শূককীট থেকে 'পিউপা' বা মূককীটএ পরিণত হয়। তারপর ১ থেকে দুদিনের মধ্যে মূককীট পূর্ণাঙ্গ মশায় রূপান্তরিত হয় অর্থাৎ ডিম থেকে পূর্ণাঙ্গ মশা হয় সব সুদ্ধ ১০ দিনে।

B. T. Malaira - সাধারণত ২৪ ঘন্টা ছেড়ে ছেড়ে -P-Vivax জীবাণু দ্বারা ঘটে।

M. T. Malaria - ৩৬ থেকে ৪৮ ঘন্টা পর পর জ্বর আসে - এই ম্যালেরিয়া অত্যন্ত বিপদজনক কারণ মস্তিষ্কে, কিড্‌নি অথবা অন্ত্রে আক্রমণ করে এবং অতি অল্প সময়ের মধ্যে মৃত্যু ঘটে - এটি P-Falciferum দ্বারা ঘটে।

এই দু'রকম ম্যালেরিয়া ছাড়া আরও দু'রকমের ম্যালেরিয়া আছে, যেমন O.T ও Ovale -এই ম্যালেরিয়ায় ৭২ ঘন্টা পর পর জ্বর আসে। এই দুই ধরণের ম্যালেরিয়া এখনও ভারতবর্ষে সমস্যা সৃষ্টি করেনি।

ম্যালেরিয়া রোগের লক্ষণ ও চিকিৎসা

ম্যালেরিয়া জ্বর সাধারণত একদিন অন্তর আসে ও ছেড়ে যায়—আবার প্রতিদিনই দুপুরের দিকে এসে ২/৩ ঘন্টা পর ছেড়ে যায় অথবা দুইদিন অন্তর বা প্রতিদিনই আসে ও ছেড়ে যেতে পারে।

এই রোগের তিনটি অবস্থা হয়—

(১) শীত অবস্থা বা কাঁপুনি দিয়ে জ্বর আসা ঃ এই অবস্থা থাকা আধঘন্টা থেকে ১ ঘন্টা মতো। দারুণ শীত করতে থাকে ও কাঁপুনি দিতে থাকে — দাঁতে দাঁত লেগে খট খট করতে থাকে— গায়ে লেপ — কম্বল জড়ালেও ঠান্ডা যায় না।

(২) জ্বর অবস্থা ঃ প্রচন্ড জ্বরে রোগীর গা যেন পুড়ে যায় এই অবস্থায়। সমস্ত শরীরে জ্বালা করতে থাকে ও অসহ্য ব্যথা-বেদনা হয়। প্রচন্ড যন্ত্রণা হয় এবং বমি হতে থাকে। এসময় রোগী তার লেপ কম্বল সব খুলে ফেলে। জ্বর অবস্থা থাকে ১ ঘন্টা থেকে ৬ ঘন্টার মতো।

(৩) ঘাম অবস্থা ঃ (ঘাম দিয়ে জ্বর ছাড়া) রোগী প্রচন্ড ঘামতে থাকে এবং জ্বর ক্রমশ কমতে থাকে। জ্বর সম্পূর্ণ ছেড়ে গেলে রোগী অত্যন্ত দুর্বল ও অবসন্ন হয়ে পড়ে। ঘাম অবস্থা থাকে ২/৩ ঘন্টার মতো।

(৪) এই তিনটি অবস্থা ছাড়াও অন্যান্য উপসর্গ নিয়ে ম্যালেরিয়া হতে পারে।

সম্পূর্ণ চিকিৎসা না করলে রোগী ম্যালেরিয়ায় বারবার আক্রান্ত হয়ে থাকে।

ম্যালেরিয়া রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসা

যে কোন ধরনের জ্বরই ম্যালেরিয়া হতে পারে একথা মনে রেখে যে কোন জ্বরের রোগীর রক্ত পরিক্ষা করিয়ে নেওয়া খুবই দরকার। ম্যালেরিয়া রোগীর রক্ত নেবার পর প্রাথমিক চিকিৎসা হিসাবে ওই রোগীকে ক্লোরোকুইন বয়স অনুসারে খাওয়ানো দরকার। এরপর রক্ত পরিক্ষার রিপোর্ট অনুযায়ী যদি ম্যালেরিয়া ধরা পড়ে তাহলে বয়স অনুযায়ী নিম্নলিখিত চিকিৎসা দেওয়া অবশ্যই দরকার। এই চিকিৎসাকে র‍্যাডিকাল ট্রিটমেন্ট বলা হয়।

ম্যালেরিয়া রোগীর মৌলিক চিকিৎসা

বয়স	সন্দেহজনক রোগীর জন্য ক্লোরেকুইন (প্রতি বড়ি ১৫০ মিঃগ্রাঃ)	প্রমাণিত পি ভাইভাগক্ রোগীর জন্য প্রাইমাকুইন (৫দিনের জন্য) (প্রতি বড়ি ২.৫ মিঃগ্রাঃ)	প্রমাণিত রোগীর জন্য প্রাইমাকুইন কেবল একবার মাত্র পি. ফাল্সিফেরাম্ সংকক্রমনের ক্ষেত্রে (প্রতি বড়ি ৭.৫ মিঃগ্রাঃ)
০-১	$\frac{১}{২}$ বড়ি (৭৫মিঃ গ্রঃ)	প্রয়োজন নাই	প্রয়োজন নাই
১-৪	১ টি বড়ি (১৫০ মিঃ গ্রঃ)	১ টি বড়ি	১ টি বড়ি
৪-৮	২ টি বড়ি (৩০০ বড়ি)	২ টি বড়ি	২ টি বড়ি
৮-১৪	৩ টি বড়ি (৪৫০ মিঃ গ্রাঃ)	৩ টি বড়ি	৪ টি বড়ি
১৪ এবং তার বেশী	৪ টি বড়ি (৬০০ মিঃ গ্রাঃ)	৪ টি বড়ি	৬ টি বড়ি

একজন চিকিৎসকের সঙ্গে পরামর্শ করে প্রাইমাকুইন দিতে হবে।

— ম্যালেরিয়া ওষুধ খালি পেটে খাওয়া কোনমতোই যাবে না।

— গর্ভবতী মায়েদের এবং ১ বছরের কম বয়সের শিশুদের প্রাইমাকুইন বড়ি দেওয়া যাবেনা।

ম্যালিগন্যান্ট ম্যালেরিয়া

এই ম্যালেরিয়া মারাত্মক ধরণের। এতে রোগীর মস্তিষ্ক, কিড্নি ও অন্ত্র প্রভৃতি আক্রান্ত হয়। এতে রক্তের চাপ কমে যায়, জন্ডিস হতে পারে, রোগী অচৈতন্য হতে পারে—কখনও বা কালো প্রস্রাবও হতে পারে। রক্ত কণিকার মধ্যে ম্যালেরিয়া-পরজীবী ঢুকে

গিয়ে রক্ত কণিকাদের টুকরো টুকরো করে ফেলে, ফলে প্রচুর পরিমাণে রক্ত-শূণ্যতা বেড়ে যায়। এর পরিণামেই অক্সিজেন বহন ক্ষমতা কমে যায় এবং রোগীর মানসিক বিকারও দেখা দিতে থাকে।

স্ত্রী অ্যানোফিলিস মশা কামড়ানোর পরে ৭ দিন থেকে ১০ দিনের মধ্যে জ্বর হয়। প্রচন্ড জ্বরে রোগী ভুল বকতে থাকে এবং অচেতন হয়ে পড়ে। রোগী বমি করতে থাকে, মাথায় প্রচন্ড যন্ত্রণা হয়। শরীরে রক্তাল্পতা বাড়তে থাকে।

এই সময় রোগীর মানসিক উপসর্গ ও হতবুদ্ধি ভাব দেখতে পাওয়া যায়। কখনও কখনও রোগীর ঘাড় শক্ত হয় ও মৃত্যু হয়। ম্যালিগন্যান্ট ম্যালেরিয়াকে সেরিব্রাল ম্যালেরিয়াও বলা হয়।

জনগণের কর্তব্য ও ভূমিকা এবং প্রতিরোধ ব্যবস্থা

শুধু সরকারী প্রয়াসে কোন সমস্যার সুষ্ঠু সমাধান হয় না। তাই ম্যালেরিয়া নিয়ন্ত্রণে চাই জনসাধারণের সচেতনতা ও সক্রিয় অংশ গ্রহণ। জনগণের ভূমিকাকে নিম্নলিখিত তিন ভাগে বর্ণনা করা যায় ঃ

(ক) প্রথমত মশার বংশ বৃদ্ধি রোধ ও বিনাশ করা। চারভাগে এটি ভাগ করা যায়

(১) মশার দংশন থেকে নিজেকে রক্ষা করা,

যেমন, মশারী ব্যবহার করা ও মশা বিতারণ ক্রীম শরীরের খোলা অংসে সন্ধ্যার পর লাগানো অথবা মশা-ধবংসকারী ম্যাট, কয়েল ঘরে ব্যবহার করা, সন্ধ্যের পর শরীর যতটা পারা যায় ঢেকে রাখা—পুরুষদের পাজামা ও পুরোহাতা পাঞ্জাবী বা জামা এবং মেয়েদের শাড়ী গাউন ইত্যাদি পরা এবং রাত্রে উন্মুক্ত স্থানে বিনা মশারীতে না শোয়া।

(২) পরিবেশ পরিচ্ছন্নতা—পরিবেশ পরিচ্ছন্ন রাখার জন্য বিশেষ করে প্রয়োজন জল জমতে না দেওয়া যেমন,

(ক) ড্রেনেজের ব্যবস্থা করা, নিচু জমিকে ভরাট করা (কচুরিপানা পরিষ্কার করা)—ফাইলেরিয়া নিয়ন্ত্রণের জন্য ডোবা ইত্যাদিতে ডিম্বু জাতীয় মাছের চাষ করা, যেমন- শিঙি, মাগুর, খোলসে, শোল, বোয়াল, তেলাপিয়া ইত্যাদি।

(খ) গোয়াল ঘর বাসস্থান থেকে দূরে রাখা এবং বিশেষ ভাবে পরিষ্কার রাখা —

(৩) মশা মারার জন্য রাসায়নিকের ব্যবহার —

পূর্ণাঙ্গ মশা মারার জন্য প্রতি ঘরে দেওয়ালে বর্ষার প্রারম্ভে একবার ও বর্ষার মাঝে এক বার করে ডি.ডি.টি, গ্যামাক্সিন, প্যারাথন জাতীয় রাসায়নিক স্প্রে করা,

(৪) জমা জলে মশার শূককীট, মুককীট মারবার জন্য পেট্রোলিয়াম-জাত তেল ছড়ানো। এছাড়া শহরাঞ্চলে জমা জলে MLO ছড়াতে হবে নিয়মিত ভাবে। দ্বিতীয়ত, জনসাধারণকে সচেতন করতে হবে যাতে তারা নিজের বাড়ী বা আশেপাশে কোন বাড়ীতে জ্বরের রুগী থাকলে স্থানীয় স্বাস্থ্য কর্মীর সঙ্গে যোগাযোগ করে অবিলম্বে তাদের রক্ত পরীক্ষা ও ক্লোরোকুইন খাওয়ানোর ব্যবস্থা করেন।

সর্বোপরি প্রয়োজন হল, স্বাস্থ্য-শিক্ষা ও সচেতনতা।

ম্যালেরিয়া রোগ ও তার প্রতিকার সম্বন্ধে পারস্পরিক আলোচনা ইত্যাদির মাধ্যমে প্রতিরোধ ব্যবস্থা, সচেতনতা এবং নিজ দায়িত্ব পালনে সকলকে উদ্যোগী করে তুলতে হবে। এজন্য স্থানীয় ক্লাব, মহিলা সমিতি, শিল্প প্রতিষ্ঠানকে নিজ নিজ ভূমিকা পালনে বিশেষ ভাবে সচেষ্ট হতে হবে।

জাতীয় যক্ষ্মা দূরীকরণ প্রকল্প

১। যক্ষ্মা রোগটি কি?

যক্ষ্মা একটি জীবানু ঘটিত মারাত্মক ধরনের সংক্রামক রোগ। এটি বংশগত বা পারিবারিক নয়। জীবানুটির নাম মাইকো ব্যাক্টিরিয়ম টিউবার কুলোসিস। যে সব রোগীর কফে যক্ষ্মা জীবাণু থাকে তাদের স্পুটাম - পজিটিভ্ রোগী বলা হয়। এরাই সমাজের সুস্থ মানুষকে সংক্রমিত করেন। রোগীর কফ জীবানুমুক্ত না হওয়া পর্য্যন্ত তিনি সমাজে রোগটি ছড়াবেন। যক্ষ্মা জীবানু প্রধানতঃ ফুসফুসকে আক্রমণ করে ও ফুসফুসের যক্ষ্মা রোগ (পোলমোনরি টিবার কুলোসিস) সৃষ্টি করে। অবশ্য কিছু ক্ষেত্রে দেহের অন্যান্য অংশে যক্ষ্মা হতে পারে। যেমন গ্ল্যান্ড (লসিকা গ্রন্থি) হাড়, শিরদাঁড়া, কিড্নি, অন্ত্র ইত্যাদি। কফে যক্ষার জীবাণু না থাকলেও ফুসফুসে যক্ষা হতে পারে। যথার্থ পরীক্ষার মাধ্যমে চিকিৎসক এই রোগ নির্ণয় করবেন।

২। যক্ষ্মা কি ভাবে ছড়ায়?

যক্ষ্মা জীবাণু বাতাসের (Droplet) মাধ্যমে ছড়ায়। ফুসফুসের যক্ষ্মা আক্রান্ত রোগীর কফ, হাঁচি, কাশির পথ ধরে, যক্ষ্মা জীবাণু রোগীর ফুসফুস থেকে বেরিয়ে ছোট ছোট কনা বাতাসে থাকে। এই জীবাণু , সুস্থ মানুষের শ্বাস-প্রশ্বাসের সঙ্গে ফুসফুসে ঢুকে সংক্রমন ঘন্টায়।

৩। ভারতে যক্ষ্মা রোগের বিস্তৃতি

কিছু প্রয়োজনীয় তথ্য — আমাদের দেশে — আনুমানিক ১ কোটি ৪০ লক্ষ মানুষ যক্ষ্মা রোগের ভুগছেন — যার মধ্যে ৩৫ লক্ষ স্পুটাম পজিটিভ। — প্রতি বছর যুক্ত হচ্ছে প্রায় ২২ লক্ষ — নতুন রোগী তার মধ্যে ১০ লক্ষ স্পুটাম — পজিটিভ্।

ভারতে প্রতিবছর মারা যান — ৫ লক্ষ মানুষ অর্থাৎ প্রতিমিনিটে ১ কফ স্পুটাস্ - পজিটিভ রোগী সারাবছরে ১০-১৫ জন সুস্থ মানুষকে সংক্রমিত করেন।

ক) জাতীয় যক্ষ্মানিয়ন্ত্রন কর্মসুচী

যক্ষ্মারোগের ব্যাপকতার কথা চিন্তা করে ভারতে জাতীয় যক্ষ্মা-নিয়ন্ত্রন কর্ম্মসুচি রূপায়িত হয় ১৯৬২ সালে। মুল উদ্দেশ্য হল সর্বাধিক সংখ্যক যক্ষ্মারোগীর সনাক্ত করন ও তাদের বিনামুল্যে চিকিৎসার ব্যবস্থার করা। সেই অনুযায়ী প্রতিটি জেলায় "জেলা যক্ষ্মা কর্ম্মসূচি বা ডিস্ট্রিক্ট্ টি বি কনট্রোল প্রোগ্রাম কার্য্যকরী করা হয়েছে। এবং প্রতি জেলায় একটি করে ডিস্ট্রিক্ট্ টি বি সেন্টরা চালু হয়েছে। বিশেষ ভাবে প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত একদল চিকিৎসক ও সুদক্ষ কর্ম্মীবৃন্দ এই কেন্দ্রের মাধ্যমে সারা জেলায় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রনের কর্ম্মধারা পরিচালনা করেন।

কিন্তু এই কর্ম্মসুচির ফলাফল আশাপ্রদ না হওয়ায় ১৯৯২ সালে এর পদ্ধতি জাত ব্যবস্থা পুণরায় সমিক্ষা করে সংশোধিত জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রন কর্ম্মসুচি পর্যায়ক্রমে শুরু করার সুপারিশ করা হয় ও পরিবর্ত্তীকালে এই কার্য্যক্রম সুরু হয়।

খ) সংশোধিত জাতীয় যক্ষ্মা নিয়ন্ত্রন কর্ম্মসুচি

লক্ষমাত্রা পদ্ধতি গত ব্যবস্থা

১। রেজিস্ট্রীকৃত সমস্ত নূতনস্পুটস সমস্ত যক্ষ্মা রোগীর রেজিষ্ট্রি করণ।

পজিটিভ রোগীদের ক্ষেত্রে নিরাময়ের সমস্ত রেজেষ্ট্রিকৃত রোগীদের নিরাময় হার অন্তত পক্ষে শতকরা ৮৫ জন। না হওয়া পর্য্যন্ত চিকিৎসা দেওয়া।

Dots এর প্রয়োগ, নিয়মিত ওষুধের যোগান।

রোগীর অবস্থার উন্নতি ও নিরাময় জানার জন্য নির্দ্দিষ্ট সময়ের ব্যবধানে নিয়মমত কফ পরীক্ষা করা।

২) এই লক্ষ্যমাত্রায় পৌছলে, স্বাস্থ্য পরিষেবার উপস্থিত ৩ (তিন)

সমস্ত নূতন স্পুটাম - পজিটিভ সপ্তাহ বা তারও বেশী সময় রোগীদের মধ্যে অন্তত ৭০ শতাংশের পর্যন্ত কাশতে থাকা রোগীদের কফ পরীক্ষার মাধ্যমে রোগ নির্ণয়।

৩) Dots কাকে বলে ?

Dots মানে Directly observed treatment with short course chemo Therepy. কথাটির অর্থ রোগী স্বল্পমেয়াদী যক্ষ্মারোগের ঔষধ গুলি স্বাস্থ্যকর্মীর উপস্থিতিতে খাবেন। যক্ষ্মা রোগীর চিকিৎসা ব্যবস্থা দুটি পর্য্যায়ে করা হয়। ২-৩ মাস intensive phase এবং ৪-৫ মাস continuation Phase. অবশ্য নির্ভর করবে রোগী কোন শ্রেণীভুক্ত চিকিৎসা ব্যবস্থা পাচ্ছেন।

এই কর্মসুচীর আওতায় ইনটেনসিভ ফেজে ২-৩ মাস ধরে ঔষধগুলি ১ দিন অন্তর সপ্তাহে ৩ দিন খেতে হবে। তারপর কফ পরীক্ষা হবে এবং নেগেটিভ পাওয়া গেলে। রোগীকে সাপ্তাহিক প্যাকেটে যক্ষ্মার ঔষধগুলি দেওয়া হবে যা একদিন অন্তর সপ্তাহে ৩ দিন খেতে হবে। সাপ্তাহিক প্যাকেট থেকে যক্ষ্মারোগের ওষুধগুলি কীভাবে বার করে বিভিন্ন দিনে খেতে হবে সেটা রোগীকে ব্যাখ্যা করে দেখিয়ে দিন। মনে রাখবেন সাপ্তাহিক প্যাকেটের প্রথম মাত্রটি স্বাস্থ্য কর্মীর উপস্থিতিতে খাওয়ানো হবে। বাড়ীতে ঠিকমতো ঔষুধগুলি যাচ্ছেন কিনা জানার জন্য রোগী যখন পরের সপ্তাহে ঔষুধ সংগ্রহ করতে আসবেন। তখন খালি প্যাকেটগুলি পরীক্ষা ঔষুধ সংগ্রহ করতে আসবেন। তখন খালি প্যাকেটগুলি পরীক্ষা করে দেখতে হবে। Continuation Phase ও ২ মাস শেষে এবং চিকিসোর পূরোমেয়াদ শেষে কফ পরীক্ষা একান্ত প্রয়োজনীয়

৪। কখন যক্ষ্মা রোগ সন্দেহ করবেন?

ফুসফুসের যক্ষ্মা

১) ৩ সপ্তাহ বা তারও বেশীদিন ধরে কাশির সঙ্গে কফ পড়া।
২) সন্ধ্যার দিকে জ্বর হওয়া।
৩) ওজন কমে যাওয়া
৪) খিদে কমা।
৫) বুকে ব্যাথা
৬) কফের সঙ্গে রক্ত পড়া।

কী ভাবে যক্ষ্মারোগ নির্ণয় করা হয়।

ফুসফুসের যক্ষ্মারোগ নিশ্চিতভাবে নির্ণয় করার সাধারণত একমাত্র উপায় হলো কফ পরীক্ষা করা। ফুস্‌ফুসের যক্ষ্মা রোগীদের স্পুটাম- পজিটিভ ও স্পুটাম-নেগেটিভ হি দুই শ্রেণীতে ভাগ করা হয়। ফুসফুসের যক্ষ্মা সন্দেহ হলে রোগ নির্ণয় নিশ্চিত করতে কফ পরীক্ষা অবশ্যই করতে হবে। কম পক্ষে কফের তিনটি নমুনা (২টি স্পট ও ১টি ভরে) সংগ্রহ করতে হবে, ২দিনরে মধ্যে হওয়াই বাঞ্চনীয় বরং অনুবীক্ষণ যন্ত্রে তা পরীক্ষা করে দেখতে হবে।

একটি রোগীর নিশ্চিত ভাবে ফুসফুসের যক্ষ্মা হয়েছে বুঝবো তখনই, যখন তার কফে ৩টি নমুনার মধ্যে অন্তত ২টি পজিটিভ পাওয়া যাবে। যেমন রোগীদের কফের নমুনা নেগেটিভ অথবা ১ টি মাত্র নমুনায় Acid fast Bacilli পজিটিভ আছে তাদের কে মেডিকেল অফিসারের কাছে পাঠাতে হবে।

জাতীয় কুষ্ঠ দূরীকরণ প্রকল্প

একজন কুষ্ঠরোগীর থেকে অন্য একজন সুস্থ লোকের কি করে কুষ্ঠ হয়?

১) কুষ্ঠ কি? কুষ্ঠ একটি জীবাণু ঘটিত অসুখ। এই অসুখে ত্বক ও স্নায়ু আক্রান্ত হয়।

প্রতি বছরে ভারতবর্ষে প্রায় ৪ লক্ষ লোক এই অসুখে আক্রান্ত হন। এর মধ্যে কয়েকজন বিকলাঙ্গ হতে পারেন। যদি প্রত্যেক রুগীকে রোগের প্রাথমিক অবস্থায় চিকিৎসা দেওয়া যায় তবে এই বিকলাঙ্গ হওয়া বন্ধ করা যায়।

২) কখন কুষ্ঠ বলে সন্দেহ করতে হবে?

কুষ্ঠ রোগে হওয়া দাগ কয়েক মাস বা বছর ধরে থাকে। জন্ম দাগ কিন্তু কুষ্ঠ নয়। কোন দাগ ধীরে ধীরে বাড়ছে অথচ তাতে চুলকানি নেই--কিন্তু দাগ মিলিয়ে যাচ্ছে-সেটা কুষ্ঠ নাও হতে পারে।

গায়ের অন্য জায়গায়থেকে হাল্কা রঙের দাগ যা মাঝে মাঝে লাল হয়-- তা কুষ্ঠ হতে পারে । একেবারে সাদা দাগ হলে সেটা কুষ্ঠ নাও হতে পারে

দাগের উপর অসাড়তা থাকলে তা কুষ্ঠের সঙ্গে থাকে বলে সন্দেহ হলে রুগীকে অবশ্যই চিকিৎসকের কাছে পাঠাতে হবে।

স্নায়ুর কাছে ব্যথা এবং হাত ও পায়ের পেশীর দুর্বলতা কুষ্ঠ হতে পারে

৩) অসাড়তা কিকরে পরীক্ষা করবেন?

একটা বল পেন / পিন / তুলো / কাগজের টুকরো দরকার হবে

যাকে পরীক্ষা করা হবে তাকেবুঝিয়ে দিতে হবে কি করা হচ্ছে।

উপরে উক্ত জিনিসগুলির মধ্যে যে কোন একটি নিয়ে রুগীর গায়ে ঠেকিয়ে রুগীকে কতবার ঠেকানো হল তা বলতে হবে ও রুগীকে জায়গাটি দেখাতে বললেও চলবে। এরকম কয়েক বার করলে রুগী বুঝতে পারবে কি করতে হবে।

এবারে রুগীকে চোখ বন্ধ করতে বলে আবার একবার একই রকম পরীক্ষা করতে হবে।

মনে করাতে হবে -

১) রুগীকে যদি জিজ্ঞাসা করা হয় ব্যথা বা স্পর্শ অনুভূতি আছে কিনা তাহলে কি উত্তর পাওয়া যাবে না।
২) পরীক্ষার সময় বলপেন / পিন কি খুব আলগা ভাবে ঠেকাতে হবে।
৩) আগে সুস্থ ত্বকে ঠেকিয়ে পরে দাগের উপরে লাগাতে হবে।
৪) এক একবার মাত্র পেন/পিনটা ঠেকাতে হবে।

৪। কুষ্ঠ চিকিৎসা কিভাবে হবে?

কুষ্ঠ রোগী বলে সন্দেহ হলে অবশ্যই ডাক্তারের কাছে পাঠাতে হবে। এবং ডাক্তারের নির্দেশ মত কুষ্ঠ রোগীকে চিকিৎসা করতে হবে। নিচে দেওয়া ওষুধ গুলো দিয়ে চিকিৎসা করলে কুষ্ঠ জীবানু সম্পূর্ণ নির্মূল হয় ও রোগীর কোন ক্ষতি করতে পারে না। অবশ্য কুষ্ঠের কারণে যে বিকৃতি হয় তা ওষুধ দিয়ে সারানো যায় না। সুতরাং যত তাড়াতাড়ি সম্ভব চিকিৎসা শুরু করলে বিকলাঙ্গতা বন্ধ করা যায়। সমস্ত জীবানু গুলোকে সম্পূর্ণ ধ্বংস করার জন্য এক সঙ্গে তিনটি ওষুধ দিয়ে চিকিৎসা করা হয় এবং এই ধরণের চিকিৎসাকে বলা হয় "মাল্টিড্রাগ ট্রিটমেন্ট"।

এই চিকিৎসা ব্যবস্থা সম্পূর্ণ সফল করতে হলে রোগীকে ওষুধ গুলো নিয়মিত ও পুরোমাত্রায় খেতে হবে।

কি কি ওষুধ দেওয়া হয় ?

১) রিফামপিসিম

২) ডাপ সোন

৩) ক্লোফাজিমিন

৪) ওফ্লক্ সাসিন

৫) মিনো সাইক্লিন

চিকিৎসা কখন বন্ধ করা হবে?

কোন এম. বি রোগী যখন মাসে ১৮ মাসে ১২ মাত্রা এম. ডি.টি খেয়ে থাকেন, তখন রোগী রোগ মুক্ত হয়েছেন বলে মনে করতে হবে।

রোগীর ধরণ অনুযায়ী ডাক্তারবাবুর নির্দেশ মত চিকিৎসা সম্পূর্ণ করতে হবে।

যদি চিকিৎসা চলাকালীন রোগী অনুপস্থিত থাকলে কি করতে হবে?

বাড়ি গিয়ে অসুবিধার কারণ জেনে তাকে চিকিৎসা চালিয়ে যাওয়া ব্যাপারে পরামর্শ দিতে হবে। এবং সমস্যা সমাধানের চেষ্টা করতে হবে।

জাতীয় অন্ধত্ব দূরীকরণ প্রকল্প

অন্ধত্ব সমাজ জীবনের এক অভিশাপ। আমাদের দেহের ইন্দ্রিয়গুলির মধ্যে চক্ষু এক প্রধান অঙ্গ। চোখে দৃষ্টি শক্তির অভাবই অন্ধত্বের মূল কারণ। অনেক ক্ষেত্রেই অন্ধত্ব নিবারণ করা সম্ভব। ভারতীয় নাগরিকদের বিনামূল্যে সেই পরিষেবা দেবার জন্য কেন্দ্রীয় সরকার জাতীয় অন্ধত্ব নিবারণ প্রকল্প চালু করেছেন।

অন্ধত্বের কারণ কি কি ?

১। জন্মগত

২। চোখে বা মাথার আঘাত

৩। বেশ কিছু রোগ যেমন

ক) উচ্চ রক্ত চাপ

খ) ডায়াবেটিস

গ) কর্নিয়া ক্ষত

ঘ) গ্লুকোমা

ঙ) রেটিনায় নানাবিধ রোগ

চ) অপুষ্টি বিশেষ ভাবে ভিটামিন 'A' অভাব।

ছ) চোখের ভিতরে বা বাইরে নানা প্রকার টিউমার,

ঞ) রেটিনাইটিস পিগ্‌মেন্টোস। নামে একটি রোগ ইত্যাদি।

কি ভাবে অন্ধত্ব নিবারণ করা যেতে পারে ?

শিশুর জন্মের পরই ভাল ভাবে তার চোখ দুটি পরীক্ষা করা উচিৎ। কোন কিছু অসুবিধা বোধ করলেই চিকিৎসকদের কাছে পরীক্ষা করানো উচিৎ।

যে সব রোগে মানুষ অন্ধ হয়ে যায় তার সুচিকিৎসা ও নির্ধারণ ব্যবস্থা করানো প্রয়োজন। যেমন উচ্চ রক্ত চাপ ডায়াবেটিস এবং পুষ্টি হীনতা। সাময়িক ভাবে অন্ধত্বের প্রধান কারণ চোখে ছানি পড়া।

এই প্রকল্পে Vit A এর প্রয়োজনীয়তার কারণ কি এবং Vit A কোথায় পাওয়া যায়?

ভিটামিন A

১) আমিষ জাতীয় (animal source) ঃ— দুধ, পনীর, দই, ডিম, লিভার এই জাতীয় খাদ্য কিছু খরচসাপেক্ষ তাই অবস্থাপন্ন ব্যক্তিরাই।

২) উদ্ভিজ্জ খাদ্য (Plant source) ঃ— বেশী পরিমানে পাওয়া যায় সবুজ শাক সবজী যেমন সবরকমের শাক, সব রকমের হলদে ফল- যেমন আম, পেঁপে, তরবুজ, গাজর ইত্যাদি।

৩) মাতৃদুগ্ধ ঃ— শিশুদের ক্ষেত্রে স্তন্যপান যাতে বাধ্যতামুলক হয় ৬ মাস পর্যন্ত তা দেখতে হবে - কারণ মাতৃদুগ্ধ ও কোলস্টামে 'Vit A' প্রচুর পরিমানে থাকে।

জাতীয় প্রকল্পে ভিটামিন'A' ডোজ ঃ—

১) শিশুদের ক্ষেত্রে ঃ- ২ লাখ ইউনিট ভিটামিন 'A' প্রতি ৬ মাস অন্তর ৯ মাস থেকে তিন বৎসর পর্যন্ত খাওয়াতে হবে জাতীয় টিকাপ্রকল্পের নিয়ম অনুসারে।

একবছরের কম বয়সের শিশুদের(যাদের ৮ কেজি ওজনের কম ওজন) ক্ষেত্রে - Vit A ১লাখ ইউনিট

একবছরের বেশী বয়সের শিশুদের(যাদের ওজন ৮ কেজির বেশী) ক্ষেত্রে - Vit A ২লাখ ইউনিট

প্রথম ডোজ খাওয়াতে হবে হাম ভ্যাকসিনের সঙ্গে শিশুদের ৯ থেকে ১২ বছর বয়সের মধ্যে। ১লাখ ইউনিট

দ্বিতীয় ডোজ খাওয়াতে হবে ডি.পি.টি ও ওরাল পোলিওর সঙ্গে ১৮ মাস বয়সে- ২লাখ ইউনিট

তৃতীয় ডোজ খাওয়াতে হবে ৬ মাস পর ২৪ মাস বয়সে - ২লাখ ইউনিট

চতুর্থ ডোজ খাওয়াতে হবে ৬ মাস পর ৩০ মাস বয়সে- ২ লাখ ইউনিট

পঞ্চম ডোজ খাওয়াতে হবে ৬ মাস পর ৩৬ মাস বয়সে- ২লাখ ইউনিট

সবসুদ্ধ ৯ লাখ ইউনিট ভিটামিন ডোজ একটি শিশুকে খাওয়াতে হবে তার ৩ বছর বয়সের মধ্যে ৬ মাস অন্তর অন্তর।

২) Long ~~lern~~ term measures – ভিটামিন যুক্ত খাদ্য দিতে হবে বিশেষ করে গর্ভবতী ও প্রসুতি থাকে।

খ) শিশুদের বাধ্যতামূলকভাবে স্তন্যপানে নিযুক্ত করতে হবে অন্ততঃ ৬ মাস পর্যন্ত এবং জন্মের পর পর ~~Loloshrun~~ colostrum নিশ্চয়ই যেন খায় শিশুরা।

এবং বাড়ন্ত শিশুদের যেন সবরকমের শাকসবজী সব রকমের ফল তাছাড়া ডাল জাতীয় খাদ্য খাওয়াতে হবে।

গ) এছাড়া প্রানীজ খাদ্য - দুধ, চিজ, পণীর, দই, ডিম, লিভার ইত্যাদিতে প্রচুর পরিমান ভিটামিন আছে যা ব্যক্তিরা মাঝে মাঝে খাওয়াতে পারে।

ভিটামিন এ অভাব আমাদের দেশে ঃ—

১) দারিদ্রতার জন্য খাদ্যের অভাব।

২) মায়েদের অজ্ঞানতার জন্য তিনবছর পর্যন্ত খাদ্যে যে ভিটামিন এ যুক্ত খাদ্য দেওয়া দরকার তা না জানার জন্য ভুল খাদ্য খাওয়ান।

৩) অনেকদিন ধরে রোগে ভোগা যেমন— আন্ত্রিক, ডাইরিয়া, ক্রিমি ইত্যাদি। ভিটামিন এ ABSORPTION ঠিক মত না হলে বাচ্চাদের বারবার ~~DIANSOSH~~ ও ~~APRI~~ এবং বারবার ~~DIANHOSA APRI~~ হলো VIT ABSORPTION হবে না। Diarrhoea ও ARI diarrhoea, ARI

৪) হামের পর বা হাম হলে ভিটামিন এ কম হয়ে যায় শরীরে। শরীরের মধ্যে যে ভিটামিন এ জমা থাকে তা অনেকাংশে কমে যায়। এতে নিমোনিয়া, ডাইরিয়া, Xeropthalmia হয় এবং হাজার হাজার শিশুরা মারা যায় Sendary complication এর জন্য । এছাড়া কর্নিয়া খারাপ হয়ে অন্ধত্ব ও দেখা দেয় হামের পর।

কি কি রোগ হয় ভিটামিন এ শূন্যতার জন্য ঃ—

১) রাতকানা

২) বিট্‌ড স্পট

৩) কর্নিয়ায় ঘা বা Xerosis

৪) ক্যাবাটো ম্যালোসয়া

৫) কর্নিয়ার স্কার

এবং সবই রোগ যদি ঠিকমত চিকিৎসা না করা হয় ও অন্ধত্বে পরিণত হয়।

জাতীয় প্রকল্পে অন্ধত্ব নিবারণে ব্যবস্থা ঃ—

১) গ্রামে গঞ্জে Health Guide বা স্বাস্থ্যকর্মীরা বাড়ী বাড়ী ঘুরে ভিটামিন এ ডোজ খাওয়ান

২) শহরে ও শহরতলীতে সমস্ত টিকা কেন্দ্রে ভিটামিন এ

৩) P.H.C প্রাইমারি হেলথ সেন্টারে।

কিন্তু আমাদের সমস্ত দেশে ঠিকমত কভারেজ হয় না ৩ বছরের নিচে শিশুদের মধ্যে ৩৩% শিশুরাই ~~all does~~ সব ডোজ পায় মাত্র।

Treatment :

সমস্ত শিশুরা যাদের ভিটামিন এ শূন্যতার রোগের লক্ষণ দেখা দেয় তাদের যত তাড়াতাড়ি সম্ভব ভিটামিন ডোজ খাওয়াতে হবে।

ক্যাবাটোম্যালেসিয়ার ক্ষেত্রে ইনজেকসন ভিটামিন এ যত তাড়াতাড়ি সম্ভব দিতে হবে আর ঐ ডোজ ৭ দিন পর দিতে হবে পরে টেবলেট ২ লাখ ইউনিট খাওয়াতে হবে ১ মাস পর।

যেসব শিশুরা ডাইরিয়া ,হাম, মারাত্মক শ্বাসকষ্টে ভুগছে তাদের স্বাস্থ্যকর্মী দ্বারা ভিটামিন এ যুক্ত খাদ্য কিভাবে খাওয়াতে হবে তা বাড়ী বাড়ী ঘুরে বোঝাতে হবে এবং ভিটামিন এ ডোজ এর Schedule দিতে হবে।

স্টোরকরা ঃ— ভিটামিন এ — সূর্যরশ্মি থেকে দূরে বসতে হবে। এটি ঠান্ডা, অন্ধকার ঘরে রাখা দরকার। যদি স্বাভাবিক ঘরের আর্দ্রতাতে রাখা হয় তো ১ বছর বেশী রাখা যাবে না। এবং যদি বোতল ১ বার খোলা হয় তো ৬ থেকে ৮ সপ্তাহের মধ্যে ব্যবহার করে ফেলতে হবে।

ছানি পড়া কি ?

চোখের ভিতর একটি স্বচ্ছ লেন্সের মাধ্যমে আলো রেটিনায় প্রতিবিম্ব হয় এবং মানুষ দেখে।

যদি কোন কারণে চোখের লেন্স অস্বচ্ছ হয়ে যায় তাহলে সেই চোখের দৃষ্টিহীনতা দেখা দেয়

ছানি পড়ার কারণ কি ঃ

১। জন্মগত

২। চোখে আঘাত জনিত

৩। শৈশবে বংশগত ছানি

৪। বিশেষ ধরণের পুষ্টিহীনতা

৫। কিছু কিছু রোগ যেমন ডায়াবেটিস

৬। বার্দ্ধক্য জানিত ছানি।

অন্ধত্বে কারণ হিসেবে বার্দ্ধক্যজনিত ছানিকেই প্রধান বলে ধরা যেতে পারে। উপযুক্ত স্বাস্থ্য পরিষেবা অভাবের জন্য তাঁরা সময়মতো চিকিৎসা থেকে বঞ্চিত হন। সেই কারণে জাতীয় অন্ধত্ব নিবারণ প্রকল্প বিনামূল্যে রূপায়নের কর্মসূচি নেওয়া হয়েছে।

সচেতনতার মাধ্যমে শৈশব থেকে মানুষের মধ্যে চোখের স্বাস্থ্যবিধির প্রয়োজনীতার কথা বলা দরকার যাতে মানুষ নিজে থেকেই চোখের পরিচর্য্যা করার জন্য অভ্যস্থ হয়। দৃষ্টি শক্তির অভাব বোধ করলেই চক্ষু বিশেষজ্ঞের কাছে যাওয়া প্রয়োজন। এভাবেই প্রথমঅবস্থা থেকেই অন্ধত্ব নিবারণ করা সম্ভব, পুরসভার স্বাস্থ্য নিয়মিত Home Visit -এর সময় উপভোক্তাদের মধ্যে দৃষ্টিশক্তি হীনতার কোন মানুষ দেখলে তাঁকে পুরসভার চক্ষুবিশেষজ্ঞ -এর কাছে অনতিবিলম্বে পাঠিয়ে তার চোখের রোগ নির্ণয় ও চিকিৎসার ত্বরান্বিত করবেন।

নিয়মিত ভাবে উপভোক্তাদের মধ্যে ছানি জনিত কারণে দৃষ্টি স্বল্পতা বা হীনতায় ভুগছেন এমণ মানুষদের নাম খাতায় লিপীবদ্ধ করে রাখা প্রয়োজন।

মাঝে মাঝে বিনামূল্যে ছানি অপারেশন শিবিরের ব্যবস্থা করা প্রয়োজন, যেখানে স্বাস্থ্য কর্মীরা নথীভুক্ত মানুষদের সাথে নিয়ে এসে ছানির অস্ত্রোপচারের সুযোগ করে দেবেন। এ ভাবেই স্বাস্থ্য পরিষেবার মাধ্যমে স্বাস্থ্য কর্মীরা অন্ধত্ব দূরীকরণ প্রকল্পের সক্রিয় সহযোগীতা করে বহু স্বল্পবিত্তে মানুষের দৃষ্টিশক্তি দান করতে পারেন।

জাতীয় ডাইরিয়া দূরীকরণ প্রকল্প

দিনে ৩ বার বা তার বেশি পাতলা পায়খানা হলে ডাইরিয়া বলে। যেমন আন্ত্রিক, আমাশা, কলেরা ইত্যাদি। ভারতে এই রোগটি শিশু মৃত্যুর দ্বিতীয় প্রধান কারণ বলা যায় (প্রায় ২২%)। অন্যান্য রোগের চেয়ে এই রোগের সব চেয়ে বেশি শিশু ভোগে।

প্রতিরোধ —

দূষিত খাদ্য ও পানীয় অথবা বাজারের খোলা খাদ্য ও পানীয় বর্জন করতে হবে। খাদ্য ও পানীয় সর্বদা মাছি ও ময়লা যাতে না পড়ে তার জন্য ঢেকে রাখতে হবে।

নখ ছোট করে পরিষ্কার রাখা, খাদ্য গ্রহণ বা প্রস্তুত করা অথবা পরিবেষণের আগে এবং মলত্যাগের পরে সাবান দিয়ে অবশ্যই হাত ধুয়ে নিতে হবে (এ ছাড়াও মাছি বা দূষিত খাদ্য বা পানীয়েরে মাধ্যমে টাইফয়েড, প্যারাটাইফয়েড, কেঁচো বা কুঁচো কৃমি, পোলিও ও জন্ডিস হয়) বাসন পরিষ্কার জলে ধোয়া উচিত। এছাড়া দাঁত মাজা, মুখ ধোওয়া ইত্যাদি পরিষ্কার জলে করা উচিত। রোগীকে আলাদা রেখে চিকিৎসা করাতে হবে। রোগীর মলমুত্র আলাদা পাত্রে রেখে স্যানিটারি ড্রেন বা পায়খানায় ঢেলে দিতে হবে অথবা মাটি চাপা দিতে হবে। এছাড়া পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা ও স্বাস্থ্য শিক্ষা দিয়ে সকলকে এ বিষয়ে অবহিত করতে হবে। সেই সঙ্গে পরিবেশ পরিচ্ছন্ন রাখতে হবে কারণ আবর্জনা ও মল মশা মাছির বংশ বৃদ্ধির স্থান।

চিকিৎসা

ডাইরিয়ার প্রাথমিক ভাল চিকিৎসা হল নুন চিনির সরবৎ। শরীরে জলের অভাবে মৃত্যু ও নুনের অভাবে বমি শুরু হয়। মানুষের ওজনের দুই ভাগ জল। এর মধ্যে ১০% কমে গেলে মৃত্যু হতে পারে।

ও আর এসের স্বাদ অনেকটা চোখের জলের স্বাদের মত। চিনি অথবা গ্লুকোজ বা গুড় এই জলকে তাড়াতাড়ি শরীরের মধ্যে শুষে নিতে সাহায্য করে কিন্তু পরিমান থেকে কম বা বেশি দিলে বিপরীত কাজ হয়। অর্থাৎ পায়খানা বেশি হয়। তাই পরিমান সম্পর্কে বিশেষ সতর্ক থাকতে হবে।

ও আর এসের ফর্মূলা

(১) নুন — ৩.৫ গ্রাম
(২) খাবার সোডা - ২.৫ গ্রাম
(২) পটাসিয়াম ক্লোরাইড — ১.৫ গ্রাম
(৩) গ্লুকোজ — ২০ গ্রাম

১ লিটার ফোটানো ঠান্ডা পানীয় জলে সরবৎ বানাতে হবে এবং বারবার খাওয়াতে হবে। বানানো সরবৎ ফোটানো উচিত নয়। প্যাকেটের ও আর এস একবার বানিয়ে ২৪ ঘন্টা পর্যন্ত ব্যবহার করা যায়।

বাড়িতে বানানোর নিয়ম —

ফোটানো বা ঠান্ডা
পানীয় জল — ১ লিটার
নুন — $\frac{৩}{৪}$ চা-চামচ
খাবার সোডা — $\frac{১}{২}$ চামচ
লেবু — $\frac{১}{২}$ খানার রস

চিনি — ৬ চামচ
(কখনই এর বেশি নয়)

যদি খাবার সোডা বা লেবু না পাওয়া যায় তবে শুধু নুন চিনির সরবৎই চলবে। চিনির অভাবে ১ চামচ বেশি অর্থাৎ ৭ চামচ গুড় দিতে হবে। ১২ ঘন্টা পর্যন্ত এই সরবৎ ব্যবহার করা যাবে।

বিকল্প ও আর এস

ডাবের জল এক্ষেত্রে সব চেয়ে ভাল। ভাতের ফ্যান, ডালের জল, কম তেল মশলার তরকারির ঝোল, পাতলা ঘোল, মুড়ি ভেজানো জল, পাতলা চিঁড়ের মন্ড, হালকা চায়ের লিকার। বাজারের সরবৎ বা কোন প্রকার ঠান্ডা পানীয় কখনই দেওয়া উচিত নয়।

বমি করে ফেলে দিলেও বারবার এই সরবৎ দিতে হবে এতেই বমি বন্ধ হবে যাবে।

পথ্য —

শিশুকে নিয়মিত মায়ের দুধ খাওয়াবেন। অন্যান্যদের সহজ পাচ্য পুষ্টিকর খাদ্য দিন, যেমন, নরম ভাত, পাতলা মাছের হালকা ঝোল অথবা বাড়িতে পাতা দই ভাত, দই চিড়ে অথবা চিড়ে চিনি।

বিপদ লক্ষণ —

কখন হাসপাতালে পাঠাতে হবে ?

(১) চোখ কোটরে বসে গেলে (২) পায়খানা ও বমি ক্রমেই বেড়ে গেলে, (৩) রোগী নিস্তেজ হয়ে পড়লে (৪) অত্যধিক জ্বর হলে, (৫) পেটে খুব ব্যথা হলে, (৬) মলের সঙ্গে খুব বেশি আম বা রক্ত পড়লে। এই কটি অবস্থাতেই ও আর এস খাওয়াতে খাওয়াতে রোগীকে হাসপাতালে নিয়ে যেতে হবে।

বিদ্যালয় - স্বাস্থ্য - প্রকল্প

উদ্দেশ্য

- সুস্বাস্থ্য রক্ষার জন্য
- রোগ নিবারনের জন্য
- তাড়াতাড়ি রোগ নির্ণয় ও রোগের চিকিৎসা
- পরিবেশেগত স্বাস্থ্যের উন্নতি
- ছাত্রদের স্বাস্থ্য সচেতনতা বৃদ্ধি
- স্কুল ছাত্রদের স্বাস্থ্য-বিষয়ক বিশেষ সমস্যা
- পুষ্টিহীনতা ও রক্তাল্পতা
- সংক্রামক ব্যধি
- কৃমি
- চামড়া, চোখ এবং কানের রোগ
- দাঁত সংক্রান্ত রোগ
- ব্যক্তিগত পরিচ্ছন্নতা
- শারিরিক ও মানসিক প্রতিবন্ধকতা

বিদ্যালয় স্বাস্থ্য - প্রকল্পের কর্মসূচী

- প্রাথমিক ভাবে এই প্রকল্পের অর্ন্তগত বিদ্যালয়গুলি পুঞ্জিভুত করা। পরে ওই স্কুলের শ্রেণীগতভাবে ছাত্র সংখ্যা নির্ধারণ করতে হবে। এর পরে একটি বিশেষ প্রশিক্ষন প্রাপ্ত ব্যক্তিদের দিয়ে সমস্থ স্কুল ছাত্রদের পরীক্ষার ব্যবস্থা করতে হবে। এই পরীক্ষকের দলে চিকিৎসক এবং স্বেচ্ছাসেবী স্বাস্থকর্মী অথবা প্রথম সারির পরিদর্শিকা/জি.এন.এম. এবং ওই স্কুলের প্রশিক্ষণ-প্রাপ্ত শিক্ষক থাকবেন।

ছাত্র ছাত্রীদের স্বাস্থ্য পরীক্ষা

প্রাথমিক স্তরে ওই স্কুলের প্রশিক্ষন প্রাপ্ত শিক্ষক /শিক্ষিকা স্কুলের ছাত্র ছাত্রীদের পরীক্ষা করে তাদের মধ্যে যাদের বিভিন্ন রোগে ভুগছে তাদের নাম লিপিবদ্ধ করবেন তারপরে তাদের স্বাস্থ্য পরীক্ষার জন্য ওই বিদ্যালয়ে স্বাস্থ্য পরীক্ষার জন্য ব্যবস্থা করবেন। এই রূপ স্বাস্থ্য পরীক্ষার পরে প্রয়োজন অনুযায়ী স্থানীয় ESOPD তে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের কাছে নির্দিষ্ট দিনে চিকিৎসার জন্য পাঠাবেন। ভবিষ্যতে ওই চিকিৎসার পরিনাম নিয়মিত লক্ষ্য রাখতে হবে।

প্রতিটি বিদ্যালয়ে ৬ মাস অন্তর এই রূপ স্বাস্থ্য পরীক্ষার ব্যবস্থা করতে হবে।

করণীয়র মধ্যে ঃ

Follow Up

Teacher's Training – ব্যবস্থা করতে হবে।

কিশোরী মেয়েদের জন্য

প্রজননিক স্বাস্থ্য শিক্ষা

(সংক্ষিপ্ত পাঠ্যক্রম)

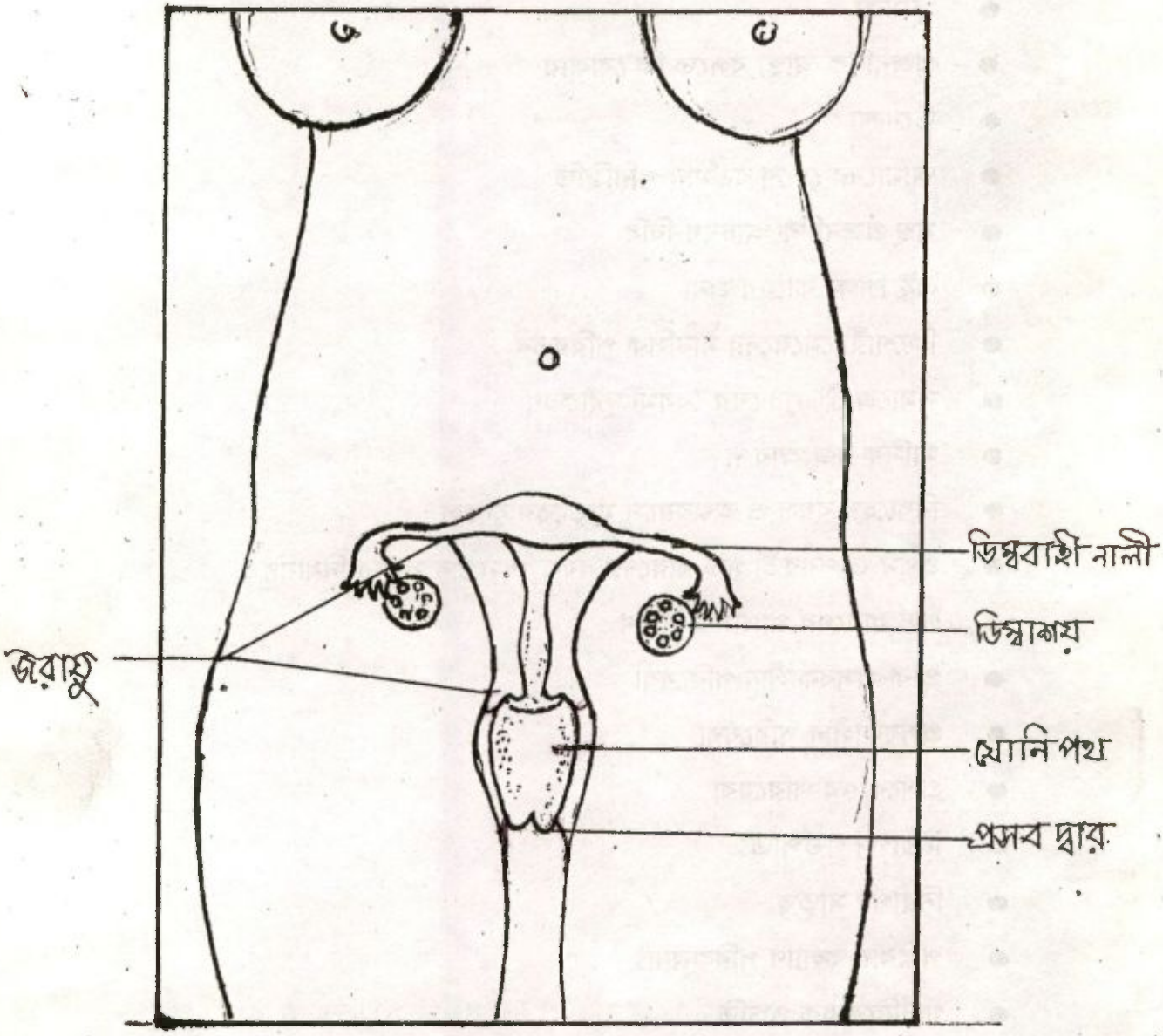
আই. পি. পি.-৮, কলিকাতা
(সি. এম. ডি. এ)

আই. ই. সি. আই. পি. পি. ৮ সি. এম. ডিএ কর্তৃক প্রকাশিত

সূচীপত্র

প্রজননিক স্বাস্থ্য শিক্ষা

- ভূমিকা
- প্রজননিক স্বাস্থ্য বলতে কি বোঝায়
- উদ্দেশ্য
- আমাদের দেশে বর্তমান পরিস্থিতি
- সুস্থ প্রজননিক আচরণ-বিধি
- এই শিক্ষা কাদের জন্য
- কিশোরী মেয়েদের মানসিক পরিবর্তন
- সমাজে স্ত্রী-পুরুষের বৈষম্য দূরীকরণ
- মাসিক রজঃস্রাব
- বিবাহের বয়স ও অল্পবয়সে মাতৃত্বের কুফল
- প্রথম ও পরবর্তী গর্ভ ধারণের বয়স ও সন্তান সংখ্যা নির্ধারণ
- গর্ভ ধারণের প্রাথমিক লক্ষণ
- প্রাক-প্রসবকালীন পরিষেবা
- প্রসবকালীন পরিষেবা
- প্রসবোত্তর পরিষেবা
- নিরাপদ গর্ভপাত
- নিরাপদ মাতৃত্ব
- পরিবার কল্যাণ পরিকল্পনা
- গর্ভনিরোধক পদ্ধতি
- যৌন রোগ ও জননেন্দ্রিয় রোগের প্রতিরোধ



স্ত্রী জননেন্দ্রিয় ছবি

প্রজননিকস্বাস্থ্য-শিক্ষা

ভূমিকা

আলোচনা শুরু করার আগে পরস্পরের মধ্যে পরিচিতির বিশেষ প্রয়োজন আছে। যারা প্রশিক্ষণ নিতে এসেছেন তাদের ধ্যান-ধারণা কি রকম, কেন তারা এখানে এসেছেন তা জেনে নেওয়া ও পারিবারিক কোন বিষয় নিয়ে আলোচনা, পারস্পরিক মত বিনিময় এগুলো করা হ'লে পরিবেশটি অনেক সহজ ও গ্রহণযোগ্য হয়ে উঠবে। আলোচনায় শিক্ষক ও শিক্ষার্থী উভয়েরই অংশ গ্রহণ একান্ত প্রয়োজন। প্রথম দিনের প্রথম ১৫/২০ মিনিট এইভাবে আলাপ আলোচনার মাধ্যমে শিক্ষার্থীদের জড়তা কাটিয়ে তোলা সম্ভব হবে।

প্রজননিক স্বাস্থ্য বলতে কি বোঝায় ?

নিম্নোক্ত বিষয়গুলিকে সঠিক জানা এবং সেই মত নিজেদের জীবনে তা পালন করাকে প্রজননিক স্বাস্থ্য বলে। বিষয়গুলি এই রকম ঃ

১) যৌন-বিষয়ক সুস্থ আচরণ বিধি।

২) অবাঞ্ছিত গর্ভ-রোধ।

৩) নিরাপদে গর্ভ ধারণ ও সন্তান প্রসব।

৪) নিরাপদ গর্ভপাত।

৫) জননেন্দ্রিয়ের সংক্রমণ ও যৌন ব্যাধি প্রতিরোধ

উদ্দেশ্য

প্রজনন সম্পর্কিত স্বাস্থ্য শিক্ষার বিষয়টি অত্যন্ত প্রয়োজন বিশেষত কিশোরী মেয়ে এবং তরুণী মা ও বিবাহিতা মহিলাদের জন্য। কারণ এই বিষয়ে সঠিক জ্ঞান না থাকার ফলে বহু ক্ষেত্রেই ঐ সব কিশোরী, তরুণী ও মহিলাদের স্বাস্থ্যের মান শুধু নেমে যায় না, শারীরিক নানা জটিলতা ও বিপদ ডেকে আনে। তাই অত্যন্ত সহজ কথায় তাদের এ ব্যাপারটি বুঝিয়ে বলা এই কার্যক্রমের বিশেষ উদ্দেশ্য।

আমাদের দেশে বর্তমান পরিস্থিতি ঃ

প্রসব-জনিত সমস্যায় আমাদের দেশে দৈনিক প্রায় চারশ'রও বেশি মা মারা যান। অথচ একটু চেতনা ও জ্ঞান থাকলে এই মৃত্যু রোধ করা অসম্ভব নয়। দৃষ্টান্ত স্বরূপ বলা যায় সন্তান ধারণের উপযুক্ত বয়স

মেয়েদের ১৮ বছর বা তার পরে। এই বয়সের আগে মেয়েদের শরীরের গঠন সম্পূর্ণ হয় না। তাই অপরিণত বয়সে সন্তান গর্ভে এলে নানা সমস্যা ও বিপদের সম্ভাবনা এসে যায়। তা ছাড়া ঘন ঘন সন্তান হলেও বিপদের ঝুঁকি থাকে। সেই কারণে প্রথম ও দ্বিতীয় সন্তানের মধ্যে ৪/৫ বছরের ব্যবধান হওয়া উচিত এবং দুটি জীবিত সন্তান থাকলে আর সন্তান হওয়া উচিত নয়।

সুস্থ প্রজননিক আচরণ বিধি ঃ

বিয়ের বয়স মেয়েদের ক্ষেত্রে আইনত ১৮ বছরের আগে নয় এবং পুরুষের ক্ষেত্রে ২১ এর পরে। শুধুমাত্র এই সহজ জ্ঞানটুকু ও স্বাস্থ্য সম্পর্কিত আচরণ বিধি মেনে চলতে পারলে মাতৃ ও শিশুমৃত্যু ও অন্যান্য স্বাস্থ্য সমস্যাগুলি স্বাভাবিকভাবেই কমে আসবে।

প্রাণী জগতের দিকে তাকালে দেখা যাবে, প্রতিটি জীবজন্তুই জীবনের একটি নির্দিষ্ট বয়সে স্ত্রী-পুরুষের মিলনের মধ্যে দিয়ে বংশ বিস্তার করে। মানুষও এই নিয়মের বাইরে নয়। পুরুষ এবং নারী উভয়েরই বয়ঃসন্ধিকালে শারীরিক ও মানসিক নানা পরিবর্তন ঘটে। এই পরিবর্তনের উদ্দেশ্যও হচ্ছে বংশ সৃষ্টির জন্য প্রস্তুতি। মেয়েদের এ ক্ষেত্রে একটি বিশেষ ভূমিকা আছে কারণ মেয়েরাই সন্তান গর্ভে ধারণ করে থাকে। অথচ অধিকাংশ মেয়েকেই বয়ঃসন্ধিকালে তাদের শারীরিক ও মানসিক পরিবর্তনের কথা এবং এই সময়ে তাদের কিভাবে চলতে হবে তা বুঝিয়ে বলা হয় না। এর ফলে মানসিক দুশ্চিন্তা, ভয় ভীতি ও ভুল ধারণার দরুণ নানা রকম জটিলতার সৃষ্টি হয়। অল্প বয়সী মেয়েরা আপনজনের কাছে মন খুলে সব কথা বলতে সঙ্কোচ বোধ করে। ফলে তারা বাইরে পরিচিত জনের কাছে এ বিষয়ে জানতে চায় ও অনেক সময় ভুল শিক্ষা নিয়ে সমস্যা আরও বাড়ায়। পরিবারের বয়স্কা মহিলাদের এ বিষয়ে একটি গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা আছে। তাঁদের দায়িত্ব পরিবারের মেয়েকে বিষয়টি ঠিকভাবে জানতে ও বুঝতে সাহায্য করা। অল্প বয়স থেকে সঠিক শিক্ষা পেলে প্রজননিক স্বাস্থ্যের সমস্যা অনেক কমে যাবে, শারীরিক ও মানসিক সুস্থতা বজায় থাকবে এবং ছোট পরিবার গঠনের মানসিকতাও তৈরি হবে।

অনিচ্ছাসত্ত্বেও মায়েরা অনেক সময়ে গর্ভবতী হয়ে পড়েন। এদের মধ্যে অল্প বয়সী মায়েরাও আছেন। এর মূল কারণ অজ্ঞতা। এর ফলে জীবন যাত্রার মান যাচ্ছে নেমে। এর প্রতিফলন দেখা যাচ্ছে নিম্নলিখিত ক্ষেত্রে ঃ—

১) খাদ্য ও পুষ্টি

২) স্বাস্থ্য-সেবা

৩) শিক্ষা

৪) বাসস্থান

৫) জীবনে প্রতিষ্ঠা (চাকুরী/ব্যবসা/চাষের জমি)

এই পরিস্থিতির পরিবর্তনের জন্য প্রয়োজন চেতনা বৃদ্ধির এবং জন্ম হার কমানোর জন্য গর্ভ-নিরোধক পদ্ধতির ব্যবহার বাড়ানো। এর জন্য প্রয়োজন একটি সুনির্দিষ্ট কর্মসূচির। এই কর্মসূচি সফলভাবে রূপায়নের জন্য শুধু স্বাস্থ্য দপ্তরের ওপর নির্ভর করলে চলবে না, প্রতিটি মানুষের চেতনা বাড়ানোর জন্য পারস্পরিক আলোচনার প্রয়োজন আছে। দুঃখের বিষয়, অজ্ঞতার দরুন অনেক সুযোগের ব্যবস্থা থাকলেও মানুষ নিতে পারে না। ফলে সেগুলোর সদ্ব্যবহার হয় না। যেমন, বয়ঃসন্ধিকালে মেয়েদের শারীরিক ও মানসিক নানা পরিবর্তন ঘটে। কিন্তু নিছক অজ্ঞতার জন্য ভুল ভ্রান্তির ফলে আবেগবশত কাজ করায় যে অবাঞ্ছিত পরিস্থিতির উদ্ভব হয় তা প্রতিরোধ করার জন্য যে সুযোগ বিনামূল্যে পাওয়ার ব্যবস্থা আছে সচেতনতা না থাকায় এই ব্যবস্থা নিতেও তারা অক্ষম। কিশোরী মেয়ে ও অভিভাবকদের জানা উচিত এ ব্যাপারে আই পি পি-৮ এর স্বেচ্ছা-স্বাস্থ্যকর্মীদের সহযোগিতা তারা যে কোন সময়েই পেতে পারেন।

এই শিক্ষা কাদের জন্য ঃ

যদিও ১০ থেকে ১৯ বছর বয়সের মেয়েদের কিশোরী বলা হয় তবে প্রাথমিক পর্যায়ে ১৫ থেকে ১৯ বছরের মেয়েদেরই এই শিক্ষার জন্য বেছে নেওয়া হয়েছে। শিক্ষার বিষয়গুলি হচ্ছে-স্বাস্থ্য (রোগের কারণ ও প্রতিরোধ এবং দ্রুত চিকিৎসার ব্যবস্থা), অল্প খরচে পুষ্টিকর খাদ্য, শিক্ষা ও ভাবাবেগ বিকাশে সহায়তা করা (যেমন, শারীরিক, মানসিক ও সামাজিক পরিবর্তন এবং এ বিষয়ে কি করণীয় তা জানা)।

কিশোরী বয়সে দৈহিক পরিবর্তন ঃ

এই সময় কিছু দৈহিক পরিবর্তন হয়, যেমন—গলার স্বরের পরিবর্তন, হাত পায়ের গড়নের পরিবর্তন, স্তনের আকৃতিগত পরিবর্তন এবং দেহের কিছু গোপন অংশে চুল গজায়। স্বভাবতই কম বয়সী মেয়েরা এতে ভীত হয়ে পড়ে। তাদের মনে নানা ধরণের চিন্তাভাবনা ও ভুল ধারণার সৃষ্টি হয়। এই সময় বাড়ির বয়স্কা মহিলাদেরই এগিয়ে এসে তাদের সচেতন করার দায়িত্ব নিতে হবে।

কিশোরী মেয়েদের মানসিক পরিবর্তন ঃ

কিশোরী মেয়েরা একটু বেশি রকম ভাব-প্রবণ হয়। এই সময়ে তারা জেদী, অভিমানী, খিট্‌খিটে, অন্যমনস্ক বা উদাসীন এবং কেউ কেউ বড়দের অবাধ্য হয়। এর জন্য তাদের শাসন করার চেয়েও তাদের প্রতি সহানুভূতি ও যতটা সম্ভব সঙ্গদান এবং কিভাবে চলতে হবে তা বুঝিয়ে বলা বিশেষ প্রয়োজন। এ ছাড়া সমবয়সী ছেলেদের প্রতি তারা এই সময়ে একটা বিশেষ আর্কষণ বোধ করে। যৌন চেতনার উন্মেষ হয়।

নানাজনের কাছে বিশেষ করে সমবয়সী বন্ধুদের কাছে এ বিষয়ে জানতে চায়। বহু ক্ষেত্রে তাদের ভুল শিক্ষা ও ক্ষতিকর ধারণার সৃষ্টি হয়। এর ফলে পরবর্তী সময়ে নানারকম শারীরিক ও মানসিক জটিলতার সৃষ্টি হতে পারে। তাই বাড়ির বয়স্কা মহিলাদেরই এ ব্যাপারে বিশেষ দায়িত্ব পালন করতে হবে। কিশোরীদের কাছে টেনে নিয়ে তাদের সঙ্গে খোলাখুলি আলোচনা ও সঠিক পথ-নির্দেশ দিতে হবে। মনে রাখতে হবে তাদের সহানুভূতি, স্নেহ, সঙ্গ ও সহযোগিতা কিশোরীর জীবনকে সুস্থ ও যথার্থ আনন্দময় করে তুলতে পারে।

সমাজে স্ত্রী-পুরুষের বৈষম্য দূরীকরণ ঃ

বিশেষত স্বাস্থ্য, পুষ্টি ও শিক্ষার ক্ষেত্রে স্ত্রী-পুরুষকে সমান চোখে দেখা বিশেষ প্রয়োজন। তা না হ'লে মা ও শিশুর স্বাস্থ্যের উন্নতির প্রচেষ্টা ফলপ্রসূ হবে না।

মেয়েরা যথাযথ শিক্ষা, পুষ্টি ও যত্ন পেলে পরবর্তীকালে পারিবারিক দায়িত্ব পালনে, অর্থ-উপার্জনে এবং কর্মক্ষেত্রে যে ছেলেদের চেয়ে কম নয়, এর ভূরি ভূরি প্রমাণ আছে।

ছেলে না জন্মালে বংশ রক্ষা হয় না- এ বিশ্বাসেরও কোন ভিত্তি নেই। এটি সামাজিক ও ধর্মীয় কু-সংস্কার।

মাসিক রজঃস্রাব ঃ

আমাদের দেশে সাধারণতঃ ১২ থেকে ১৫ বছর বয়সের মধ্যে মেয়েদের রজঃস্রাব শুরু হয়, এবং ৪৪/৪৫ বছর বয়স পর্য্যন্ত প্রতি মাসে এই স্রাব হয়। এই সময়ে মেয়েরা গর্ভধারণে সক্ষম অর্থাৎ এটাই প্রজননকাল। মেয়েদের জীবনে এটা খুবই স্বাভাবিক ঘটনা এবং এজন্য শরীরের বিন্দুমাত্র ক্ষতি হয় না। বরং মাসিক স্রাব না হ'লে বা অস্বাভাবিক সময়ে বা পরিমাণে কম হ'লে, অথবা এ সময়ে পেটে ব্যথা হ'লে চিকিৎসকের পরামর্শ অবশ্যই প্রয়োজন।

অনেক মেয়ে এই সময়ে ভয়পায় বা লোক-লজ্জায় বাইরে বেরোতে চায় না অথবা নানারকম যুক্তিহীন ভাবনা-চিন্তা করে। এক্ষেত্রে পরিবারের বয়স্কা মহিলাদের ও আত্মীয়াদের সঠিক ও সহানুভূতিপূর্ণ পরামর্শদান প্রয়োজন।

রজঃস্রাব শুরুর সময় থেকেই মেয়েদের ডিম্বাণু বেরোনো শুরু হয় অর্থাৎ মেয়েটি মা হওয়ার যোগ্য হয়।

মাসিকের সময় মেয়েদের পরিচ্ছন্নতা, পুষ্টিকর খাদ্য ও পানীয়, কঠিন কাজ বর্জন, মানসিক প্রফুল্লতা ইত্যাদির প্রয়োজন। মাসিক চলাকালীন যৌনমিলন. স্বাস্থ্য বিধিসম্মত নয় কারণ এতে রোগ সংক্রমণের আশঙ্কা বেশি। পরিষ্কার pad ব্যবহার ও পরিষ্কার জলে স্নান না করলে যৌনঅঙ্গে সংক্রামক রোগ হতে পারে। যদিও এটিকাম্য নয় : কিন্তু অন্যান্য দেশের মতো আমাদের দেশেও নানা কারণে এটা বেড়ে চলেছে। এর ফলে শুধু সামাজিক বিপত্তির সৃষ্টি হয় না, শারীরিকও মানসিক বহু সমস্যার সৃষ্টি হতে পারে, যেমন (১) অবাঞ্ছিত গর্ভ সঞ্চার (২) তা থেকে সামাজিক ও শারীরিক সমস্যা সৃষ্টি। (৩) কঠিন যৌনরোগের আক্রান্ত হওয়ার সম্ভাবনা।

সামাজিক লজ্জায়-ভয়ে এদের মধ্যে অনেকেই গর্ভপাত করবার জন্য ক্ষতিকর জড়িবুটি বা হাতুড়ে ডাক্তারের শরণাপন্ন হয়ে মৃত্যুর মুখে পতিত হয় অথবা কিছু মেয়ে আত্মহত্যার পথ বেছে নেয় বা সমাজচ্যুত যৌনকর্মীর জীবন যাপনে বাধ্য করা হয়। তাই এ সমস্যার ফলে অবাঞ্ছিত গর্ভসঞ্চার ও রোগ সংক্রমনের প্রতিবিধান ব্যবস্থা বিষয়ে জানাতে হবে।

বিবাহের বয়স ও অল্প বয়সে মাতৃত্বের কুফল ঃ

যদিও ১৮ বছর মেয়েদের বিয়ের ন্যূনতম বয়স, কিন্তু বাস্তব ক্ষেত্রে এর আগেই অনেকের গর্ভসঞ্চার হচ্ছে। এর মূলে রয়েছে অজ্ঞতা, অভাব ও ধর্মীয় এবং সামাজিক কুসংস্কার।

১৮ বছরের আগে জঙ্ঘার (hipbone) হাড় ও জরায়ুর গঠন ও গড়ন সম্পূর্ণ হয় না, ফলে গর্ভজনিত ও প্রসবজনিত নানা প্রকার জটিলতার সৃষ্টি হয় এবং বিরাট সংখ্যক মা অল্প বয়সে অসুস্থতা ও মৃত্যুর শিকার হন। যেমন, গর্ভকালে রক্ত-স্রাব, প্রসবকালে জটিলতা, দীর্ঘায়িত প্রসব-কাল, প্রসবে বাধা, ফলে মা ও শিশুর মৃত্যু, প্রসবকালে অধিক রক্তক্ষরণ, মায়ের eclampsia নামক কঠিন ব্যাধি, অপুষ্ট, অসুস্থ বা মৃত সন্তান প্রসব। এ ছাড়া এই বয়সে মায়ের মাতৃত্বের দায়িত্ব নেওয়ার মত মানসিক পরিণতি ও প্রস্তুতি হয় না। এদের পরবর্তী গর্ভের ও প্রসবের সময়ও বিপদের আশঙ্কা থাকে। এ ছাড়া মায়ের অপুষ্টি ও রক্তাল্পতা, এ সময়ে (Pre-term) সন্তান প্রসব ও অপুষ্ট সন্তান (Low Birth Weight) হওয়ার প্রবল সম্ভাবনা থাকে।

প্রথম ও পরবর্তী গর্ভ ধারণের বয়স ও সন্তান সংখ্যা নির্দ্ধারণ ঃ

১৮ বছরের আগে বিয়ে নয়। প্রথম সন্তান বিয়ের ২/৩ বছর পরে। প্রথম ও দ্বিতীয় সন্তান জন্মের ব্যবধান ৪/৫ বছর এবং তৃতীয় সন্তান কখনই নয়। এ বিষয়ে স্বাস্থ্য-কর্মী ও সাব-সেন্টার, স্বাস্থ্যকেন্দ্র ও হাসপাতালে পরামর্শ ও সাহায্য পাওয়া যায়।

গর্ভ-ধারণের প্রাথমিক লক্ষণগুলি হচ্ছে ঃ

মাসিক রজঃস্রাব বন্ধ হয়ে যায়, খাদ্যে অরুচি হয়, সকালের দিকে বমিভাব বা বমি হয়, কারো কারো মাথা ঘোরে ও শরীরে অস্বস্তি বোধ হয় এবং ঘন ঘন প্রস্রাবের ইচ্ছা হয়, স্তনে ভারী বোধ, চাপ দিলে কখনও কখনও স্তন থেকে জলীয় পদার্থ বেরোয়, স্তনের বোঁটার চার পাশের রঙীন অংশ আরও ছড়িয়ে যায়।

গর্ভবতী মায়েদের প্রাক্-প্রসবকালীন পরিষেবা ঃ

মহিলার ১টি ডিম্বাণু ও পুরুষের ১টি শুক্রাণুর মিলনের ফলে ভ্রূণের সৃষ্টি হয়। ইহা ২৮০ দিন, ৪০ সপ্তাহ অর্থাৎ ৯ মাস ৭ দিন ধরে বৃদ্ধি লাভ ক'রে সন্তানের জন্ম দেয়।

গর্ভবতী হলে মাকে অবশ্যই হাসপাতাল, হেলথ সেন্টার বা সাব-সেন্টারে নাম রেজিষ্ট্রি করিয়ে নিয়মিত চেক্-আপ অর্থাৎ পরীক্ষা করাতে হবে। সাধারণতঃ ৩ মাস থেকে ৭ মাস পর্যন্ত মাসে ১ বার, ৮ মাসে ২ বার এবং ৯ মাস থেকে প্রসবকাল পর্যন্ত সপ্তাহে ১ বার করে পরীক্ষা করাতে হবে। যদি তা সম্ভব না হয়, তবে অন্তত পক্ষে ৩ টি চেক্-আপ অবশ্যই করাবেন, যেমন--২০, ৩২ এবং ৩৬ সপ্তাহে। এ সময়ে মা স্বাভবিকের চেয়ে সিকি ভাগ বেশী খাদ্য খাবেন, রোজ ১ টা করে ১০০ দিন ধরে আয়রণ-ফলিক এসিড বড়ি খাবেন, ডাল ও টাটকা শাক-সব্জি বেশী করে খাবেন, পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন থাকবেন, ধনুষ্টঙ্কারের টিকা নেবেন, সকালে ও সন্ধ্যায় ভ্রমণ করবেন এবং কোন অসুখ হলে সত্বর চিকিৎসা করাবেন। এই সময়ে কোন রকম বেশা করলে বা চিকিৎসকের পরামর্শ ছাড়া নিজে নিজে কোন ওষুধ খেলে প্রতিবন্ধী শিশুর জন্মের আশঙ্কা থাকে।

প্রসব-কালীন পরিষেবা — প্রতিটি মায়ের হাসপাতাল বা হেলথসেন্টারে প্রসব হওয়া উচিত। শুধু নিরাপদ প্রসবের জন্য নয়, প্রসব-কালীন জটিলতার যথাযথ চিকিৎসা ক'রে মা ও সন্তানের জীবন রক্ষার জন্যও বটে। অর্থাৎ মা ও শিশুর মৃত্যুহার কমবে।

প্রসবোত্তর পরিষেবা— (প্রসবের পরে ৬ মাস পর্যন্ত) হাসপাতালে বা হেলথসেন্টারে অন্ততঃ ৩ বার, যেমন ৩দিনে, ৭দিনে ও ১০ দিনে চেক্-আপ করাতে হবে। প্রয়োজনে আরও বেশীবার চেক্-আপ করাতে হবে। এ সময়ে মা স্বাভাবিক খাদ্যের দেড়গুণ পরিমাণ খাদ্য খাবেন, রোজ ১টি ক'রে ১০০ দিন আয়রণ-ফলিক এসিড বড়ি খাবেন, গর্ভনিরোধক ব্যবহার ক'রবেন এবং কোন অসুখ হলে সত্বর চিকিৎসা করাবেন।

বিঃ দ্রঃ (১) এ ছাড়া প্রাক্প্রসব বা প্রসবোত্তর কালে কোন রকম অসুবিধা দেখা গেলে অথবা জল ভাঙলে অতি অবশ্য হাসপাতাল, সাবসেন্টার বা হেলথ সেন্টারে আসতে হবে।

(২) এই সময়ে কোন রকম রক্তক্ষরণ অথবা গর্ভপাতের আশঙ্কা দেখা দিলে অতি অবশ্য এমন হাসপাতালে পাঠাতে হবে যেখানে অপারেশনের ব্যবস্থা আছে। এ সম্বন্ধে স্বেচ্ছা স্বাস্থ্যকর্মী সঠিক পরামর্শ দিতে পারেন।

(৩) গর্ভকালীন এবং প্রসবোত্তর পরিষেবার বিষয়গুলো আলোচনা করতে হবে। যেমন,— কোন প্রকার অসুখের সত্বর চিকিৎসা, অল্প খরচে পুষ্টি, বিশ্রাম ও ব্যায়াম, ধনুষ্টঙ্কারের টীকা-করণ, ঘুম কমে যাওয়া, পা ফোলা, আয়রণ ফলিক এ্যাসিড বড়ি, সাধারণ স্বাস্থ্য পরীক্ষা, গর্ভসংক্রান্ত পেটের পরীক্ষা, দেহের ওজন নেওয়া, রক্তচাপ পরীক্ষা, রক্ত এবং প্রস্রাব পরীক্ষার প্রয়োজনীয়তা ইত্যাদি।

এছাড়া এই সময়ে মাকে পরবর্তী কালের জন্য নিজের এবং শিশুর পরিষেবা বিষয়ে কিছু পরামর্শ দেওয়া উচিৎ। যেমন,— পরিবার পরিকল্পনা, মাতৃদুগ্ধের উপকারিতা, দুধ ছাড়াও অন্য পরিপূরক আহার্য (weaning), পরিচ্ছন্নতা, টীকা-করণ এবং যে কোন রোগের সত্বর চিকিৎসার প্রয়োজনীয়তা।

নিরাপদে গর্ভপাত — প্রতিটি দেশেই বহু মা অবৈধ গর্ভপাতজনিত কারণে মারা যান। আমাদের দেশে যত মায়ের মৃত্যু হয় তার শতকরা ১১ জন এখনও এই কারণে মারা যান। যদি স্বাস্থ্যসম্মত উপায়ে গর্ভপাত করানো যায় (M.T.P.) তবে সবাইকে বাঁচানো যায়। তাই গর্ভপাত করাতে হলে হাসপাতাল বা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে করাতে হবে। এ বিষয়ে স্বাস্থ্যকর্মী সাহায্য করতে পারেন।

মনে রাখবেন ১২ সপ্তাহের মধ্যে গর্ভপাত করাতে হয়। কিছু বিশেষ কারণে ২০ সপ্তাহ পর্যন্ত চলতে পারে এর পরে এটি অবৈধ কারণ মায়ের বিপত্তির আশঙ্কা থাকে। আমরা চাই অবৈধ গর্ভপাতের ফলে যেন একটি মায়েরও মৃত্যু না হয়;কারণ মা শুধু পরিবারের নয়, সমাজের এবং দেশের সম্পদ অর্থাৎ ইনিই মূল সৃষ্টির স্রষ্টা। জানা দরকার যে গর্ভপাত (M.T.P.) গোপনে করা হয় এবং নাম-ধাম গোপন রাখা হয়।

হাতুড়ের কাছে যেমন গর্ভপাত করানো উচিত নয়, তেমনি অকারণে ও বারবার গর্ভপাত অথবা যার এখনও সন্তান হয়নি এসব ক্ষেত্রে গর্ভপাত অবাঞ্ছনীয় ও ক্ষতিকর।

নিরাপদ মাতৃত্ব

(ক) **গর্ভধারণের বয়স** ঃ ২০ বছরের আগে নয়। একটি সন্তানের ৪-৫ বছরের ব্যবধানে দ্বিতীয় সন্তান বাঞ্ছনীয়। এরপরে আর কখনই নয়। অর্থাৎ স্থায়ী জন্ম নিয়ন্ত্রণ পদ্ধতি গ্রহণ করতে হবে। অস্থায়ী পদ্ধতি দ্বারা গর্ভধারণ রোধ করা সম্ভব। কিন্তু ২টি সন্তানের পরে (তা মেয়ে বা ছেলে হোক) স্থায়ী পদ্ধতিই বাঞ্ছনীয়।

ঝুঁকি সম্পন্ন মা (এদের প্রসব-কালে বিপদ সম্ভাবনা খুব বেশী, তাই অতি অবশ্য চেক্-আপে রাখতে হবে এবং হাসপাতালে প্রসব হবে।)

পরিবর্তিত জেলা প্রকল্প

মডিউল ৩

জেলাস্তরে প্রজননিক স্বাস্থ্যরক্ষা পরিষেবার সুসংহত সরবরাহ

শিক্ষণ উপকরণ

স্বাস্থকর্মীদের জন্য

জেলা - ২৪ পরগণা (উত্তর)

মানব প্রজনন গবেষণা কেন্দ্র
(ভারতীয় চিকিৎসাবিজ্ঞান গবেষণা পরিষদ)
স্ত্রীরোগ ও ধাত্রীবিদ্যা বিভাগ
আর. জি. কর মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল,
কলকাতা

বয়ঃসন্ধিকালে স্বাস্থ্যচেতনা ও যৌন শিক্ষা

(পরিবর্তিত জেলা প্রকল্প)

মডিউল - ৩

স্বাস্থ্য কর্মীদের জন্য

ইন্ডিয়ান কাউন্সিল অব্ মেডিক্যাল রিসার্চ
(ভারতীয় চিকিৎসাবিজ্ঞান গবেষণা পরিষদ)
নয়াদিল্লী
১৯৯৬

বয়ঃসন্ধিকালে স্বাস্থ্যচেতনা ও যৌনশিক্ষা

পরিবর্তিত জেলা প্রকল্প

মডিউল - ৩

স্বাস্থ্য কর্মীদের জন্য

ডাঃ অমিত কুমার চক্রবর্তী
গবেষণা অধিকারিক

ডাঃ শক্তিপদ প্রধান
গবেষণা আধিকারিক

মানব প্রজনন গবেষণা কেন্দ্র,
(ভারতীয় চিকিৎসাবিজ্ঞান গবেষণা পরিষদ),
স্ত্রীরোগ ও ধাত্রীবিদ্যা বিভাগ,
আর. জি. কর মেডিক্যাল কলেজ ও হাসপাতাল
কলকাতা

মুখবন্ধ

১৯৯৪ খ্রীষ্টাব্দের সেপ্টেম্বর মাসে মিশরের কায়রোতে অনুষ্ঠিত জনসংখ্যা ও বিকাশের ওপর আন্তর্জাতিক মহাসম্মেলনে (ICPD) গৃহীত লক্ষ্য হলো ২০১৫ খ্রীষ্টাব্দের মধ্যে সকলের জন্য প্রজননিক স্বাস্থ্যও শিশুস্বাস্থ্য (Reproductive & Child Health) পরিষেবা অবারিত করা। সেই লক্ষ্য সামনে রেখে ভারতীয় চিকিৎসাবিজ্ঞান গবেষণা পরিষদ (ICMR) ও ভারত সরকার পরিবর্তিত জেলা প্রকল্প (Modified District Project) – এর অঙ্গ হিসেবে চিকিৎসক ও স্বাস্থ্যকর্মীদের জেলান্তরে 'প্রজননিক স্বাস্থ্যরক্ষা সুসংহত পরিষেবা প্রদান'– এর উপর প্রশিক্ষনের ব্যবস্থা করেছে। কায়রো সম্মেলনে গৃহীত সংজ্ঞানুযায়ী 'প্রজননিক স্বাস্থ্যরক্ষা' (Reproductive Health Care) হলো — প্রজননিক স্বাস্থ্য সমস্যার প্রতিরোধ ও সমাধানের মাধ্যমে প্রজননিক স্বাস্থ্য ও সুস্থতা সৃষ্টিকারী সুনিনাত্ত প্রনালী, প্রয়োগকৌশল ও পরিষেবার সমাহার। বিশ্বস্বাস্থ্য সংঘ (WHO) - এর মতানুযায়ী, 'প্রজননিক স্বাস্থ্য' (Reproductive Health) হলো - প্রজননক্ষেত্রে দৈহিক, মানসিক ও সামাজিক সম্পূর্ণ সুস্থতা ও কল্যান। 'প্রজননিক স্বাস্থ্যরক্ষা পরিষেবার অন্তর্গত উপাদানগুলি হলো - (১) পরিবার পরিকল্পনা পরিষেবা, (২) নিরাপদ গর্ভপাত পরিষেবা (MTP), (৩) যৌনস্বাস্থ্য ও যৌনশিক্ষা, (৪) বয়ঃসন্ধিকালীন/প্রাকযৌবন স্বাস্থ্যরক্ষা, (৫) যৌনরোগ ও এইড্‌স সহ প্রজননানালীর সংক্রমণ নিরসন, (৬) শিশু উজ্জীবন পরিষেবা, (৭) নিরাপদ মাতৃত্ব পরিষেবা, (৮) বন্ধ্যাত্বমোচন পরিষেবা, (৯) স্তন ও প্রজননানালীর ক্যানসার নির্ণয় ও (১০) উচ্চতর স্তরে চিকিৎসার নিমিত্ত প্রেরণ পরিষেবা ইত্যাদি। আশা করি, মানব প্রজনন গবেষণা কেন্দ্র (আই. সি. এম. আর) , আর জি. কর. মেডিকেল কলেজ শাখা ও জেলা স্বাস্থ্য কর্তৃপক্ষের যৌথ উদ্যোগে উত্তর ২৪ পরগণা জেলায় স্বাস্থ্যকর্মীদের পূর্বোক্ত উপাদানগুলির ওপর আমাদের এই প্রশিক্ষন প্রচেষ্টা সর্বাংশে ফলপ্রসূ হবে এবং মাতৃ, শিশু ও পরিবার কল্যানকার্যে নিয়োজিত স্বাস্থ্যসেবীদের প্রদত্ত পরিষেবার মানোন্নয়ন ঘটবে

অধ্যাপিকা ডাঃ গীতা গাঙ্গুলী (মুখার্জী)
বিভাগীয় প্রধান - স্ত্রী রোগ ও ধাত্রীবিদ্যা বিভাগ,
প্রধান গবেষিকা ও ভারপ্রাপ্ত আধিকারিক,
মানব প্রজনন গবেষনা কেন্দ্র (আই. সি এম. আর)
আর. জি. কর. মেডিকেল কলেজ ও হাসপাতাল,
কলিকাতা

-ঃ বিষয়সূচী ঃ-

		পৃষ্ঠা নং
১.	বয়ঃসন্ধি (Adolescence) কি ?	১
২.	বয়ঃসন্ধিকালীন স্বাস্থ্যরক্ষার (Adolescent Health Care) প্রয়োজন কেন ?	১
৩.	কিশোরীদের বয়ঃসন্ধিকালে লৌহঘাটতি জনিত রক্তাল্পতার কারণ ও ফলাফল কি ?	১
৪.	রজোদর্শন বা ঋতুস্রাবের সূচনা (Menarche) কি ?	২
৫.	বয়ঃসন্ধিকালীন অতিরিক্ত রজস্রাব (Puberty Menorrhagia) কি ?	৩
৬.	বেদনাদায়ক রজস্রাব (কিশোরীদের) কি ?	৩
৭.	কিশোরীদের যৌনাঙ্গের প্রদাহ (Vulvovaginitis) কি ?	৩
৮.	বয়ঃসন্ধিকালে কিশোরীদের গর্ভাবস্থার সমস্যা ও জটিলতা কি কি ?	৪
৯.	বয়ঃসন্ধিকালে কিশোরীদের সাধারণ যৌন সমস্যার বিষয় কি কি ?	৪
১০.	বয়ঃসন্ধিতে কিশোরদের সাধারণ যৌন সমস্যার বিষয় কি কি ?	৫
১১.	সূত্রাবলী	৭

বয়ঃসন্ধিতে স্বাস্থ্য সচেতনতা ও যৌনশিক্ষা

১. বয়ঃসন্ধি (Adolescence) কি ?

কোন ব্যক্তির ১০ থেকে ২০ বছরের মধ্যবর্তী বয়সীমাকে বয়ঃসন্ধিকাল বলে। এই সময়ে উল্লেখযোগ্য যে পরিবর্তনগুলি ঘটে তা হল -

– এই সময় শারীরিক বৃদ্ধি ও পূর্নতাপ্রাপ্তি হয়। তাই বয়ঃসন্ধি হল বৃদ্ধিকাল।

– যৌনগ্রন্থি (Gonad) - এর বৃদ্ধি ও যৌনাঙ্গের বিকাশের ফলে দেহাবয়বের পরিবর্তন আসে।

– দ্রুতবৃদ্ধি কিশোরদের তুলনায় কিশোরীদের আগে হয়।

– কিশোর-কিশোরীদের মানসিক, দৈহিক এবং আত্মসামাজিক বিকাশ ঘটে।

২. বয়ঃসন্ধিকালে স্বাস্থ্য - সচেতনতা কেন প্রয়োজন?

বিভিন্ন কারণে আমাদের দেশে, বিশেষ করে, কিশোরীদের জন্য বয়ঃসন্ধিকাল স্বাস্থ্যসচেতনতা জীবন প্রয়োজন।

–শৈশব থেকে শিশুকন্যার প্রতি বাবা মায়ের অবহেলার কারণে মেয়েরা পুষ্টিগত বঞ্চনার শিকার হয়। ফলে মহিলারা হয় দুর্বল স্বাস্থ্যের অধিকারী পুষ্টির অভাবে মায়েদের শরীর হয় খর্বকায় (Short Stature) - এবং শীর্ণ এবং শারীরিক ওজনও কম হয়। যারফলে এইসব মায়েরা যে শিশুর জন্ম দেয় তারাও হয় কম ওজনের (Low birth weight)

– কিশোরীদের স্বল্পশিক্ষার জন্য স্বাস্থ্যসংক্রান্ত সুবিধাগুলি কোথায় কিভাবে পাওয়া যায় সে বিষয়ে ও সচেতনতা কম, ফলে স্বাস্থ্য পরিষেবাগুলি ব্যবহার ও করতে পারে না।

– ১৫ থেকে ১৯ বছর বয়সী মেয়েদের অল্পবয়সে গর্ভধারণ (Teenage Pregnancy) - মা ও শিশু দু'জনের পক্ষেই বিপদজনক। এই বয়সের মায়েদের মৃত্যুহারও বেশী - বিশেষ করে সেইসব মায়েদের ক্ষেত্রে - যারা বয়ঃসন্ধিকালে অপুষ্টির শিকার এবং গর্ভকালীন পরিষেবাগুলো ঠিকমত গ্রহন করতে পারে নি, খুব অল্প বয়সী মায়েদের ক্ষেত্রে গর্ভাবস্থায় জীবন সংশয়কারী সমস্যাগুলি বেশী দেখা যায়। গর্ভাবস্থাজনিত রক্তচাপ (PIH) বৃদ্ধির সম্ভাবনা, যেসব মায়েরা ১৫ বছরের কম বয়সে প্রথম গর্ভবতী হয়, তাদের ক্ষেত্রে ৫ গুন বেশী।

৩. বয়ঃসন্ধিকালে কিশোরীদের লৌহঘাটতি জনিত রক্তাল্পতা (Iron - deficiency Anaemia) কারণ ও ফলাফল গুলি কি কি ?

লৌহ-ঘাটতি জনিত রক্তাল্পতার কারণগুলি হল ঃ–

(১) বয়ঃসন্ধিকাল দ্রুত দৈহিক বৃদ্ধি (growth spurt),

(২) মাসিক বা রজস্রাবের সূচনা হয়।

(৩) পুষ্টিগতভাবে দুর্বল কিশোরীরা

(৪) গর্ভাবস্থায় শরীরের সঞ্চিত লৌহ বা আয়রনের ভাণ্ডার নিঃশেষিত হতে থাকে। কিশোরীদের রক্তাল্পতা ও অপুষ্টি আরো বেড়ে যায়।

ফলাফলগুলি :-

(১) খর্বাকার চেহারা (short stature), চির-রুগ্নস্বাস্থ্য, (Chronic ill-health)

(২) সংক্রমন ও রোগ প্রতিরোধক্ষমতা হ্রাস পায়।

(৩) রক্তাল্পতার জন্য গর্ভাবস্থায় গর্ভপাত, অপরিণত প্রসব (Premature labour), অমরা বা গর্ভফুলের (Placenta) হঠাৎ চ্যুতি (Abruptio Placentae) এবং রক্তস্রাব হতে পারে।

(৪) মায়েদের গর্ভাবস্থাজনিত কারণে মৃত্যুহার (Maternl Mortality) এবং রুগ্নতা (Morbidity) বেশী হয়। ২০-২৯ বছর বয়সীদের তুলনায় ২০ বছরের কম বয়সী মায়েদের ক্ষেত্রে নবজাতক ও শিশু মৃত্যুহার বৃদ্ধি পায়।

<u>প্রতিরোধ ব্যবস্থা</u> : পুষ্টিগত সহায়তা ও সংযোজন (Nutritional Supplimentation)

৪.রজোদর্শন বা মাসিকের সূচনা (Menarche) কি ?

রজস্রাব বা মাসিক প্রথম শুরু হওয়ার ঘটনাকে রজোদর্শন বা Menarche বলা হয়। বয়ঃসন্ধিকালে এটি একটি গুরুত্বপূর্ণ ঘটনা। শুরুতে মাসিক বা ঋতুচক্রের দৈর্ঘ্য বিভিন্ন হতে পারে এবং ডিম্বনিঃসারী নাও হতে পারে (Anovulatry)। রজোদর্শন বা মাসিকের সূচনার বয়স কতকগুলি বিষয়ের উপর নির্ভর করে :

(১) বংশগত (Genetic) - পারিবারিক ইতিহাস।

(২) আর্থসামাজিক অবস্থান - সুপুষ্ট ও উচ্চবিত্তদের ক্ষেত্রে আগে সূচনা হয়।

(৩) স্থূলতা (Obesity) - স্থূল বা মেদবহুল মেয়েদের ক্ষেত্রে বিলম্বিত হয়।

(৪) শরীরচর্চা - খেলোয়াড় মেয়েদের মাসিকের সূচনা বিলম্বিত হয়।

সাধারণতঃ অত্যধিক শরীরচর্চা বা কায়িক শ্রম এর ফলে রজোদর্শন (Menarche) বিলম্বিত হতে পারে । কখনও কখনও স্বল্প ঋতুস্রাব, এমনকি মাসিক বন্ধও থাকতে পারে। বর্তমানে বিভিন্ন গবেষণায় দেখা গেছে যে, যদি ২-৩ মাস পরিশ্রম বন্ধ রাখা হয় তাহলে মাসিক আপনা থেকে শুরু হয়। অন্যথায়, অরো পরীক্ষা-নিরীক্ষা করা প্রয়োজন। নিম্নলিখিত ক্ষেত্রগুলিতে চিকিৎসকের পরামর্শের জন্য পাঠানো দরকার :

— যে সকল মেয়েদের সহায়ক যৌন বৈশিষ্ট্যগুলি বিকশিত হয়নি বা অস্বাভাবিক থাকে।

— যাদের রজঃস্রাব বা মাসিক ১৬ বছর বয়সেও শুরু হয়নি।

৫. বয়ঃসন্ধিকালীন অতি-রজস্রাব (Puberty Menorrhagia) কি?

বয়ঃসন্ধিকালীন অতি-রজস্রাবে মাসিক ঋতুচক্রে অতিরিক্ত রক্তপাত ঘটে এবং দীর্ঘকাল ধরে চলে। রজোদর্শনের পরবর্ত্তী কয়েক মাস রজস্রাব সাধারণতঃ অতিমাত্রায় হয়ে থাকে। কিন্তু এর ফলে যদি কোনরকম শারিরীক লক্ষণ (যেমন, রক্তাল্পতা) দেখা যায়, তবে সেক্ষেত্রে চিকিৎসার প্রয়োজন।

৬.কিশোরীদের বেদনাদায়ক রজঃস্রাব (Dysmenorrhoea) কি ?

— মাসিকের সময় যন্ত্রনা। ৫০ শতাংশে মেয়েদের মাসিকের সময় অল্পস্বল্প অস্বস্তি অনুভূত হয়। কিন্তু ৩-১০ শতাংশে মেয়েদের অসহ্য যন্ত্রনা হতে পারে।

নিদানিক (রোগের) বৈশিষ্ট্য ঃ-

(ক) সবসময়েই ডিম্বানু নিঃসারী ঋতুচক্রে ঘটে।

(খ) রজোদর্শনের সূচনার কয়েকমাস পরে দেখা যায়।

(গ) মাসিক ঋতুস্রাব শুরুর কয়েক ঘন্টা আগে ব্যথা অনুভূত হয়।

(ঘ) এটা তলপেটে ব্যথা, যার প্রকৃতি মোচড়ানো (Colic) ধরণের। কোনো কোনো ক্ষেত্রে এর সঙ্গে থাকে বমি বমি ভাব (Nausea), বমি করা (Vomiting), অবসন্নতা ও মাথাব্যাথা।

ব্যবস্থাপনা (Management) ঃ-

(ক) প্রতিরোধ-মূলক ব্যবস্থা ঃ- ঋতুচক্রের স্বাভাবিক শারীরবিদ্যা, জননাঙ্গের স্বাস্থ্যবিদ্যা ও সাধারণ স্বাস্থ্যরক্ষা সম্পর্কে কিশোরীদের শিক্ষা প্রদান। রজস্রাব সম্পর্কিত অতিকথন বা কাল্পনিক সংস্কার সম্বন্ধে সচেতন করা প্রয়োজন।

(খ) আশ্বাস প্রদান/ মানসিক চিকিৎসা/ যথার্থ আলাপ আলোচনা।

(গ) দুর্বল স্বাস্থ্যের পুনরুদ্ধার।

(ঘ) প্রয়োজনে অ্যাস্পিরিন ট্যাবলেট।

(ঙ) অ্যান্টি স্প্যাস্মোডিক্স (Antispasmodic)।

যদি এতেও কোনো উপশম না হয়, তবে মেয়েটিকে আরো চিকিৎসার জন্য ডাক্তারের কাছে পাঠানো উচিত।

৯. কিশোরী মেয়েদের যৌনাঙ্গের প্রদাহ (Vulvovaginitis) কি ?

অল্পবয়সী মেয়েদের মধ্যে যৌনাঙ্গের প্রদাহের প্রবণতা এবং মূত্রনালীর সংক্রমণ প্রায়শঃই দেখা যায়, কারণ স্ত্রী হর্মোন ইস্ট্রোজেনের মাত্রা কম থাকার জন্য যোনির ক্ষরণের বা স্বাভাবিক স্রাবের ক্ষারকীয়তা বেশী থাকে। বয়ঃসন্ধিতে জরায়ুমুখের (Cervical) ও ভেস্টিবুলার গ্রন্থি সক্রিয় হয়, ফলে অতিরিক্ত যোনি-স্রাব বা ক্ষরণ হয় যা কিশোরী মেয়েদের পক্ষে বেশ বিরক্তিকর। এটি রোগের কারণেও ঘটে। কোনো কোনো ক্ষেত্রে, যেমন যৌনাঙ্গের প্রদাহ (Trichomonal /Candida albicans) যোনির অতিক্ষরণ ও আক্রান্ত

অঞ্চলে চুলকানির মাধ্যমে প্রকাশ পায়। যৌনাঙ্গের প্রদাহের কারণগুলি হল ঃ-

(ক) স্বাস্থ্যজ্ঞানের অভাব বা অপরিচ্ছন্নতা(Poor hygiene)

(খ) বহির্বস্তুর উপস্থিতি (Foreign bodies)

(গ) যৌনাচার (Sexual abuse)

চিকিৎসা ঃ-

নির্দিষ্ট জীবাণুর সংক্রমণে সঠিক অ্যান্টিবায়োটিক দিয়ে চিকিৎসা করা হয়, এর জন্য ডাক্তারের কাছে পরামর্শের জন্য পাঠানো উচিৎ।

সাধারণ ব্যবস্থা ঃ-

(ক) যৌনাঙ্গ (Vulva) প্রতিদিন ধুতে হবে।

(খ) সূতীর অন্তর্বাস ব্যবহার।

(গ) মাঝে মাঝে পোষাক পরিবর্তন।

(ঘ) যৌনাঙ্গের পরিচ্ছন্নতা সম্পর্কে উপদেশ, বিশেষ করে মলত্যাগের পর সামনে থেকে পেছনের দিকে পরিস্কার করা এবং যোনি ও পায়ুর মধ্যবর্তী অংশের চামড়া মলত্যাগ বা মূত্রত্যাগের পর শুষ্ক রাখা ।

(ঙ) আশ্বাস দেওয়া।

১০. বয়ঃসন্ধিকালে গর্ভধারণে কি কি জটিলতা ঘটে ?

বয়ঃসন্ধিকালে গর্ভধারণে অনেক জটিলতার সৃষ্টি হয় যা কিশোরী মেয়েদের স্বাস্থ্যহানি ঘটায়। তাই এদের গর্ভাবস্থায় বিশেষ সেবাযত্নের প্রয়োজন। প্রধানতঃ প্রাক-প্রসব সুপরিচর্যার অভাব ও নিম্ন আর্থ-সামাজিক অবস্থানের জন্য যেসব জটিলতা গুলি দেখা যায় ঃ-

(ক) লৌহঘাটতি জনিত রক্তাল্পতা ও গর্ভাবস্থাজনিত রক্তচাপ বৃদ্ধি ও প্রি-এক্লাম্‌সিয়া (Pre-eclampsia)

(খ) গর্ভপাত ও অপরিনত-প্রসব (Preterm labour) এবং মায়েদের মৃত্যুহার বৃদ্ধি পায়।

(গ) কিশোরী মায়েদের ক্ষেত্রে অপরিণত (Prematurity) ও কম ওজনের শিশুর জন্মের ঘটনা বেশী ঘটে।

(ঘ) সামাজিক অসম্মানের চিহ্ন হিসেবে প্রাক-প্রসব পরিচর্যার অভাবে কিশোরী মায়েদের অবাঞ্ছিত গর্ভধারণ (অবৈধ বা বিবাহবহির্ভূত) তাদের আরো জটিলতার দিকে এগিয়ে দেয়।

কিশোরী মেয়েদের গর্ভাবস্থা একটি ' অতি-বিপদ্‌জনক গোষ্ঠী (High risk group)' হিসেবে দেখা উচিৎ এবং প্রাক-প্রসবকালে জটিলতার ক্ষেত্রে সময়মতো ডাক্তারের পরামর্শের জন্য পাঠানো প্রয়োজন।

১১. বয়ঃসন্ধিকালে কিশোরীমেয়েদের সাধারণ যৌন সমস্যার বিষয়গুলি কি কি ?

কিশোরী মেয়েদের সাধারণ যৌন সমস্যার বিষয়গুলি হল ঃ-

(ক) কুমারীত্ব (Virginity)

'কুমারী' শব্দটির অর্থ হল যে মেয়ে কখনো যৌনসঙ্গম করে নি, যা তার অক্ষত সতীচ্ছদ (Hymen) দিয়ে প্রতিপন্ন বা প্রমাণ করা যায়। কিন্তু, যৌনসঙ্গম করলেও কোনো কোনো মেয়ের সতীচ্ছদ অক্ষত থাকতে পারে। আবার, কখনো কখনো যৌনসঙ্গম না করলেও মেয়ের সতীচ্ছদ অক্ষত নাও থাকতে পারে। যেমন, খেলাধুলো করা ও অন্যান্য অতিরিক্ত দৈহিক পরিশ্রম বা সাইকেল চালানো ইত্যাদি।

(খ) স্তনের আকার–

বড় স্তন ছোট স্তনের চেয়ে উদ্দীপনায় বা উত্তেজনায় বেশী সাড়া দেয় না।

স্তনের আকার বড় করার কোনো ওষুধ বা মলম আছে ?

– না।

স্তনের আকার কি বাড়াতে পারা যায় ?

কোনো কোনো ব্যায়ামে বা অঙ্গ-সঞ্চালনে বুকের পেক্টোরালিস্ মেজর পেশীর বিকাশ ঘটায় যাতে বুকের আকার একটু বাড়ানো যেতে পারে (কিন্তু স্তনের নিজস্ব বৃদ্ধি নয়) এবং এতে আপেক্ষিক ভাবে স্তনের আকার বাড়ে। প্লাস্টিক সার্জারী এক্ষেত্রে উপকারে লাগতে পারে।

স্তনের ওপর লোম গজানো কি কোনো রোগের জন্য হয় ?

মহিলাদের স্তনাগ্রের (Areola) চারপাশে অল্প লোম গজানো অস্বাভাবিক নয়, এর জন্য কোনো চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না।

১২.বয়ঃসন্ধিতে কিশোরদের সাধারণ যৌন সমস্যার বিষয়গুলি কি কি ?

কাল্পনিক যৌনসংস্কার ও ভ্রান্ত ধারণাতে মানসিক উদ্বেগ এদের মধ্যে সবচেয়ে প্রচলিত যৌন সমস্যা। যৌন বিষয়ের বিভিন্ন দিক সম্বন্ধে সাধারণ কাল্পনিক সংস্কারগুলি এক প্রজন্ম থেকে অন্যপ্রজন্মে বাহিত হয় এবং প্রকৃত সমস্যা যা আছে তার তুলনায় অনেকে আরো বেশী সমস্যাগুলি সম্পর্কে কল্পনা করে। পুরুষদের ক্ষেত্রে যৌনসমস্যগুলি সাধারণতঃ পুরুষাঙ্গ বা লিঙ্গ (Penis) এবং বীর্য্য (Semen) - কে কেন্দ্র করে ঘটে।

(ক) লিঙ্গের (Penis) দৈর্ঘ্য ও প্রস্থ কি গুরুত্বপূর্ণ ?

লিঙ্গের দৈর্ঘ্য,প্রস্থ ও দৃঢ়তা (Erection) বিভিন্ন পুরুষের ক্ষেত্রে বিভিন্ন রকমের হয়। যেমন, নাকের দৈর্ঘ্য, চোখের গভীরতা ও অবস্থান এবং কপালের ব্যাপ্তি ব্যক্তি অনুসারে পৃথক হয়। এটা জানা উচিৎ যে কোনো মহিলার যৌনতৃপ্তি সাধনের জন্য লিঙ্গের আকার খুব গুরুত্বপূর্ণ নয়।

স্ত্রী যৌনাঙ্গ বা যোনি অত্যন্ত স্থিতিস্থাপক (Elastic)। এটা একটা ছোট্টো আঙুল থেকে শুরু করে একটা শিশুর মাথার আকারে বিস্তৃত হতে পারে। প্রবিষ্ট লিঙ্গের প্রস্থ ও আকার অনুযায়ী যোনির আকার বাড়ে।

(খ) ছোট লিঙ্গ কি গর্ভসঞ্চারে অক্ষম (Conceptive Inadequacy) ?

না।

(গ) লিঙ্গ কি সচরাচর বামদিকে আনত থাকে ?

হ্যাঁ। এটা অধিকাংশে পুরুষের ক্ষেত্রে সত্যি । সম্ভাব্য কারণ, বাম অন্ডকোষ (Testis) ডান অন্ডকোষের

তুলনায় নিচে থাকে। তাই, অন্তর্বাস পরার সময় বেশীর ভাগ পুরুষ তাদের লিঙ্গকে বামদিকে এনে সামঞ্জস্য রাখে কারণ ডানদিকের তুলনায় বাম্‌দিকে যথেষ্ট জায়গা পাওয়া যায়।

(ঘ) লিঙ্গের সামান্য বক্রতা কি প্রবেশকালে (Penetration) যৌনসংগমে কোনো সমস্যার সৃষ্টি করে?

ডানদিকে বা বাম্‌দিকে লিঙ্গের সামান্য বক্রতা স্বাভাবিক এবং এতে প্রবেশকালে সংগমে মোটেই প্রভাব ফেলে না। এটা একটা কাল্পনিক সংস্কার যে দৃঢ় (Erect) লিঙ্গ সর্বদা সমকোণে থাকা উচিৎ।

(ঙ) হস্তমৈথুন (Masturbation) কি লিঙ্গের বক্রতা ঘটায়?

না। যেভাবে যৌনসংসর্গে লিঙ্গের বক্রতার সৃষ্টি হয় না, সেভাবেই হস্তমৈথুন কোনো বক্রতা ঘটায় না।

(চ) বীর্য বা শুক্ররস (Semen) কি জীবনীশক্তির জন্য প্রয়োজনীয়? শুক্ররস বা বীর্যের অপচয়ে কি কোনো পুরুষের জীবনীশক্তির ক্ষয় হয় এবং বার্ধক্য ত্বরান্বিত হয়?

শুক্ররস দিনের পর দিন জননাঙ্গের সাহায্যে নিষ্ক্রমণের জন্যই ক্ষরিত হয় এবং কেউ চাইলেও একে দীর্ঘদিন বা অনির্দিষ্টকালের জন্য সঞ্চিত করে রাখা যায় না। গর্ভসঞ্চার করা ছাড়া শুক্ররস কারোর জীবনীশক্তির জন্য প্রয়োজনীয় নয়। এছাড়াও, শুক্রাণু মোট শুক্ররসের শতকরা একভাগেরও কম অংশ অধিকার করে, বাকী অংশ হলো অন্যান্য সহায়ক যৌনগ্রন্থি প্রস্টেট গ্রন্থি ও শুক্রনালীর ক্ষরণ। একশো ফোঁটা রক্ত এক ফোঁটা বীর্য্য বা শুক্ররসের সমান এবং যার জন্য প্রচুর পুষ্টিকর খাদ্যের প্রয়োজন- একটি ভ্রান্ত ধারণা। চালু যৌনসংস্কারগুলির মধ্যে সর্বাধিক প্রচলিত।

(ছ) শুক্ররসের কম গাঢ়ত্ব (ঘনত্ব) কি যৌনদুর্বলতা নির্দেশ করে?

না। শুক্ররসের ঘনত্ব অনেকগুলো কারণের উপর নির্ভর করে। যেমন, যৌনসংগম বা হস্তমৈথুনের ব্যবধান, উদ্দীপনার প্রাবল্য প্রভৃতি। যদিও কোনো পুরুষের বয়স বাড়ার সাথে সাথে তার বীর্য্য বা শুক্ররস তরল বা কম ঘন হয়, তবুও ঐ ব্যক্তির যৌনতার সঙ্গে এর কোনো সম্পর্ক নেই।

(জ) 'ধাত' রোগ (Dhat syndrome) কাকে বলে?

কখনো কখনো পুরুষদের অতিরিক্ত চাপ দিয়ে মলত্যাগকালে বা মূত্রের সাথে সাদাটে তরল পদার্থ নিঃসৃত হয়। প্রচলিত বিশ্বাস হচ্ছে যে এই তরলে বীর্য্য বা শুক্ররস, চলতি কথায় 'ধাত' থাকে, তাই একে 'ধাত' রোগ বলে। এটা কোনো রোগই নয়। এটা বলা অযৌক্তিক নয় যে এটা শুধুমাত্র ঐ পুরুষের মনে অধিষ্ঠান করে।

প্রকৃতপক্ষে, ঐ সাদাটে ক্ষরিত পদার্থটি হলো প্রধানতঃ মূত্রগ্রন্থি ও প্রস্টেট গ্রন্থির নিঃসরণ। যখনই হাঁটু গেড়ে বসে মলত্যাগকালে কোনো পুরুষ, একটু চাপ দেয়, তখনই ঐ চাপটি মলাশয় হয়ে মূত্রনালিতেবাহিত হয় এবং এর ফলে কয়েক ফোঁটা আঠালো বা চটচটে সাদা ক্ষরিত তরল জমা হয়, একত্রিত হয় ও গড়িয়ে পড়ে। এই ভ্রান্ত ধারণাটি আমাদের দেশে খুবই প্রচলিত। এদেশের মানুষের হাঁটু গেড়ে বসে মলত্যাগে অভ্যস্ত। এভাবে মলত্যাগের সময় মানুষ সাধারণতঃ নিচের দিকে তাকায় ও সাদাটে আঠালো পদার্থকে দেখতে পায়, যাকে তারা বীর্য্য বা শুক্ররস বলে অনুমান করে।

(ঝ) নিদ্রাকালে শুক্রস্খলন বা স্বপ্নদোষের পরে কেন পুরুষ দুর্বলতা অনুভব করে?

স্বপ্নদোষে শুক্রস্খলনের পরবর্তী দুর্বলতা মূলতঃ মানসিক কারণে ঘটে। সেই শিশুকাল থেকেই আমাদের মনে এই ধারণা গেঁথে দেওয়া হয় যে, জননাঙ্গ একটি বিশেষ অঙ্গ এবং এর থেকে ক্ষরিত যা কিছু তাও সমান বিশিষ্ট। শুক্ররসের মূল্য সম্পর্কিত এই ভ্রান্তধারণাটি কোনো পুরুষের মনে আরো উদ্বেগ বা দুশ্চিন্তার

পরিমাণ বাড়ায়। ফলে তার মানসিক-স্নায়ুবিকারের লক্ষণ দেখা যায়। আসলে, নিদ্রাকালে শুক্রস্খলনের ফলে ক্যালোরি (শক্তি) ক্ষয়ের পরিমাণ এক গ্লাস লেবুর রস (lime juice) - এর সমান।

সূত্রবলী ঃ-

1. *care calling : val. 6 no. 4 (1993) — bulletin of the centre for AIDS Research & control, Institute for Research in Reproduction, (ICMR), Bomby.*

2. *Sexuality and patient care - A Giude for Nurses and Teachers - First edition (1994) , published by Chapman & Hall ; edited by Als Van Ooijen and Andrew Chrnock.*

3. *A write - up by Dr Maya Hazre, Prof & Head , Deptt of G. st./ Gynae . Medical College, baroda.*

গর্ভস্থ শিশুর লিঙ্গ নির্ধারণ ও কন্যাভ্রূণ হত্যা আইনতঃ দন্ডনীয়

প্রায় ১৯৭০ সাল থেকেই আমাদের দেশে নানান পদ্ধতিতে জন্মের আগে শিশুর লিঙ্গ পরীক্ষা করা প্রচলিত আছে। আল্ট্রাসোনোগ্রাফি যন্ত্রের আবির্ভাবের পর তুলনামুলক ভাবে কিছুটা সহজ ও নিরাপদ পদ্ধতিতে গর্ভস্থ ভ্রূণের লিঙ্গ পরীক্ষা ব্যপকভাবে শুরু হয়ে যায়। ভারতের বিভিন্ন স্থানে বিশেষ করে উত্তর ভারতে, অনেক আল্ট্রাসোনোগ্রাফি ক্লিনিক গজিয়ে ওঠে যাতে করে কন্যাভ্রূণ হত্যার সংখ্যা খুব বেড়ে যায়। ১৯৯১ সালের জনগণনাতে দেখা যায় যে স্ত্রী-পুরুষের সংখ্যার অনুপাত অনেক কমে গিয়েছে। অবশেষে কন্যাভ্রূণ হত্যার এই শোচনীয় পদ্ধতির বিরুদ্ধে জনসাধারণের মধ্যে শোরগোল পড়ে যায়।

আল্ট্রাসোনোগ্রাফি পদ্ধতির অপব্যবহারের মাধ্যমে গর্ভস্থ ভ্রূণের লিঙ্গ পরীক্ষা করে কন্যাভ্রূণ হত্যা বন্ধ করার উদ্দেশ্যে ভারত সরকার PNDT (Prenatal Diagnostic Techniques – Regulation and Prevention of Misuse) Act., 1994 আইন বিধিবদ্ধ করেন। কিন্তু জন্মের আগে শিশুর লিঙ্গ পরীক্ষার এই পদ্ধতিতে বাধা নিষেধ আরোপ করা সত্ত্বেও কন্যাভ্রূণ হত্যা আশানুরূপ কমানো যায়নি। ২০০১ সালের জনগণনাতে দেখা যায় যে ১৯৯১-এ জনগণনার তুলনায় স্ত্রী-পুরুষের অনুপাত সংখ্যার সেরকম কোন উন্নতি হয় নি।

২০০২-০৩ সালে উত্তর ভারতে জন্মের আগে শিশুর লিঙ্গ নির্ধারণ ও কন্যাভ্রূণ হত্যার বিষয়ে একটি গবেষণা করা হয়েছিল। ১১ টি গ্রামের মোট ১৬৪৭৫ জনসংখ্যার মধ্যে ১৫ - ২৯ বছর বয়সের ১১৬২ জন মহিলা এই গবেষণার আওতায় ছিলেন। **ঐ গবেষণার মুখ্য বিষয়গুলি নিচে দেওয়া হল ঃ**

- ৭৩ শতাংশ লেখাপড়া জানা।
- ৭৪ শতাংশ যুগ্ম পরিবারের সদস্যা।
- ৬৭ শতাংশ মহিলা গর্ভাবস্হাকালীন পরীক্ষা করিয়েছেন যার মধ্যে ৩৪ শতাংশ আল্ট্রাসোনোগ্রাফি পরীক্ষা করিয়েছেন।
- ১৩ শতাংশ স্বীকার করেছেন যে গর্ভস্থ ভ্রূণের লিঙ্গ পরীক্ষা করার জন্য আল্ট্রাসোনোগ্রাফি পরীক্ষা করিয়েছেন।
- ৯৫ শতাংশ মহিলা জানেন যে গর্ভস্হ শিশুর লিঙ্গ নির্ধারণ করার জন্য আল্ট্রাসোনোগ্রাফি পরীক্ষা করা হয়।
- ৮৩ শতাংশ মহিলা মতামত জানিয়েছেন যে লিঙ্গ নির্ধারণ পরীক্ষা করা ঠিক নয়।
- গর্ভস্হ কন্যাভ্রূণ নির্ধারনের পর ৬ জন মহিলার মধ্যে ২ জন কন্যাভ্রূণ নষ্ট করেছেন।

সংসারে কন্যা সন্তানের কি সামাজিক পদমর্যাদা এ নিয়েও কিছু গবেষণা করা হয়েছে। এতে পর্যবেক্ষণ করা গেছে যে -

- রাত্রে বাড়ীতে কন্যাকে রেখে মা-বাবার বাইরে যাওয়ার সমস্যা।
- কন্যা সন্তানদের বেশী যত্ন সহকারে লালন পালন করতে হয় যাতে তারা বিপথে না যায়।
- সংসারে বাতি জ্বালানোর জন্য পুত্র সন্তানের প্রয়োজন। পুত্র সন্তানই বংশ রক্ষা করে।
- সংসার চালনার জন্য পুত্র সন্তান দরকার।
- পরিবারের পরম্পরাগত প্রথা, ঐতিহ্য, রীতিনীতি, ধর্মীয় আচার অনুষ্ঠান পালনের জন্য পুত্র সন্তান দরকার।

এই পর্যবেক্ষণ থেকে দেখা যাচ্ছে যে আমাদের সমাজে পুত্র সন্তানের জন্য আকাঙ্খা কন্যা সন্তানের থেকে অনেক বেশী।

এই সংকট কাটানোর জন্য ভারত সরকারের, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ দপ্তর দ্বারা গঠিত একটি টেকনিক্যাল কমিটি PNDT Act এর কিছু সংশোধন প্রস্তাব করেন।

এই প্রস্তাবিত সংশোধনগুলি এরূপ ঃ

- গর্ভধারনের আগে বা পরে লিঙ্গ নির্বাচন / নির্ধারণ নিষিদ্ধকরণ।
- আল্ট্রাসাউন্ড মেশিনের আদেশমূলক রেজিষ্ট্রেশন করানো।
- ভ্রূণের লিঙ্গ নির্ধারণ বিষয়ে অন্যকে জানানোর কাজে লিপ্ত থাকা কোন ব্যক্তির বা এজেন্ট-এর বিচার করার জন্য জেলার মুখ্য স্বাস্থ্য আধিকারিককে সিভিল কোর্টের সমান ক্ষমতা দেওয়া।
- যেসব চিকিৎসক ও সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি (গর্ভবতী মহিলা ছাড়া) লিঙ্গ নির্ধারনের কাজে যুক্ত তাদের সাজা আরও বাড়ান। চিকিৎসকদের সাময়িক কর্মচ্যুতির সময় কাল ২ বছর থেকে বাড়িয়ে ৫ বছর করা এবং কেসের বিচারপর্ব শেষ না হওয়া পর্যন্ত তাঁদের রেজিষ্ট্রেশন মুলতুবি রাখা। সংশ্লিষ্ট অপরাধী ব্যক্তিদের জরিমানা দ্বিগুন করে ১ লাখ টাকা করা।

ভারতের মহামান্য সুপ্রিম কোর্ট, ১লা জানুয়ারী ১৯৯৬ সাল থেকে লাগু PNDT Act. 1994 র (যার নতুন নামকরণ হয়েছে Preconception and Prenatal Diagnostic Techniques / Prohibition of Sex Selection) উপর একটি জনস্বার্থ মামলার বিচারের রায়ে (১০.০৯.২০০৩) রাজ্য সরকার ও ইউনিয়ন টেরিটোরির অ্যাডমিনিষ্ট্রেশনের কাছে নিম্নলিখিত নির্দেশনামা দিয়েছেন ঃ

ক) সরকারী বিজ্ঞপ্তির মাধ্যমে জেলা ও মহকুমা পর্যায়ে সম্পূর্ণ ক্ষমতা দিয়ে একটি স্বতন্ত্র বিধিসঙ্গত ক্ষমতাশীল কর্তৃপক্ষ (Appropriate Authority) নিযুক্ত করতে হবে এবং এই কর্তৃপক্ষকে তাঁদের কর্তব্য ঠিকমত সম্পাদন করার উদ্দেশ্যে একটি উপদেষ্টা কমিটি গঠন করতে হবে।

খ) প্রতিটি রাজ্যে / ইউনিয়ন টেরিটোরিতে এই নিযুক্ত Appropriate Authority র তালিকা ছাপিয়ে ও ইলেকট্রনিক মিডিয়া মারফৎ প্রকাশ করতে হবে।

গ) গর্ভস্হ শিশুর লিঙ্গ নির্ধারন ও কন্যাভ্রূণ নষ্ট করার বিরুদ্ধে বিভিন্ন পত্র-পত্রিকায় প্রচার করে, ইলেকট্রনিক মিডিয়ার সাহায্যে ও অন্যান্য উপযুক্ত প্রচার মাধ্যমের সাহায্যে জনসাধারণের সচেতনতা বাড়াতে হবে।

ঘ) সব রাজ্যগুলি যাতে প্রতি তিনমাস অন্তর সেন্ট্রাল সুপারভাইজারি বোর্ডের কাছে এই আইনের রূপায়ণ ও কার্যে পরিণতকরণ বিষয়ে রিপোর্ট দাখিল করেন সে ব্যাপারে নিশ্চিত করতে হবে।

এই পরিপ্রেক্ষিতে কিশোরীদের অবগতির জন্য সংক্ষিপ্ত বার্তাগুলি এরূপ -

- আইনের দিক থেকেও এখন পুত্র ও কন্যা সন্তানকে সমান অধিকার দেওয়া হয়েছে।
- যত্ন করে মানুষ করলে কন্যাও পুত্রের সমতুল্য হবে। কন্যা সন্তানকে অবহেলা করবেন না। কন্যা সন্তানকে রক্ষা করুন।
- আল্ট্রাসোনোগ্রাফি পদ্ধতির অপব্যবহারের মাধ্যমে গর্ভস্হ ভ্রূণের লিঙ্গ পরীক্ষা করে কন্যাভ্রূণ হত্যা বন্ধ করার উদ্দেশ্যে ভারত সরকার PNDT Act 1994 আইন তৈরী করেন যা ১ লা জানুয়ারী ১৯৯৬ থেকে লাগু হয়েছে। পরবর্তীকালে এই আইনের কিছু সংশোধন করে আইনটি আরও কঠোর করা হয়েছে।
- জন্মের আগে ভ্রূণের লিঙ্গ পরীক্ষা ও নির্ধারণ আইনতঃ দন্ডনীয়। যে কোনো হাসপাতালে বা আল্ট্রাসোনোগ্রাফি ক্লিনিকে গর্ভস্হ শিশুর লিঙ্গ পরীক্ষা করা নিষিদ্ধ। এই কাজে লিপ্ত চিকিৎসক / ও সহায়ক ব্যক্তি বা এজেন্সির লোক সহ সংশ্লিষ্ট সকলের কঠোর শাস্তির ব্যবস্হা রাখা হয়েছে PNDT Act 1994 এ।
- এ ধরনের গর্হিত কাজ নিবারণের লক্ষ্যে এবং যাতে PNDT Act ঠিকমত রূপায়িত হয়, এ বিষয়ে সুপ্রিম কোর্ট সব রাজ্যকে নির্দেশনামা দিয়েছেন।

- কন্যাভ্রূণ নষ্ট করা সমাজের লজ্জার বিষয়। দেশে নারীর সংখ্যা কমতে থাকলে লিঙ্গ বৈষম্য বাড়বে ও জটিল সামাজিক সমস্যা তৈরী হবে।
- নানাস্তরে বিভিন্ন আই.ই.সি. প্রোগ্রামের মাধ্যমে এ বিষয়ে জনসাধারণের সচেতনতা বাড়াতে হবে।
- সমাজের কিছু কিছু স্তরে কন্যা সন্তান সম্বন্ধে অমানবিক মনোভাব ও ব্যবহার এখনও বর্তমান আছে। এই সমস্যা দূরীকরণের লক্ষ্যে সমাজের সকল মানুষের জ্ঞান ও সচেতনতা বৃদ্ধির মাধ্যমে মনোভাব, ব্যবহারিক জীবন ও অন্ধ সংস্কারের পরিবর্তন করে সমাজের বিকাশ সাধন করতে হবে। এ বিষয়ে স্ত্রী পুরুষ নির্বিশেষে সকলকেই এগিয়ে আসতে হবে।

P. S. Ray

SUPPLEMENTARY GUIDELINE FOR IMPLEMENTATION OF REPRODUCTIVE HEALTH EDUCATION PROGRAMME FOR ADOLESCENT GIRLS, YOUNG WOMEN AND ADOLESCENT BOYS

(2nd PHASE)

IPP-VIII, KOLKATA

This document is to be used by the Project Authorities at Headquarters and implementers of the Programmes at Municipal & Corporation level

MIS UNIT, IPP-VIII, KOLKATA

INDEX

Sl. No.	ITEM	Page No.
1.	Genesis of the Supplementary Guideline	1
2.	Operational Strategy	1 – 2
3.	Training load / Target for Local bodies	2
4.	Selection of Trainees – Criteria & Process	2 – 3
5.	Selection of Trainers and their training	3 – 4
6.	Curricula (Trainers & Trainees)	4
7.	Provision of Funds	4 – 5
8.	Submission of Reports & Returns	5
9.	Annexures	6 – 13

Guideline for the 2nd Phase of Training Programme on RHE for Adolescent boys and girls - IPP-VIII, Kolkata

Genesis : During the core Project period a coverage of 19,675 (78.4%) against a target of 25,000 adolescent girls and young women under training programme on RHE could be achieved by the Project. The said achievement in the 1st phase could be made only by good management and participation of the local bodies, particularly the Health officers and the trainers along with other staff. The independent agency engaged by the World Bank had evaluated the said programme. Its methodology and impact had been highly appreciated. The shortfall as indicated was due to non-participation and partial participation of a few municipalities. This has led to a non-fulfillment of the project target resulting in non-utilisation of the allotted fund.

The Govt. of India along with World Bank Mission have agreed to continue the said programme during the post project period also. However, they have advised that this programme should also be extended to the adolescent boys during this 2nd phase of the training programme. The inclusion of boys as trainees and the experience gained during the 1st phase of the programme has necessitated for a **supplementary guideline** particularly covering the different aspects of the training programme for the adolescent boys. Due to constraint of time during this 2nd phase of the programme, it is proposed to organise the training in 189 batches @ 25 trainees per batch covering most of the municipalities barring a few who are not in a position to organise such programme. Out of the 189 batches, 160 batches are meant for the adolescent girls and young women and 29 batches (15%) are for the adolescent boys.

The organisers are to note the following for their guidance.

The guideline for implementation of the proposed programme as followed in first phase will remain unaltered except a few items. It will also be evident that some of the items in the previous guideline will not be applicable during this 2nd phase of the programme.

1. **Operational Strategy :-**
   - 1.1 The proportion of adolescent girls and young women per batch as laid down earlier will remain unchanged. The percentage of young women should in no way exceed 25% in each batch for the category.
   - **1.2.** The training programme is to be started with the batch for adolescent girls and young women. In between the training programmes for the adolescent girls and young women, the training programme for the adolescent boys are to be organised. **Programmes should be scheduled in such a**

manner that the last training programme should be always for adolescent girls and young women.

1.3 **The duration for the training programme for the adolescent boys** will be of 3 (three) days, starting from Saturday through Monday. The selection criteria, the training curricula, trainers, and provision of funds for this category are detailed subsequently. The pre and post evaluation formats for the both categories of trainees will also be available, before you start the programme.

1.4 Because the training programmes on RHE will have to be completed within the 3rd week of May, 2002, it is requested to plan the programmes in such a way that an unusual gap between two successive courses is avoided.

1.5 Those local bodies entrusted with the training programme of adolescent boys should in no way exclude the programme for the said category while completing the training programmes for the adolescent girls and young women.

1.6 **Any local body either not interested or likely to stop the programme in the mid-way, are requested to intimate us immediately**. This will enable the project to re-allot the residual batches to other interested local bodies. It will help the project to complete the set Project target. Late intimation will jeopardise the plan to complete the set target and the fund allotted for the proposed RHE programme will remain unutilised.

2. Training load :- See **Annexure No. I.**

3. Selection of Trainees :-

3.1 The selection criteria for the adolescent girl and young women will remain unaltered as per previous guideline.

3.2 **The criteria for selection of adolescent boys** as trainees is vital. It has been decided that the following selection criteria for this category may be adopted :-

3.2.1. Should be a beneficiary
3.2.2. Preferably in between 15 to 19 years of age
3.2.3. School drop out and illiterate
3.2.4. Married before 20 years of age
3.2.5. Orphan
3.2.6. Addicted to drug/ alcohol/smoking
3.2.7. Working in brick fields, hotels and restaurants, bus conductors, automobile assistants (Working in automobile garages) and helpers in masonry works and similar other vocationals.

3.3. Process of selection :- The selection process of adolescent boys among the beneficiaries is critical. In this case, probably HHWs or the First Tier Supervisors will not be capable to select the trainees as per Suggested criteria. As such the Health Officer or the Asstt. Health Officer have to play an effective role in such selection through discussions with the local Councillors / Teachers and Local male leaders. Their views are important not only for desired selection but also in preventing the dropouts of the trainees in the mid-course. Moreover, **involvement of such Community leaders in the process of selection will help the organisers to run the courses smoothly.**

3.4. The selection of such trainees should be made **proportionally** to represent each Subcentres for a complete coverage of the municipality as a whole.

4. Selection of Trainers and their Training :-

4.1. **No new trainer is to be engaged for the training of adolescent girls and young women during the proposed programme**. The experienced trainers will help in running the training programme effectively and smoothly.

4.2 The Organisers who are not experienced in organising the RHE programme will require 1(one) day briefing on different organisational aspects of the programme. It is proposed to organise in 2(two) batches a discussion to exchange the views and experiences with the organisers of the 1st phase of the programme. The new organisers will also attend the said discussion. The date, time and venue of such discussion will be intimated shortly. **The trainers' training curricula is annexed as Annexure –II**. This will mostly be oriented as 'Practice Teaching Sessions'.

4.3 **The adolescent boys will be trained only by the male trainers**. PTMO(male) or any other male Medical Officer engaged in IPP-VIII, Health Infrastructures will act as Trainers. The list of the said identified trainers are to be sent to this office within 7(seven) days on receipt of the letter. This will enable us to organise well ahead one day training programme for them. The Health Officers / Asstt. Health Officers are entitled to conduct not more than two sessions per batch for Adolescent Boys as such they are also to attend the proposed 1(one) day trainers' training programme along with the identified trainers.

4.4 Any organiser in need of trained trainers for the training of adolescent girls and young women may contact the Health Officers of the neighbouring municipalities well ahead during planning of individual course. This strategy functioned well during the 1st phase of the programme .

4.5 It is being suggested that apart from involvement of Male Doctors in this programme for adolescent boys, a suitable speaker preferably a male experienced School Teacher well versed in Health education may be considered to conduct one session preferably 1st session of the programme. The Health Officer who have been entrusted to organise the training programme for this category may duly consider the suggestion and kindly brief them accordingly on the topic.

5. Curricula :-

5.1. For the Training Programmes of the adolescent girls and young women, the curricula as followed during the 1st phase remains unaltered.

5.2. The proposed training for the boys will cover the following broad areas. For details See **Annexure–III**.

5.2.1. Anatomy and physiology of both sexes

5.2.2. Prevention of STDs and ill effects of drug addiction.

5.2.3. Bad effects of smoking, chewing of tobaccos, intake of alcohol.

5.2.4. Highlights on contraceptives and its role in prevention of STDs and unwanted pregnancies.

5.2.5. Important communicable diseases.

N.B.: *Major deviations from the suggested curricula and the enclosed training schedule may please be avoided to maintain the uniformity of such curricula in all the training venues.*

6. Provision of Funds :-

6.1. The procedure for advance drawal of fund through the Chairman of the Municipality as adopted at the 1st phase of the programme will be followed in this 2nd phase also.

6.2. As the batches allotted for the purpose against each local body is small in number, the advance fund as per prescribed rate should be withdrawn at a time. The adjustment bills along with all other documents as laid down in the guideline should invariably be submitted within 10 (ten) days after completion of the training for the last batch.

6.3 Separate requisition for advance drawal against the training for trainers are to be placed. The municipalities who will be entrusted to organise such TOT will have to submit the adjustment bills before further drawal of advance for the training courses for adolescent boys and girls. Provision of budget for the adolescent boys is annexed as **Annexure-IV.**

6.4 All desired information as laid down in the guideline meant for the 1st phase of the training programme will have to be made available to the project before you launch the programme and advance fund is drawn. During submission of adjustment bills, reports & returns on status of performance will also to be submitted in prescribed formats.

7. **Submission of Reports & Returns :-**
The formats as annexed in guideline (Phase –I) for AG and YW will remain unchanged. However, for Adolescent boys (AB) the formats have been modified and enclosed in **Annexure (No. V, VI, VII, VIII).**

8. **Organisers' are requested to go through the guidelines (Phase –I & II) and discuss the same with the other concerned Health functionaries and Chairperson of the Local body. For any further clarification kindly contact the IPP-VIII Headquarters either through Phone [334-5257, ~~358~~337-0697,358-6771(Accounts Section)] or by FAX No. : 358-3931.**

(Distribution of Municipality wise batches for the.doc)

Annexure-I

Municipality-wise distribution of training load in batches (25 in each batch) for the 2nd phase of training of Adolescent girls & Young women and Adolescent boys on RHE (IPP-VIII, Kolkata)

Sl. No.	Name of the Local Body	No. of Batches for		Remarks
		Adolescent girls & young women	Adolescent boys	
1.	Baidyabati	6	1	
2.	Bally	-	-	*
3.	Bansberia	4	1	
4.	Baranagar	-	-	*
5.	Barasat	8	2	
6.	Barrackpore	-	-	**
7.	Bhadreswar	4	1	
8.	Bhatpara	4	2	
9.	Bidhannagar	4	-	
10.	Budge Budge	4	2	
11.	Champdani	-	-	*
12.	Chandanngar M.C.	4	1	
13.	Dum Dum	6	1	
14.	Garulia	4	1	
15.	Gayeshpur	6	-	
16.	Halisahar	4	-	
17.	Hooghly Chinsurah	-	-	*
18.	Howrah M.C.	8	4	
19.	Kalyani	4	-	
20.	Kamarhati	6	1	
21.	Kanchrapara	4	1	
22.	Khardah	4	1	
23.	Kolkata M.C.	-	-	*
24.	Konnagar	4	-	
25.	Naihati	4	1	
26.	New Barrackpore	-	-	**
27.	North Barrackpore	8	1	
28.	North Dum Dum	4	1	
29.	Madhyamgram	6	1	
30.	Maheshtala	6	1	
31.	Panihati	6	1	
32.	Pujali	4	-	
33.	Rajarhat Gopalpur	4	-	
34.	Rajpur Sonarpur	4	1	
35.	Rishra	4	-	
36.	Serampore	6	-	
37.	South Dum Dum	6	1	
38.	Titagarh	6	1	
39.	Uluberia	-	-	*
40.	Uttarpara Kotrung	4	1	
	TOTAL Batches	160	29	

N.B. : * *Not participated in the Phase-I programme and no letter of request for the proposed (Phase –II) programme received.*
** *Programmes (Phase–I) stopped in the mid-way and no letter of request for the proposed (Phase –II) programme received*

(Distribution of Municipality wise batches for the doc)

Annexure –II

Schedule of Trainers' Training programme on Reproductive Health Education for adolescent boys

Time	Sessions	Topics	Resource Persons
11-00 AM		Registration of Participants	Organisers' Representative
11-30 AM to 1-30 PM	Pre-refreshment session	Importance of RHE programme, prevailing health status of adolescents (age group 15–19 years)	Resource Person from Headquarters
		Reproductive health system, physiological process and common pathological conditions with emphasis on male reproductive system.	Organisers and a member from the Participants
		Behavioural changes (Psychology), common problems of young age (both male & female) sex abuse, drug abuse, alcoholism, smoking etc.	Psychologist
1-30 PM to 2-00 PM	Refreshment		
2-00 PM to 4-00 PM	Afternoon session	Measures / methods to protect/ prevent pregnancy, early marriage, teenaged pregnancy, small family norm, prevention of RTI / STD. Male Sterilisation and use of Nirodh.	A participating Doctor
		Nutrition and its role on adolescents (both male & female).	-do-
		Communicable diseases – emphasis on mosquito borne diseases, leprosy tuberculosis and diarrohea.	-do-
		Training methodology, selection & use of media. Evaluation of training programme	Personnel from Headquarters

N.B. : a) *Timing of the each of Session will be finalised during the training programme.*
b) Teaching Practice Sessions will be conducted by members of the participants.

(Training Programme Schedule.doc)

Annexure -III

Training Programme Schedule & Course curriculum on RHE for adolescent Boys

IPP-VIII, Kolkata

Duration for – 3 days (10-30 to 4-00 PM with half an hour break); Venue :HAU

Day & Time	Session	Topics / Subjects of discussion	Methodology	Trainer
Day - 1 10-30 AM to 11-30 AM	1st	Registration & pre evaluation	-	HO/AHO & Assistants
11-30 AM to 1-30 PM	2nd	Need of greater awareness for adolescents on health and disease in general particularly on reproductive health	Pictorial chart cassette	MO/ Expert on Social Science/ School Teacher
2 PM to 4 PM	3rd	Basic anatomy and physiology of human body with special emphasis on Reproductive System	Question & Answer Models	MO
Day - 2 10-30 AM to 1-00 PM	1st	Features of Puberty, prevention of pregnancy, early marriage and teenaged pregnancy, Sex abuse	Question & Answer Models	MO
1-30 PM to 4-00 PM	2nd	Smoking, alcoholism, drug abuse, common sexual problem. Common Reproductive Tract Infection.	Question & Answer Models	MO
Day - 3 10-30 AM to 1-00 PM	1st	Common sexually transmitted diseases including AIDS, Hepatitis-B - transmission, pre-vention, protection, early detection management.	Question & Answer Models	MO
1-30 PM to 3-00 PM	2nd	a) Importance of nutrition in young age group, in both sexes. b) Communicable disease and control with emphasis on mosquito borne disease, TB, Leprosy and diarrhoea.	Question & Answer Models and demonstration.	MO
3-00 PM to 4-00 PM	3rd	Question Answer Session & Post evaluation.	-	HO & Others

Annexure- IV

Provision of Funds per batch of 25 trainees for the Reproductive Health Education training programme for Adolescent Boys

A. Training of beneficiaries (25 per batch)

1.	Trainers remuneration @ Rs. 200 x 2 x 3	=	Rs. 1200.00
2.	Organisers' remuneration @ Rs. 100/- x 3	=	Rs. 300.00
3.	Tea snacks @ Rs. Rs. 10 x 25 x 3	=	Rs. 750.00
4.	Materials @ Rs. 40.00 x25	=	Rs. 1000.00
5.	HHW @ Rs. 2x25x3 = 150/-		
	Assistant to the organiser = 260/-		
	Other Misc. expenditure = 250/-		
		=	Rs. 660.00
	TA to the trainees @ Rs. 4/- per day x 3 days x 25	=	Rs. 300.00
			Rs. 4210.00 per batch

B. Trainers Training (25 per batch) for 1 day

For each batch

Remuneration for trainer 350/- x 1 day	=	Rs. 350.00
Remuneration for organiser @ Rs. 100/- x 1	=	Rs. 100.00
T.A. D.A. for trainees @ Rs. 150 for 1 day x 25	=	Rs. 3750.00
Tea & Snacks @ Rs. 10 x 25 x 1 day	=	Rs. 250.00
Contingencies @ Rs. 100/- per day	=	Rs. 100.00
		Rs. 4550.00 per batch

Abstract cost estimate per batch

A. Training of beneficiaries for 3 days per batch of 25 trainees	**Rs. 4210.00**
B. Training of Trainers for 1 day per batch of 25 trainees	**Rs. 4550.00**
Total :	**Rs. 8760.00**

Annexure – V

Format for enlisting the particulars of beneficiaries(Adolescent Boys) for Reproductive Health Education Training Programme – IPP-VIII, Kolkata

Municipality : _____ **HAU No.** _____

Sl No.	Name & Address (1)	Block No. (2)	Subcentre No (3)	FS No. (4)	Present Age (5)	Marital Status (6)	Family Income (7)	Life status of the parents (8)	Literacy Status (9)	Occupation (10)	Attending Clinic(Y/N) (11)
1.											
2.											
3.											
4.											
5.											
6.											
7.											
8.											
9.											
10.											

N.B. : Prepare a reserve list of trainees (4 adolescent Boys) as per this format.

Annexure – VI

List of Trainers for Training of Adolescent Boys under RHE Programme

Municipality _____ **HAU** _____

Sl. No.	Name and Address of Male Medical Personnel/ Other Male Trainers	Designation
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

N.B. : *1. Enlist particulars of two doctors for one batch and five doctors for two or more batches.*
2. Male Medical Officers should be engaged in different IPP-VIII, Health Infrastructures.

Annexure – VII

Statement showing the status of gradation of the trainees (Adolescent Boys) relating to level of knowledge & attitude

Municipality _____ **HAU** _____

Batch No.	Date	Grade	Pre-training evaluation	Post training evaluation	Remarks
1.	(From _____ To_____)	Grade – A			
		Grade – B			
		Grade – C			

Batch No.	Date	Grade	Pre-training evaluation	Post training evaluation	Remarks
2.	(From _____ To_____)	Grade – A			
		Grade – B			
		Grade – C			

Batch No.	Date	Grade	Pre-training evaluation	Post training evaluation	Remarks
3.	(From _____ To_____)	Grade – A			
		Grade – B			
		Grade – C			

Batch No.	Date	Grade	Pre-training evaluation	Post training evaluation	Remarks
4.	(From _____ To_____)	Grade – A			
		Grade – B			
		Grade – C			

N. B. : **Grade A** - **With less than 2 mistakes**
Grade B - **with 2 to 3 mistakes**
Grade C - **with more than 3 mistakes**

Annexure - VIII

IMPORTANT INDICATORS ON UTILISATION OF TRAINING FACILITIES AND COVERAGE OF TARGET GROUPS (ADOLESCENT BOYS)

Name of the Municipality : _____

Course No.:_____ **Date :** _____

A) Course Utilisation :-

$$\text{Course Utilisation (In Percentage)} = \frac{\text{Total of trainees attended the course on } 1^{st}, 2^{nd}, 3^{rd} \text{ day}}{\text{No. of trainees x no. of days of training}} \times 100$$

B) Coverage of target :-
(In percentage)

i) Coverage of A. B. selected for training $= \frac{\text{No. of A. B. Trained}}{\text{Total A.B. selected for training}} \times 100$

Part – II : To be submitted on completion of the training programme of RHE for A.B.

iii) Coverage of total adolescent boys in the municipality $= \frac{\text{No. of Adolescent Boys trained on RHE}}{\text{Total Ado. Boys in IPP8 area of the municipality}} \times 100$

N.B. : Part – II Should be submitted on completion of the training programme on RHE

A.B – Adolescent Boys

Module: 7 ***Adolescent Counselling***

Reproductive health in general and adolescent reproductive heal. ,din particular is very poorly addressed in the contemporary health programmes in India. The adolescents constitute of one fifth of India's entire population but the specific health and information needs of the adolescents have hardly received its due focus in Government health strategy. So far the interventions for adolescents have been limited among the married females only. However, the concerns of adolescent fertility include the entire gamut of the adolescent population and those who are married are also a part of it. The RCH approach has broadened the focus to capture this particular issue from the contemporary socio-economic context.

The present decade is significant for India in terms of the socio-economic GLASTNOST marked by a process of economic reforms. The growing trends in consumerism and westernisation of society have manifested the social implications of globalisation of economy. Opening up of economy has implied a gradual exposure of the domestic society to the western value system through media, advertisements and consumer behaviour. Incidentally, there has been a very little conflict of values between the imported variety and the existing system. On the contrary, the urban population and significantly the affluent have readily imbibed the external inputs. The influence on the non-affluent adolescents is indirect but evidently significant. With increase in age at marriage and a gradually decreasing age of attaining puberty has eventually left these adolescents in a vacuum of physiological and psychological need for sex. Irrespective of social class, the new values of liberalism have significantly impacted the sexual behaviour of the adolescents. Sexual interactions taking place among these adolescents outside the socially sanctioned institution of marriage is no more an erratic incident today. The trend in contemporary adolescent sexuality has its serious health consequences. Unprotected sex is resulted in unwanted pregnancies also makes them vulnerable to HIV and other STIs. Seeking health services from non-registered health practitioners and following unscientific system of medicine has attributed to further complications. In the backdrop of HIV / AIDS, this issue needs to be especially addressed in health programmes being administered in the urban areas.

IPP VIII through its programmatic interventions attempted to address its concern for both married and unmarried adolescents. Though, the age at marriage has been increasing, due to many socio-economic and cultural factors it still remains at a relatively higher side among the urban poor – the potential beneficiaries of IPP VIII. Adolescent fertility increases the chances of incidents of maternal and infant mortality, which drew critical concern of MCH programmes.

In India, gender discrimination arising out of the relatively lesser economic value of girl children put adolescent girls in more disadvantageous position than their counterparts. The girls are deprived in terms of their food intake, health care and access to information and other socio-economic opportunities. Low educational attainment, unavailability of health education makes the poor adolescent girls mostly ignorant about their psychological needs and physical well-being.

Irrespective of social class, discussing 'sex and sexuality' is traditionally a taboo in the Indian society. In this context, attaining puberty and its physiological manifestations are usually never

discussed within the family. The adolescents are culturally deprived of developing an understanding on taking necessary personal care related to sexual health and safe sexual practices. To outsource knowledge on sexual health is also a rare possibility since the curriculum in the educational institutions has not formally approved it yet. Amid ignorance and confusion, the girls are often subjected to unprotected sex. The adolescent girls from poverty stricken families - the beneficiaries of IPP VIII have understandably no source of guidance available on these issues. At the same time, they have higher propensity to be exposed to unsafe sex.

With the realisation that *life cycle approach* to women's health is crucial, IPP-VIII Calcutta addressed the adolescent health issue right from the beginning. Initially special emphasis was given on adolescent health through the dissemination of information by the grassroots staff. The HHWs during their home visit and in the nutrition programmes imparted health education to promote better hygiene, sanitation and nutrition among the adolescent girls, discussed issues pertaining to reproductive health hazards of early marriage and pregnancy, necessity of education etc. It was observed that the adolescents did not feel comfortable enough to take part in these programmes. The project functionaries felt that along with the existing activities, a separate educational programme on reproductive and sexual health for the adolescent girls was necessary.

Keeping in view the specific need for this group, a specially designed reproductive health education (RHE) has been undertaken since last year across all the municipal areas under IPP-VIII in Calcutta. The programme was initiated with an aim to generate and improve the level of awareness on different aspects of *sex and sexuality* among the adolescent girls and young married women to bring a behavioural change so that they could be able to adopt the correct health practice and lead a healthy life.

Programme coverage and Selection criteria

25000 adolescent girls and young married women received this reproductive health education training. This programme has given especial emphasis to include adolescent girls from the most underprivileged families. The eligibility criteria were:

- Married and unmarried girls aged between 15 and 19 years who belong to the poorest families
- Girls within the said group working as house maids / working girls, have lost one of their parents or became orphaned, school dropouts and girls who were attending clinics for chronic ailments including RTI.

Each HHW was asked to bring four adolescent girls and two married young women from her block for this programme.

Training content

Each batch of 25 trainees were given 5 days training. This training session for each day continued for about five hours. The major aspects covered in the training were

- Need for the greater awareness on health, particularly reproductive health among adolescents (married and unmarried both).
- Basic anatomy and physiology of human body (both male and female) especially reproductive physiology, menstruation, menarche, puberty, menorrhagia, dysmenorrhoea etc.
- Common sexual concerns and problems such as, pregnancy, the hazards related to early and teen age pregnancy, prevention of pregnancies, MTP.
- Common STDs, its mode of transmission, prevention, early detection and management, Common RTIs- its different aspects.
- Importance of nutrition during adolescence and pregnancy.
- Specific preventive measures for important communicable diseases both for the child and adults.

Methodology

Keeping in mind the sensitivity of the subject matter and the particular target audience, these training programmes were conducted with a lot of care and caution. Lady medical officers and senior nursing personnel conducted these training programmes. No male onlookers were allowed. Special attention was given to carefully selecting the venue for such training programme and maintaining an ambience where these participants are made to feel free to express themselves without any fear or hesitation. This was resulted in a participatory and interactive training with these adolescent girls. A process of intermittent assessment was followed through asking questions to know the level of comprehension among the participants. Special attention was given to those who were not so vocal. There was a system of *pre and post training assessment* to evaluate the *impact* of the training.

The language of the entire training programme was mainly Bengali. There was a special concern for Hindi-speaking girls. Technical terms were not used as far as possible; if there was no alternative, these terminologies were explained in simple language. Technical aspects were explained with models, diagrams, and charts. In-depth discussion on technical aspects was mostly avoided.

Training of trainers

Special emphasis was given to develop the aptitude of the trainers through developing their knowledge, skills and most importantly the attitude and approach. Two-day training programme for the trainers in each zone were organised and one-day orientation programme for the organisers (HOs, Resource persons of trainers training course) was held. The guidelines were prepared immaculately.

Programme administration

The local bodies implemented the entire programme. A committee comprising the Chairman,, Health officer and Chairman in Council-Health coordinated and supervised the activities at the local level. For the proper coordination of the entire programme at the central level, 39 municipalities were grouped into 5 regions. An Officer from the CMDA was in the charge of coordination of the activities of each zone consisting of 7-8 municipalities.
The HHWs accompanied the participants to the training venue everyday to ensure participation in the training programme. To ward off worries of their parents, the HHWs also accompanied them back home. Keeping in mind that a sizeable section of the girls were working as maidservants, the timing was scheduled in accordance with their convenience.

The beneficiaries received this programme with great enthusiasm. There is a demand to extend the programme for the entire adolescent groups for both boys and girls.

'In the first day of the training programme we felt shy, but madam was so friendly with us that we did not hesitate later.'

'I never thought that I could talk openly about sex. I had lot of questions in my mind. But I did not find any body to ask. I was scared to ask a few questions that I always wanted to know but could not ask anyone fearing to be marked as a "bad girl". We got a chance to know so many things that we never knew earlier.'

'I thought menstruation is dirty. There are so many myths related to this. We are not allowed to work in kitchen and touch the idols. Now we know that as we are growing, this is quite natural.'

'I had heard about AIDS. But I didn't know what it was. I thought AIDS and STDs are same. Now I understand clearly. I know how it is transmitted, how it could be prevented, what should be our attitude towards a HIV positive person.'

'I was told that if any boy ill behaves with me I would get pregnant. I felt so nervous. Now it has become clear to me what actually happens. I have come to know about our body and reproductive systems. Madam has taught us why early pregnancy is harmful to health. I do not want to get married before I'm 20. '

"I got married earlier. If I had the knowledge earlier I would not have the baby in an early age. However, I will try to have the second baby at least after five years later. Then I will take some permanent family planning method. I shall pass this knowledge on to my daughter, when she will grow up. '

'We already have discussed with our friends regarding what we have learnt from this training. The training is really helpful to us. We can protect ourselves in future. This type of training should be arranged for all girls of our age. The boys should also get this training. Otherwise we cannot utilise the knowledge fully.'

RHE Programme participants

तार-पता Tele-Address

स्वास्थ संस्थान, कलकत्ता
"HEALTHINST", KOLKATA
Phone : (O) 2241-3954 (Direct)
2241-2860 & 2241-3831 (PBX)
Fax : 00-91-33-2241-8717, 2241-8508
00-91-33-2241-2539 (DIRECT)
E-mail : aiihph@cal.vsnl.net.in

भारत सरकार
GOVERNMENT OF INDIA
अखिल भारतीय स्वास्थ विज्ञान और जन स्वास्थ्य संस्थान
ALL INDIA INSTITUTE OF HYGIENE AND PUBLIC HEALTH
(स्वास्थ्य सेवा महानिदेशालय)
(DIRECTORATE GENERAL OF HEALTH SERVICES)
110, चित्तरंजन एवेन्यु, कलकत्ता - 700 073
110, CHITTARANJAN AVENUE, KOLKATA - 700 073, INDIA

KUSP CHANGE MANAGEMENT UNIT 3459 26.12.05 M.D

Dr. Goswami Re. 27/12/05

No.DIR/05/3535/131(pt.)
Dated: 09.12.2005

To
Shri.Arnab Roy,
Project Director,Change Management Unti(CMU),
Kolkata Urban Services for Poor(KUSP)
ILGUS Bhavan, HC Block, Sector-3,
Bidhan Nagar,Salt Lake, Kolkata-700 106

Sub: ***Training and Implementation of Adolescent Care under Health Component of KUSP.,reg.***

Ref: Your letter No.CMU*-94/2003(Pt.II)/192 dated 30.05.2005

Dear Sir,

This is to state that with reference above letter I am forwarding the research proposal entitled "Proposal for Implementation of Adolescent Health Programme under KUSP" prepared by Departrment of Epidemiology. The research and training protocol is submitted herewith to Kolkata Urban Services for Poor(KUP) for perusal and needful sanction. Please feel free to communicate and discuss in case you need further information in this regard.

This is for your information and necessary action.

Thanking you,

Yours sincerely,

(Dr.S.Mohanty)
Additional Director &
Director (Acting.)

Copy forwarded for information to :

1) Director General of Health Services,Govt.of India,Nirman Bhawan,New Delhi for information and necessary approval for accepting this activities. However, it may be mentioned here that no extra manpower would be involved for this purpose.
2) Dr.D.K.Raut,Prof.& Head,Department of Epidemiology,AIIH&PH,Kolkata for information.

(Dr.S.Mohanty)

RESEARCH PROPOSAL FOR ASSESSMENT AND IMPLEMENTATION OF ADOLOSCENT HEALTH PROGRAMME

PRINCIPLE INVESTIGATOR: DR. D.K.RAUT, PROF. & HEAD

CO-INVESTIGATORS:
1. DR. D. PAL, ASST. PROFESSOR
2. DR. R. N. SINHA, ASST. PROFESSOR
DEPT. OF MCH

DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY
ALL INDIA INSTITUTE OF HYGIENE & PUBLIC HEALTH
110 C.R. AVENUE, KOLKATA-700 073 W.B. (INDIA)
drdkraut@vsnl.net , drdeepakraut@yahoo.com

PROPOSAL FOR IMPLEMENTATION OF ADOLOSCENT HEALTH PROGRAMME UNDER -KUSP

1. INTRODUCTION

Adolescence is a fascinating period of life that marks the transition from being a dependent child to becoming an independently functioning adult. It is the period of life between age 10 - 19 years- a crucial phase of growth and development, when there occur physical and physiological changes along with emotional instability.

1.1 CHANGES DURING ADOLESCENCE:

The changes that occur are - biological development (body size and shape), cognitive development, self-concepts and self-esteem, sexuality and morality, relationships with family, peers and society. These changes occur due to hormonal changes in conjunction with social structure. In this period the close and dependent relationships with parents and older family members begin to give way to more intense relationships with peers and other adults. It is also a time when physiologically adolescents begin to reach their adult size, their bodies become more sexually define and reproductive capacity is established. They have different needs according to their stage of development and personal circumstances.

During adolescence, growth spurt occur and about 35% gain of adult weight and 11% of adult height are acquired- so achievement of optimum growth and development during this period is of utmost important in maintaining good health thereafter.

1.2 HEALTH PROBLEMS OF ADOLESCENCE:

Adolescents represent about of a fifth of country's population but the health needs of adolescents have seldom been addressed. They face a number of health problems like general health problems, menstrual problems, mental health problems, early and unprotected sex, sexual abuse, accidents and violence, addictive behaviours like alcoholism and drug addiction etc. National Family Health Survey data revealed that over 50% of girls marry below the age of 18. Teen age pregnancies being high risk pregnancies result in unsafe abortion, low birth weight and high maternal morbidity and mortality. The age group 15 - 19 contributes 19% of total fertility in India. Highest unmet needs for contraception have been reported in the age group 15 - 19 years. Around 30% of adolescent's girls and 18% of boys suffer from malnutrition. As the adolescents undergo sexual development, they are curious to know about it. Several studies show varying levels of pre-marital sex among male and female adolescents. The median age of initiation of sexual debut is 15 - 16years.

The combination of growing physical maturity, hormonal changes, emotional immaturity and lack of information makes adolescents specially vulnerable to certain types of health events, the effect of which may be serious and permanent e.g. sexually transmitted infections including HIV/AIDS, unwanted teenage pregnancy, unsafe abortions and resultant pelvic infection, drug addiction, alcoholism etc. Around 40% of HIV infections are centered on teenagers. Adolescents are also very often under psychological stress, as they become more independent and assertive leading to confusion, tension, frustration, feeling of insecurity and depression.

But, health of the adolescent population is relatively neglected both at the family and at the health provider level. There is a relative gap in the health care of the adolescents, resulting in occurrence of preventable morbidities and mortalities affecting the potential workforce of the country. The intrinsic vulnerability of the adolescent people who form a heterogeneous group is aggravated by their risk taking attitude, strong peer influence, in access to information and traditional gender disparities in the society. So it is important that diverse health needs of adolescents like physical, psychological and social health needs are given due consideration by the health providers. Programmes on adolescent health while putting due stress on reproductive health, should work on a wider perspective, considering the adolescents physical and emotional needs as well.

Adolescents do not appreciate the importance of seeking treatment when they are unwell and often underestimate the severity of their condition. Even when they choose to seek care, there may be important barriers preventing their access to such care. The health services may not be available, accessible or acceptable to the adolescent people. Cultural reason, physical distance, time disparity, fear of being recognized, lack of confidentiality, natural aversion to be in a clinic or treatment centre and rude or judgemental health workers may act as obstacles in utilization of health care services by the adolescent individuals.

National Population Policy 2000 has identified adolescents as under-served population group. Govt. of India intend to improve the services for this vulnerable group of population who have till now been effectively left out of planning process. KUSP like to introduce the service of adolescent care in their health component and start it as pilot project in 4 urban local bodies. As mentioned, this vulnerable group of population may suffer from various health problems, so far effective implementation of adolescent health programme in the municipalities under KUSP, it is essential to assess the health status and needs of the adolescents of the area, facilities available and suggest measures for intervention.

Therefore, **a study** shall be undertaken among the adolescents of the municipalities under KUSP with the **following objectives**:

1. To assess the health status of the adolescents- e.g. nutritional, sexual and reproductive health status, psychological and behavioral problems etc.
2. To know about their awareness of general health, reproductive health, unprotected sex, STDs, RTIs, HIV/AIDS, contraception etc. and their needs.
3. To study the status of health care facilities about provision of services for the adolescents.
4. To suggest measures of intervention in conformity with the needs of the adolescents as revealed by the survey.

2. MATERIALS AND METHODS:

It will be a cross-sectional study among the adolescents of the municipalities under KUSP. The study will be carried out among a number of adolescents (size determined by appropriate statistical method) selected by random sampling.

Method of data collection will be by personal interview using a pre-tested, semi-structured questionnaire, general health examination and observation. A survey of existing health facilities about provision of services for the adolescents and service providers will also be carried out.

The health status of the adolescent individuals, their health awareness and information gaps, needs and expectations regarding "Adolescent friendly" services will be ascertained from collected data and appropriate intervention measures will be suggested.

3. SUGGESTED INTERVENTIONS:

Adolescent friendly health services should have high clinical standards and qualities that young people seek. It should be accessible, acceptable, equitable, comprehensive and appropriate- in the right place at the right time and affordable and to be delivered by competent and motivated providers.

The interventional approaches can be at **three levels**- a) Community level, b) Family level and c) Individual level.

a) **Community level**- Most effective way of reaching the adolescents and influencing them is through schools and colleges. Problems of adolescents can be included in the school and college curriculum. Health sector should select a few things such as, prevention of anaemia and malnutrition, reproductive cycle, menstrual cycle and hygiene, age of marriage and child birth, risk of teenage pregnancies, prevention/control of RTI/STD including HIV/AIDS, voluntary blood donation, contraception, unsafe sex and unsafe abortion etc. for effective coverage in the schools of their jurisdiction through health programme. This

should be done in consultation of school teachers and parents. Teachers should be given training in problem of adolescence so that they can detect the problems early and start intervention.

Adolescents out of school can be reached through non-formal education system in consultation with local municipalities and panchayats and with the help of NGOs.

Health education programmes as lectures/demonstrations including Audio-visuals can play important role. Area specific material on IEC in local languages needs to be developed for effective communication.

Another effective way of reaching the adolescents is through **Peer Education** programme- a programme that is at least in part devised and delivered by young people for young people. Young people are often more comfortable talking to peers than parents and teachers. Most often these programmes produce a change in knowledge as well as behavior than adult programmes.

b) Family level- Family oriented programmes including parental guidance/ education can play an important role. Parents' Day can be organized in schools and clinics to train the parents regarding the problems of adolescents and to help them to tackle it. Family factors and inadequate social support play an important role in juvenile delinquency. Adequate social support of parents is important. Health workers during their weekly to monthly home visits should provide information to the parents and emotional support for solving the problems of adolescents.

c) Individual level- Many problems of adolescents can be solved through inter-personal communication at clinics by physicians/health workers, by counselling and also during home visit.

d) Up gradation of facility at Health Centres- Health centres and clinics are to be strengthened in terms of educational material and services for the adolescents according to their needs. Clinics should be accessible i.e. it should be held in places where adolescents go and timing should be suitable for them. Adolescents are to be assured of privacy during a consultation and confidentiality afterwards. Trained health officers and workers are to be posted so that they can address the problems of adolescents. They should have good communication skills and there should be arrangements for counselling of adolescents in different issues and a counsellor is to be posted at the clinic. A psychologist is also to be posted for tackling the psychological and behavioural problems of adolescents. Training alone will not resolve quality issues. Structural problems must be addressed so that equipment, medicines and supplies are available when and where needed.

Services to be provided would be preventive, promotive and curative services.

i) **Preventive services**- Immunization with tetanus toxoid, hepatitis B vaccine and for adolescent girl's rubella vaccine. Education about prevention of anaemia, malnutrition, STD,s/ RTIs, HIV/AIDS and contraception etc.

ii) **Promotive services**- Nutritional education, nutritional supplementation, provision of iron and folic acid tablets, improving menstrual hygiene, health education, life style and behaviour changes.

iii) **Curative services**- Apart from treatment of common illnesses there should be facilities for treatment of STDs/RTIs, scope of doing MTPs, and management of its complication, treatment of behavioural and psychological problems and referral services.

Adolescents are to be involved in planning and monitoring and community support is needed to ensure that services are acceptable and used.
Finally, improvements in adolescent health services will act as a catalyst to improve health services for everyone, as staff attitudes change and people's expectations rise. Adolescents are on the verge of adulthood and will continue to demand services that match their needs. Adolescent friendly health services can pioneer change for the whole population.

4. HEALTH CARE NEEDS ASSESSMENT OF ADOLESCENTS:

A) Awareness of RTI's / STI's, HIV/AIDS, (KABP study)

i) Purpose:

The purpose of this study is to assess the current Knowledge, attitude and behavioural practices for HIV/AIDS/STD, sexual and reproductive health among adolescence population in Municipalities of Kolkata and to develop baseline measurements for behavioural indicators to be used in assessing changes in behaviour over time.

ii) Aim:

To positively influence adolescent sexual behaviours in order to reduce HIV/AIDS and sexually transmitted infection by improving correct knowledge and Behaviour change communication.

iii) Objective:

1. To study the knowledge, attitudes, behaviors and beliefs of HIV/AIDS among (15-19 years) adolescents in Kolkata (India) and assess gender bias.
2. To study the sources of information on HIV/STD infection.

3. To develop the key behavioral indicators predictor of high-risk behavior changes over the time for HIV/STD infection, sexual and reproductive health.
4. To develop, plan and implement the intervention programme for adolescents for adopting and developing positive life style, improving reproductive hygiene and healthy behavioral practices for prevention and control of HIV/STD infection.

iv) Methodology:

a) Design:

An epidemiological cross-sectional study design will be used. Sampling is based on randomized two stage sampling strategy. The target group of adolescents between 15-19 years will be included by complete enumeration method from the sampling sites. The quantitative research will be accompanied by qualitative research to enhance the interpretation of the findings. Interviews with the adolescence will be based on structured self administered, anonymous questionnaire. Questionnaires will include information on demographical, socio-economic, gender characteristics. Reproductive and sexual heath and HIV/AIDS related Knowledge, beliefs, attitudes and behaviour and information on mode of transmission, prevention and protective methods, misbelieves, risk factors and source of getting this information will also be included. The sample size of adolescent children will be decided on the basis of municipalities that would be included in the programme. However around 150 adolescents would be selected on random basis from group of school going and school drop-out adolescents.

b) Sampling:

1. Select four municipalities' site out of 40 of Urban Local Bodies (ULB's) on the basis of sampling from each zone. Selection of ULB will also depend on availability of Lady Medical officer and lady second tier supervisor. There after from south, east and west zone four ULB's will be selected on population proportion basis.

2. Selection of adolescents (15-19 years) by complete enumeration method.
3. Carry out pre-test on KABP on HIV/STD/AIDS and behavioural indicator.
(i) Conduct session on health education and promotion on HIV/STD by different modes of communication, ex. Lectures, posters, audio-visual etc.

(ii) Carry out post-test on KABP on HIV/STD/AIDS for assessing enhancement of knowledge and change in the behavior and attitude for prevention of HIV/STD.

(iii) Carry out intervention programme as mentioned & as per guidelines.

(iv) Study the behavioural trends each year.

(v) Implement phase-II to cover other municipalities, and conduct similar behavioural surveys.

c) Investigation Team:

Field investigation team will be consisted of medical doctors/faculty members from AIIH&PH as field investigators who are trained and experienced in conducting qualitative and quantitative survey will supervise and coordinate study in the field that will be supported by junior medical doctors (postgraduate students). The team will also include social scientist dealing with social and psychological components of study. Principal investigator and experts will be overall supervisor of the study dealing with development of the protocol, planning, organisation, implementation and conduction of the study.

B. Assessment of health status of adolescents, treatment seeking behaviour and utilization of health care services

I. Objectives:

1. To assess the health status of the adolescents e.g. nutritional, sexual and reproductive health status, psychological and behavioural problems.
2. To study the treatment seeking behaviour of the adolescents.
3. To study the utilization of the health care services by adolescents

Methodology and sampling design will be followed as mentioned in above the component.

C. Assessment of status of health care facilities for provision of services for the adolescents

I. Objectives:

1. To assess the availability of trained manpower in the health care facilities for providing services for the adolescents.
2. To identify the type of services available for the adolescents referral services.
3. To study the availability of drugs and equipment and other facilities.
4. To find out laboratory facilities if any for diagnosis of RTI/STI.
5. To identify the obstacles in provision of health care services for adolescents and suggest measures for its solution.

II. Material and Methods:

1. Study area: Health facilities i.e. dispensaries/clinics under the municipalities of KUSP.
2. Sampling frame:
3. Method of data collection: The data will be collected -a) by actual observation and b) by interview with the person in charge of the health care facility on the day of the visit.
4. Tools: Pre-designed, pre-tested schedule containing both closed and open ended questions regarding availability of general facilities, services, staff pattern- their training status, IEC materials, medical examination facilities, drugs, equipment and laboratory facilities- their working condition, referral services etc.
5. Data analysis: Collected data will be analyzed using appropriate statistical methods.

III. *Time Frame:*

It is envisaged that around two month period would be necessary to conduct entire study. The actual study will start from the day when the funds will be released to AIIH&PH.

D. Training of health officers adolescent health

Doctors, nurses, health workers need a good knowledge of normal adolescent development and skills to diagnose and treat common conditions. They are to be trained on how to address the problem of adolescents and make their approach friendly. Technical skills and a sympathetic professional approach should be combined with non-judgemental approach. Communication with adolescents on sensitive issues like sexuality, reproduction, STDs, age of marriage and child bearing etc. requires good communication skills. A communication model is to be evolved for effective communication.

Health officers will also have to organize teachers training programme on adolescent health and development on a large scale. Similarly peer training programme and student to student approach can pay rich dividend.

Training of different categories of staff should be held separately. It is envisaged that trainers training of Health officers and Assistant Health officers will be organised by AIIH&PH. These trained Health officers will subsequently train their Honorary Health Workers (HHW), Lady second tier supervisor (LSTS), FTS's, Female STS's at ULB levels. However all these training programmes will be organised and conducted under overall supervision of CMU. AIIHPH would provide time-to-time technical guidance, supervision and monitoring of all the activities of adolescent health programme under KUSP.

1. **Participants**: Total 30 Health officers and Assistant Health officers belonging to pilot 10 ULB's would be trained in two batches. Around 15 participants are expected to attend training programme on adolescent health.

2. **Training duration**: Training would be conducted for three days duration.

3. **Time frame**: Around one month period will be necessary to plan and organise these training programmes.

4. **Training of Honorary Health Workers**: Health officers and assistant Health officers who will be trained in earlier training programme will be key trainers for the training of honorary health workers. Facilitator guide and training manual for HHW will be developed by AIIH&PH, which will be used for the training of HHW and other paramedical workers.

BUDGET:

SUMMERY OF BUDGET

I	**Adolescent Health care need assessment (Rs.144,480 X 4 ULB)**	**577,920**
II	**Training of Trainers (Rs. 217,000 X 2 Training Programmes)**	**434,000**
III	**Preparation of Training Module for HHW**	**95,000**
IV	**Monitoring & Supervision of HHW Training by AIIHPH (10 Programmes)**	**56,000**
	GRAND TOTAL	**1,162,920**

Sr.No.	Details				
I	**Adolescent Health care need assessment**	**Rate(Rs.)**	**No.**	**Days**	**Total**
A.	***Field expenses :***				
A1	**Per diem**				
A1.1	Principal Investigator/Experts	1500	2	6	18,000
A1.2	Field investigator (Medical Faculty)	800	2	6	9,600
A1.3	Research associates (PGTs)	500	2	6	6,000
A1.4	Social scientist	500	2	6	6,000
A1.5	Paramedical workers & Local guide	300	2	6	3,600
A2	Hiring of local transportation	800	2	6	9,600
A3	Consultancy and coordination	2000	1	6	12,000
A5	Contingency expenses	1000	2	6	12,000
	Sub-Total				76,800
B	***Office expenses***				
B1	Printing of Schedule				5,000
B2	Data entry and analysis				10,000
B3	Secretarial assistance				5,000
B4	Stationaries				5,000
B5	Computer software, mobile phone	20000	1	1	20,000
B6	Final Report Writing & Printing				10,000
B7	Contingency expenses				5,000
B8	Institutional charges (DOE & Adm. Exp.)				7,680
	Sub-Total				67,680
	Total				**144,480**
	Grand Total (four Urban Local Bodies)		4		**577,920**

II	**Training of Trainers**				
1	Per diem for Experts/Resource Persons	1000	5	3	15,000
2	Honorariums to facilitators	500	1	6	3,000
3	Traveling expenses for outside experts	7000	2	2	28,000
4	TA/DA for Participants	500	15	3	22,500
5	Secretarial assistance	1000	2	10	20,000
6	Training materials (file, folder, bags etc.)	500	25	1	12,500
7	Banner, decoration	1000	1	1	1,000
8	Lunch, tea, coffee & Hall	700	30	3	63,000
9	Audio-visual aid	1000	1	3	3,000
10	Travel expenses for field visit	2000	2	1	4,000
11	Consultancy & Coordinator	2000	1	10	20,000

	12	Report writing and Publication	5000	1	1	5,000
	13	Institutional overhead charges				10,000
	14	Contingencies				10,000
		Total				**217,000**
		Grand Total (Two Programmes)				**434,000**
III		**Preparation of Training Module for HHW**				
	1	Honorariums to Specialist for writing	5000	5		25,000
	2	DTP	5000	2		10,000
	3	Photographs, sketches & artistic work	10000	1		10,000
	4	Consultation meeting for draft module	25000	1		25,000
	5	Printing and Publishing of Module	25000	1		25,000
		Total				**95,000**
IV		**Monitoring and Supervision of HHW Training by AIIHPH**				
	1	Per diem	1000	2	10	20,000
	2	Travel	800	2	10	16,000
	3	Consultancy and Coordination	1000	1	10	10,000
	4	Contingencies	1000	1	10	10,000
		Total (ten programmes)				**56,000**

****

KOLKATA URBAN SERVICES FOR THE POOR

CHANGE MANAGEMENT UNIT

Memo No. CMU-94/2003(Pt. II)/192

Dt.. 30.05.2005
31

From : **Arnab Roy**
Project Director, CMU

To : **Dr. P.H. Ananthnarayanan, Director**
All India Institute of Hygiene & Public Health
110, C.R. Avenue, Kolkata - 700 073.

Sub : **Training & Implementation of Adolescent Care under Health Component of KUSP.**

Sir,

By this time you are well aware of DFID assisted Kolkata Urban Services for the Poor (KUSP) which has been launched at Kolkata. In the Health component under KUSP, we would like to introduce a new element of service i.e. Adolescent care, for strengthening community based Honorary Health Worker Scheme.

During the training session of the Health Officers and Asstt. Health Officers at New Delhi and Jaipur Dr. Shibani Goswami, Health expert, CMU had some preliminary discussion with Dr. D.K. Raut, Prof. & Head Dept. of Epidemiology of your Institution. He has kindly agreed to render his co-operation and support to develop the proposal for training and implementation of Adolescent Health Programme. We would like to pilot this programme in 4 Urban Local Bodies by August, 2005.

I would like to request you kindly to allow Dr. Raut to prepare proposal for the purpose with cost estimate and its implementation in the piloted Urban Local Bodies.

Your co-operation in this regard will be highly appreciated.

Thanking you.

Yours faithfully,

Project Director, CMU

Memo No. CMU-94/2003(Pt. II)/192/1(1)

Dt.. 30.05.2005
31

Copy forwarded for information and necessary action to :

Dr. D.K. Raut, Prof. & Head, Dept. of Epidemiology, AIIH & PH, Kolkata.

Project Director, CMU

Sub. : Implementation of Adolescent Health Care under Health component of KUSP - Clearance of the proposal submitted by All India Institute of Hygiene & Public Health, Kolkata.

One of the recommendations of study conducted by Interim Support Consultants describes – "A special clinic for Adolescents organized in the Sub-Centre that would link educational & vocational opportunity and counselling to better Adolescent Health and their access to services." Based on their recommendations component of Adolescent Care has been included in the work plan for FY 2005 – 06.

Preliminary discussion on the subject was held with Dr. Raut, Prof. & Head, Dept. of Epidemiology, AIIH & PH during Health Officers' training in public health. Subsequently, a letter was issued to the Director, AIIH & PH to prepare proposal on the subject matter.

During visit of Ms Silke Seco, Human Development Advisor, DFID at Kolkata on 16.08.2005, the issue was discussed and support of AIIH & PH was appraised (Back to Office report of Silke Seco, dated 17.08.2005 enclosed).

Dr. D.K. Raut was contacted and this issue was discussed in details with him. A proposal on Adolescent Care has been developed by Dr. Raut and re-tuned on the basis of comments of Ms. Silke. The final proposal along with cost estimate submitted by Dr. Raut was forwarded to Ms. Silke who sent clearance through e-mail (copy enclosed).

The salient features of the said proposal are as under :

a) Health care need assessment of Adolescent – Awareness on RTIs / STIs, HIV / AIDS (KABP Study).
b) Assessment of Health status of Adolescent, treatment seeking behaviour and utilisation of Health care services.
c) Assessment of status of Health care facilities for provision of services for the Adolescent.
   - Study will be conducted in slums of 4 ULBs.
   - 150 BPL Adolescents would be selected from each ULB on random basis from groups of school going and school drop out.
   - Health status of all the Adolescent under study will be assessed.
   - Status of existing health facilities of municipality will be assessed.
   - Existing status of Govt. agency and NGOs be assessed for linkage.
   - Submission of report by AIIH & PH.
   - Time frame for a, b, c is around two months.
d) Training of Health Officer, Asstt. Health Officer, Medical Officer of 10 ULBs on Adolescent Health – be conducted by AIIH & PH.
   - Implementation of Adolescent care will be piloted in 10 ULBs out of 40.
   - 30 nos. of HO, AHO & Medical Officer will be trained in two batches, each batch of 15 participants for 3 days duration.
   - Around one month will be taken by AIIH & PH to plan and organize the above training.
e) Facilitator's guide and training manual for HHW on Adolescent Health will be developed in Bengali by AIIH & PH.
f) Training of grass root level functionaries will be rendered by the already trained HO, AHO & Medical Officer.
   - Faculty of AIIH & PH will monitor and supervise the HHWs training as and when required.

Summary of the budget submitted by AIIH & PH is as under :

For Sl. No.	Items	Cost Estimate (In Rs.)
a, b, c	Assessment of health care need, health status of Adolescents, status of health care facilities @ Rs. 1,44,480/- x 4 ULBs	5,77,920.00
d	Training of trainers @ Rs. 2,17,000/- x 2 batches	4,34,000.00
e	Preparation of training manual for HHWs	95,000.00
f	Monitoring & supervision of HHWs training (10 programmes)	56,000.00
	Total	**11,62,920.00**

Contd. to P-2.

KUSP
OUTFALLS OF FUTURE

The budget details were scrutinized, retuned and the present cost arrived at by AIIH & PH, is considered rational.

It is strongly felt that we should take advantage of expertise of National Institute based at Kolkata like AIIH & PH.

If the proposal agreed in principle, it is suggested that the entire process may be taken up in two phases like :

A) First Phase – Assessment phase where study as spelled out above at a, b, c will be conducted. The estimated cost is Rs. 5,77,920/- which may be released in favour of Director, AIIH & PH.

B) Second Phase – Training Phase comprising of training of trainers, preparation of training manual for HHWs and monitoring & supervision of HHWs training. The cost estimate is Rs. 5,85,000/- which may be released to AIIH & PH before undertaking the training phase. The second phase will be initiated after getting the study report of assessment.

In this connection it is to be mentioned that DFID has agreed in principle for the overall Adolescent Care project proposal submitted by AIIH & PH.

Submitted for favour of kind perusal and clearance.

[signature] 20.12.05

D, CMU

The above proposal may be seen.
The proposal may be approved.

[signature] 21/12

Secretary, M.A. Deptt.

Sub. : Implementation of Adolescent Health Care under Health component of KUSP - Clearance of the proposal submitted by All India Institute of Hygiene & Public Health, Kolkata.

One of the recommendations of study conducted by Interim Support Consultants describes – "A special clinic for Adolescents organized in the Sub-Centre that would link educational & vocational opportunity and counselling to better Adolescent Health and their access to services." Based on their recommendations component of Adolescent Care has been included in the work plan for FY 2005 – 06.

Preliminary discussion on the subject was held with Dr. Raut, Prof. & Head, Dept. of Epidemiology, AIIH & PH during Health Officers' training in public health. Subsequently, a letter was issued to the Director, AIIH & PH to prepare proposal on the subject matter.

During visit of Ms Silke Seco, Human Development Advisor, DFID at Kolkata on 16.08.2005, the issue was discussed and support of AIIH & PH was appraised (Back to Office report of Silke Seco, dated 17.08.2005 enclosed).

Dr. D.K. Raut was contacted and this issue was discussed in details with him. A proposal on Adolescent Care has been developed by Dr. Raut and re-tuned on the basis of comments of Ms. Silke. The final proposal along with cost estimate submitted by Dr. Raut was forwarded to Ms. Silke who sent clearance through e-mail (copy enclosed).

The salient features of the said proposal are as under :

a) Health care need assessment of Adolescent – Awareness on RTIs / STIs, HIV / AIDS (KABP Study).
b) Assessment of Health status of Adolescent, treatment seeking behaviour and utilisation of Health care services.
c) Assessment of status of Health care facilities for provision of services for the Adolescent.
   - Study will be conducted in slums of 4 ULBs.
   - 150 BPL Adolescents would be selected from each ULB on random basis from groups of school going and school drop out.
   - Health status of all the Adolescent under study will be assessed.
   - Status of existing health facilities of municipality will be assessed.
   - Existing status of Govt. agency and NGOs be assessed for linkage.
   - Submission of report by AIIH & PH.
   - Time frame for a, b, c is around two months.
d) Training of Health Officer, Asstt. Health Officer, Medical Officer of 10 ULBs on Adolescent Health – be conducted by AIIH & PH.
   - Implementation of Adolescent care will be piloted in 10 ULBs out of 40.
   - 30 nos. of HO, AHO & Medical Officer will be trained in two batches, each batch of 15 participants for 3 days duration.
   - Around one month will be taken by AIIH & PH to plan and organize the above training.
e) Facilitator's guide and training manual for HHW on Adolescent Health will be developed in Bengali by AIIH & PH.
f) Training of grass root level functionaries will be rendered by the already trained HO, AHO & Medical Officer.
   - Faculty of AIIH & PH will monitor and supervise the HHWs training as and when required.

Summary of the budget submitted by AIIH & PH is as under :

For Sl. No.	Items	Cost Estimate (In Rs.)
a, b, c	Assessment of health care need, health status of Adolescents, status of health care facilities @ Rs. 1,44,480/- x 4 ULBs	5,77,920.00
d	Training of trainers @ Rs. 2,17,000/- x 2 batches	4,34,000.00
e	Preparation of training manual for HHWs	95,000.00
f	Monitoring & supervision of HHWs training (10 programmes)	56,000.00
	Total	**11,62,920.00**

Contd. to P-2.

The budget details were scrutinized, retuned and the present cost arrived at by AIIH & PH, is considered rational.

It is strongly felt that we should take advantage of expertise of National Institute based at Kolkata like AIIH & PH.

If the proposal agreed in principle, it is suggested that the entire process may be taken up in two phases like :

A) First Phase – Assessment phase where study as spelled out above at a, b, c will be conducted. The estimated cost is Rs. 5,77,920/- which may be released in favour of Director, AIIH & PH.

B) Second Phase – Training Phase comprising of training of trainers, preparation of training manual for HHWs and monitoring & supervision of HHWs training. The cost estimate is Rs. 5,85,000/- which may be released to AIIH & PH before undertaking the training phase. The second phase will be initiated after getting the study report of assessment.

In this connection it is to be mentioned that DFID has agreed in principle for the overall Adolescent Care project proposal submitted by AIIH & PH.

Submitted for favour of kind perusal and clearance.

20.12.05

D, CMV

strategy and on whether the DHFW envisages playing a greater role in the area of urban health will help address this issue, especially within the context of HSDI and strengthening the SPSRC. 2) Discuss with KUSP team whether we can encourage better convergence/coordination among the various departments involved and how we could do this.

4. Under the scheme, the design and piloting of community health insurance schemes is planned in two ULBs. One or two experts will be needed to provide support for this. ACTION: I or Andrew will liaise with Marc Soquet from the ILO to explore possible support from them.

5. Better care for adolescents and capacity training for stronger community mobilisation are also envisaged under the agreed work-plan. ACTION: 1) I will explore possibilities of providing technical support in the area of community mobilisation, taking account of lessons learnt from experience in India and elsewhere (Sandhya and I to discuss). 2) Dr. Goswami will assess together with the All India Institute of Hygiene and Public Health whether further support in the area of adolescent care might be valuable from us (international experience).

6. I reminded the team that it would be very useful to do a comparative analysis of the scheme in different ULBs to systematise lessons learnt and to share best-practices. This is not urgent but something that will be very relevant, especially if GoWB does decide to expand the scheme to the rest of the ULBs.

7. The annual review Aid Memoir will be provided by the CMU shortly.

Silke Seco
Human Development Adviser
West Bengal Team

Reference

FROM: Silke Seco
Ext: 3304

DATE: 17 August, 2005

CC: West Bengal Team

To: Chris Chalmers

Meeting with the KUSP Director, Dr. Goswami and Dr. Gangopathay to discuss progress on the Honorary Health Workers Scheme

On 16th August I met with Arnab Roy, CMU Director, Dr. Goswami and Dr. Gangopathay to discuss progress and any relevant issues pertaining the Honorary Health Workers Scheme.

The discussion started by reviewing the report findings and recommendations from a sample study of sub-centres. The study was commissioned in April 2005 by the CMU and the report was finalised in May 2005. The objective was to identify areas that could be strengthened regarding the existing health care services provided at sub-centre level. The key issues arising from the report had been addressed in the work-pan submitted for the review mission in May. Since I was unable to participate in this review I took this opportunity to discuss it with the team and assess progress towards recommendations.

Summary

The main identified weaknesses of the scheme that we discussed include:

1. Municipalities are currently funded by different sources of financing – CUDP –III, DFID and IPP-VIII. This leads to uneven allocation of resources, with for example, ULBs funded under IPP-VIII having more doctors than those funded under CUDP – III. These disparities need to be addressed and the scheme standardised in terms of manpower, equipment, contingency funds, etc. This matter has already been communicated to the Secretary, MAD by the CMU Project Director. It was also agreed that an assessment of available resources, manpower situation, etc of the sub-centres in areas where two projects are operating simultaneously could be undertaken in addition to reviewing and updating existing guidelines.
2. The quality and maintenance of the different patient registers at sub-centre level varies and is considered to be too complex. Standard simplified formats need to be designed and appropriate training given to sub-centre personnel for better record keeping. ACTION: CMU will let us know if they need our support to identify suitable technical expertise. Internal experts will carry out initial work and external support will be sought later on if necessary.
3. The infrastructure of many sub-centres is inadequate and needs urgent improvement. Leaking roofs and lack of privacy for examination

GP-(2)

PROPOSAL FOR IMPLEMENTATION OF ADOLOSCENT HEALTH PROGRAMME UNDER -KUSP

PRINCIPLE INVESTIGATOR: DR. D.K.RAUT, PROF. & HEAD

CO-INVESTIGATORS:
1. DR. D. PAL, ASST. PROFESSOR
2. DR. R. N. SINHA, ASST. PROFESSOR
   DEPT. OF MCH

DEPARTMENT OF EPIDEMIOLOGY
ALL INDIA INSTITUTE OF HYGIENE & PUBLIC HEALTH
110 C.R. AVENUE, KOLKATA-700 073 W.B. (INDIA)
drdkraut@vsnl.net , drdeepakraut@yahoo.com

PROPOSAL FOR IMPLEMENTATION OF ADOLOSCENT HEALTH PROGRAMME UNDER -KUSP

1. INTRODUCTION

Adolescence is a fascinating period of life that marks the transition from being a dependent child to becoming an independently functioning adult. It is the period of life between age 10 - 19 years- a crucial phase of growth and development, when there occur physical and physiological changes along with emotional instability.

1.1 CHANGES DURING ADOLESCENCE:

The changes that occur are - biological development (body size and shape), cognitive development, self-concepts and self-esteem, sexuality and morality, relationships with family, peers and society. These changes occur due to hormonal changes in conjunction with social structure. In this period the close and dependent relationships with parents and older family members begin to give way to more intense relationships with peers and other adults. It is also a time when physiologically adolescents begin to reach their adult size, their bodies become more sexually define and reproductive capacity is established. They have different needs according to their stage of development and personal circumstances.

During adolescence, growth spurt occur and about 35% gain of adult weight and 11% of adult height are acquired- so achievement of optimum growth and development during this period is of utmost important in maintaining good health thereafter.

1.2 HEALTH PROBLEMS OF ADOLESCENCE:

Adolescents represent about of a fifth of country's population but the health needs of adolescents have seldom been addressed. They face a number of health problems like general health problems, menstrual problems, mental health problems, early and unprotected sex, sexual abuse, accidents and violence, addictive behaviours like alcoholism and drug addiction etc. National Family Health Survey data revealed that over 50% of girls marry below the age of 18. Teen age pregnancies being high risk pregnancies result in unsafe abortion, low birth weight and high maternal morbidity and mortality. The age group 15 - 19 contributes 19% of total fertility in India. Highest unmet needs for contraception have been reported in the age group 15 - 19 years. Around 30% of adolescent's girls and 18% of boys suffer from malnutrition. As the adolescents undergo sexual development, they are curious to know about it. Several studies show varying levels of pre-marital sex among male and female adolescents. The median age of initiation of sexual debut is 15 - 16years.

The combination of growing physical maturity, hormonal changes, emotional immaturity and lack of information makes adolescents specially vulnerable to certain types of health events, the effect of which may be serious and permanent e.g. sexually transmitted infections including HIV/AIDS, unwanted teenage pregnancy, unsafe abortions and resultant pelvic infection, drug addiction, alcoholism etc. Around 40% of HIV infections are centered on teenagers. Adolescents are also very often under psychological stress, as they become more independent and assertive leading to confusion, tension, frustration, feeling of insecurity and depression.

But, health of the adolescent population is relatively neglected both at the family and at the health provider level. There is a relative gap in the health care of the adolescents, resulting in occurrence of preventable morbidities and mortalities affecting the potential workforce of the country. The intrinsic vulnerability of the adolescent people who form a heterogeneous group is aggravated by their risk taking attitude, strong peer influence, in access to information and traditional gender disparities in the society. So it is important that diverse health needs of adolescents like physical, psychological and social health needs are given due consideration by the health providers. Programmes on adolescent health while putting due stress on reproductive health, should work on a wider perspective, considering the adolescents physical and emotional needs as well.

Adolescents do not appreciate the importance of seeking treatment when they are unwell and often underestimate the severity of their condition. Even when they choose to seek care, there may be important barriers preventing their access to such care. The health services may not be available, accessible or acceptable to the adolescent people. Cultural reason, physical distance, time disparity, fear of being recognized, lack of confidentiality, natural aversion to be in a clinic or treatment centre and rude or judgemental health workers may act as obstacles in utilization of health care services by the adolescent individuals.

National Population Policy 2000 has identified adolescents as under-served population group. Govt. of India intend to improve the services for this vulnerable group of population who have till now been effectively left out of planning process. KUSP like to introduce the service of adolescent care in their health component and start it as pilot project in 4 urban local bodies. As mentioned, this vulnerable group of population may suffer from various health problems, so far effective implementation of adolescent health programme in the municipalities under KUSP, it is essential to assess the health status and needs of the adolescents of the area, facilities available and suggest measures for intervention.

Therefore, **a study** shall be undertaken among the adolescents of the municipalities under KUSP with the **following objectives**:

1. To assess the health status of the adolescents- e.g. nutritional, sexual and reproductive health status, psychological and behavioral problems etc.
2. To know about their awareness of general health, reproductive health, unprotected sex, STDs, RTIs, HIV/AIDS, contraception etc. and their needs.
3. To study the status of health care facilities about provision of services for the adolescents.
4. To suggest measures of intervention in conformity with the needs of the adolescents as revealed by the survey.

2. MATERIALS AND METHODS:

It will be a cross-sectional study among the adolescents of the municipalities under KUSP. The study will be carried out among a number of adolescents (size determined by appropriate statistical method) selected by random sampling.

Method of data collection will be by personal interview using a pre-tested, semi-structured questionnaire, general health examination and observation. A survey of existing health facilities about provision of services for the adolescents and service providers will also be carried out.

The health status of the adolescent individuals, their health awareness and information gaps, needs and expectations regarding "Adolescent friendly" services will be ascertained from collected data and appropriate intervention measures will be suggested.

3. SUGGESTED INTERVENTIONS:

Adolescent friendly health services should have high clinical standards and qualities that young people seek. It should be accessible, acceptable, equitable, comprehensive and appropriate- in the right place at the right time and affordable and to be delivered by competent and motivated providers.

The interventional approaches can be at **three levels**- a) Community level, b) Family level and c) Individual level.

a) **Community level**- Most effective way of reaching the adolescents and influencing them is through schools and colleges. Problems of adolescents can be included in the school and college curriculum. Health sector should select a few things such as, prevention of anaemia and malnutrition, reproductive cycle, menstrual cycle and hygiene, age of marriage and child birth, risk of teenage pregnancies, prevention/control of RTI/STD including HIV/AIDS, voluntary blood donation, contraception, unsafe sex and unsafe abortion etc. for effective coverage in the schools of their jurisdiction through health programme. This

should be done in consultation of school teachers and parents. Teachers should be given training in problem of adolescence so that they can detect the problems early and start intervention.

Adolescents out of school can be reached through non-formal education system in consultation with local municipalities and panchayats and with the help of NGOs.

Health education programmes as lectures/demonstrations including Audio-visuals can play important role. Area specific material on IEC in local languages needs to be developed for effective communication.

Another effective way of reaching the adolescents is through **Peer Education** programme- a programme that is at least in part devised and delivered by young people for young people. Young people are often more comfortable talking to peers than parents and teachers. Most often these programmes produce a change in knowledge as well as behavior than adult programmes.

b) Family level- Family oriented programmes including parental guidance/ education can play an important role. Parents' Day can be organized in schools and clinics to train the parents regarding the problems of adolescents and to help them to tackle it. Family factors and inadequate social support play an important role in juvenile delinquency. Adequate social support of parents is important. Health workers during their weekly to monthly home visits should provide information to the parents and emotional support for solving the problems of adolescents.

c) Individual level- Many problems of adolescents can be solved through inter-personal communication at clinics by physicians/health workers, by counselling and also during home visit.

d) Up gradation of facility at Health Centres- Health centres and clinics are to be strengthened in terms of educational material and services for the adolescents according to their needs. Clinics should be accessible i.e. it should be held in places where adolescents go and timing should be suitable for them. Adolescents are to be assured of privacy during a consultation and confidentiality afterwards. Trained health officers and workers are to be posted so that they can address the problems of adolescents. They should have good communication skills and there should be arrangements for counselling of adolescents in different issues and a counsellor is to be posted at the clinic. A psychologist is also to be posted for tackling the psychological and behavioural problems of adolescents. Training alone will not resolve quality issues. Structural problems must be addressed so that equipment, medicines and supplies are available when and where needed.

Services to be provided would be preventive, promotive and curative services.

i) **Preventive services**- Immunization with tetanus toxoid, hepatitis B vaccine and for adolescent girl's rubella vaccine. Education about prevention of anaemia, malnutrition, STD,s/ RTIs, HIV/AIDS and contraception etc.

ii) **Promotive services**- Nutritional education, nutritional supplementation, provision of iron and folic acid tablets, improving menstrual hygiene, health education, life style and behaviour changes.

iii) **Curative services**- Apart from treatment of common illnesses there should be facilities for treatment of STDs/RTIs, scope of doing MTPs, and management of its complication, treatment of behavioural and psychological problems and referral services.

Adolescents are to be involved in planning and monitoring and community support is needed to ensure that services are acceptable and used.
Finally, improvements in adolescent health services will act as a catalyst to improve health services for everyone, as staff attitudes change and people's expectations rise. Adolescents are on the verge of adulthood and will continue to demand services that match their needs. Adolescent friendly health services can pioneer change for the whole population.

4. HEALTH CARE NEEDS ASSESSMENT OF ADOLESCENTS:

A) Awareness of RTI's / STI's, HIV/AIDS, (KABP study)

i) Purpose:

The purpose of this study is to assess the current Knowledge, attitude and behavioural practices for HIV/AIDS/STD, sexual and reproductive health among adolescence population of BPL families in Municipalities of Kolkata Metropolitan Area (KMA) and to develop baseline measurements for behavioural indicators to be used in assessing changes in behaviour over time.

ii) Aim:

To positively influence adolescent sexual behaviours in order to reduce HIV/AIDS and sexually transmitted infection by improving correct knowledge and Behaviour change communication.

iii) Objective:

1. To study the knowledge, attitudes, behaviors and beliefs of HIV/AIDS among (15-19 years) adolescents of BPL families in ULBs of KMA and assess gender bias.
2. To study the sources of information on HIV/STD infection.

3. To develop the key behavioral indicators predictor of high-risk behavior changes over the time for HIV/STD infection, sexual and reproductive health.
4. To develop, plan and implement the intervention programme for adolescents for adopting and developing positive life style, improving reproductive hygiene and healthy behavioral practices for prevention and control of HIV/STD infection.

iv) Methodology:

a) Design:

An epidemiological cross-sectional study design will be used. Sampling is based on randomized two stage sampling strategy. The target group of adolescents between 15-19 years will be included by complete enumeration method from the sampling sites. The quantitative research will be accompanied by qualitative research to enhance the interpretation of the findings. Interviews with the adolescence will be based on structured self administered, anonymous questionnaire. Questionnaires will include information on demographical, socio-economic, gender characteristics. Reproductive and sexual heath and HIV/AIDS related Knowledge, beliefs, attitudes and behaviour and information on mode of transmission, prevention and protective methods, misbelieves, risk factors and source of getting this information will also be included. The sample size of adolescents will be decided on the basis of municipalities that would be included in the programme. However around 150 adolescents would be selected on random basis from group of school going and school drop-out adolescents.

b) Sampling:

1. Select four municipalities' site out of 40 of Urban Local Bodies (ULB's) on the basis of sampling from each zone. Selection of ULB will also depend on availability of Lady Medical officer and lady second tier supervisor. There after from south, east and west zone four ULB's will be selected on population proportion basis.

2. Selection of adolescents (15-19 years) by complete enumeration method.
3. Carry out pre-test on KABP on HIV/STD/AIDS and behavioural indicator.
(i) Conduct session on health education and promotion on HIV/STD by different modes of communication, ex. Lectures, posters, audio-visual etc.

(ii) Carry out post-test on KABP on HIV/STD/AIDS for assessing enhancement of knowledge and change in the behavior and attitude for prevention of HIV/STD.

(iii) Carry out intervention programme as mentioned & as per guidelines.

(iv) Study the behavioural trends each year.

(v) Implement phase-II to cover other municipalities, and conduct similar behavioural surveys.

c) Investigation Team:

Field investigation team will be consisted of medical doctors/faculty members from AIIH&PH as field investigators who are trained and experienced in conducting qualitative and quantitative survey will supervise and coordinate study in the field that will be supported by junior medical doctors (postgraduate students). The team will also include social scientist dealing with social and psychological components of study. Principal investigator and experts will be overall supervisor of the study dealing with development of the protocol, planning, organisation, implementation and conduction of the study.

B. Assessment of health status of adolescents, treatment seeking behaviour and utilization of health care services

I. Objectives:

1. To assess the health status of the adolescents e.g. nutritional, sexual and reproductive health status, psychological and behavioural problems.
2. To study the treatment seeking behaviour of the adolescents.
3. To study the utilization of the health care services by adolescents

Methodology and sampling design will be followed as mentioned in above the component.

C. Assessment of status of health care facilities for provision of services for the adolescents

I. Objectives:

1. To assess the availability of trained manpower in the health care facilities for providing services for the adolescents.
2. To identify the type of services available for the adolescents referral services.
3. To study the availability of drugs and equipment and other facilities.
4. To find out laboratory facilities if any for diagnosis of RTI/STI.
5. To identify the obstacles in provision of health care services for adolescents and suggest measures for its solution.

II. Material and Methods:

1. Study area: Health facilities i.e. dispensaries/clinics under the municipalities.
2. Sampling frame:
3. Method of data collection: The data will be collected -a) by actual observation and b) by interview with the person in charge of the health care facility on the day of the visit.
4. Tools: Pre-designed, pre-tested schedule containing both closed and open ended questions regarding availability of general facilities, services, staff pattern- their training status, IEC materials, medical examination facilities, drugs, equipment and laboratory facilities- their working condition, referral services etc.
5. Data analysis: Collected data will be analyzed using appropriate statistical methods.

III. *Time Frame:*

It is envisaged that around two month period would be necessary to conduct entire study. The actual study will start from the day when the funds will be released to AIIH&PH.

D. Training of Health Officers and Asstt. Health Officers on adolescent health

Doctors, nurses, health workers need a good knowledge of normal adolescent development and skills to diagnose and treat common conditions. They are to be trained on how to address the problem of adolescents and make their approach friendly. Technical skills and a sympathetic professional approach should be combined with non-judgemental approach. Communication with adolescents on sensitive issues like sexuality, reproduction, STDs, age of marriage and child bearing etc. requires good communication skills. A communication model is to be evolved for effective communication.

Health officers will also have to organize teachers training programme on adolescent health and development on a large scale. Similarly peer training programme and student to student approach can pay rich dividend.

Training of different categories of staff should be held separately. It is envisaged that trainers training of Health officers and Assistant Health officers will be organised by AIIH&PH. These trained Health officers will subsequently train their Honorary Health Workers (HHW), Lady second tier supervisor (LSTS), FTS's, Female STS's at ULB levels. However all these training programmes will be organised and conducted under overall supervision of CMU. AIIHPH would provide time to time technical guidance, supervision and monitoring of all the activities of adolescent health programme under KUSP.

1. **Participants**: Total 30 Health officers and Assistant Health officers belonging to pilot 10 ULB's would be trained in two batches. Around 15 participants are expected to attend training programme on adolescent health.

2. **Training duration**: Training would be conducted for three days duration.

3. **Time frame**: Around one month period will be necessary to plan and organise these training programmes.

4. **Training of Honorary Health Workers**: Health officers and assistant Health officers who will be trained in earlier training programme will be key trainers for the training of honorary health workers. Facilitator guide and training manual for HHW will be developed by AIIH&PH, which will be used for the training of HHW and other paramedical workers.

BUDGET:

	SUMMERY OF BUDGET	
I	Adolescent Health care need assessment (Rs.144,480 X 4 ULB)	577,920
II	Training of Trainers (Rs. 217,000 X 2 Training Programmes)	434,000
III	Preparation of Training Module for HHW	95,000
IV	Monitoring & Supervision of HHW Training by AIIHPH (10 Programmes)	56,000
	GRAND TOTAL	1,162,920

Sr.No.	Details				
I	Adolescent Health care need assessment	Rate(Rs.)	No.	Days	Total
A.	*Field expenses :*				
A1	Per diem				
A1.1	Principal Investigator/Experts	1500	2	6	18,000
A1.2	Field investigator (Medical Faculty)	800	2	6	9,600
A1.3	Research associates (PGTs)	500	2	6	6,000
A1.4	Social scientist	500	2	6	6,000
A1.5	Paramedical workers & Local guide	300	2	6	3,600
A2	Hiring of local transportation	800	2	6	9,600
A3	Consultancy and coordination	2000	1	6	12,000
A5	Contingency expenses	1000	2	6	12,000
	Sub-Total				76,800
B	*Office expenses*				
B1	Printing of Schedule				5,000
B2	Data entry and analysis				10,000
B3	Secretarial assistance				5,000
B4	Stationaries				5,000
B5	Computer software, mobile phone	20000	1	1	20,000
B6	Final Report Writing & Printing				10,000
B7	Contingency expenses				5,000
B8	Institutional charges (DOE & Adm. Exp.)				7,680
	Sub-Total				67,680
	Total				144,480
	Grand Total (four Urban Local Bodies)		4		577,920
II	Training of Trainers				
1	Per diem for Experts/Resource Persons	1000	5	3	15,000
2	Honorariums to facilitators	500	1	6	3,000
3	Traveling expenses for outside experts	7000	2	2	28,000
4	TA/DA for Participants	500	15	3	22,500
5	Secretarial assistance	1000	2	10	20,000
6	Training materials (file, folder, bags etc.)	500	25	1	12,500
7	Banner, decoration	1000	1	1	1,000
8	Lunch, tea, coffee & Hall	700	30	3	63,000
9	Audio-visual aid	1000	1	3	3,000

10	Travel expenses for field visit	2000	2	1	4,000
11	Consultancy & Coordinator	2000	1	10	20,000
12	Report writing and Publication	5000	1	1	5,000
13	Institutional overhead charges				10,000
14	Contingencies				10,000
	Total				**217,000**
	Grand Total (Two Programmes)				**434,000**
III	Preparation of Training Module for HHW				
1	Honorariums to Specialist for writing	5000	5		25,000
2	DTP	5000	2		10,000
3	Photographs, sketches & artistic work	10000	1		10,000
4	Consultation meeting for draft module	25000	1		25,000
5	Printing and Publishing of Module	25000	1		25,000
	Total				**95,000**
IV	**Monitoring and Supervision of HHW Training by AIIHPH**				
1	Per diem	1000	2	10	20,000
2	Travel	800	2	10	16,000
3	Consultancy and Coordination	1000	1	10	10,000
4	Contingencies	1000	1	10	10,000
	Total (ten programmes)				**56,000**

****

Silke Seco-Grutz to , Hide options 10:25 pm (4 hours ago)

From: **Silke Seco-Grutz <S-Seco@dfid.gov.uk>**
To: **Shibani Goswami <dfidhhw@gmail.com>**
Cc: **Andrew Kenningham <A-Kenningham@dfid.gov.uk>**
Date: **Dec 5, 2005 10:25 PM**
Subject: **RE: Proposal for Adolescent Health**

Reply | Reply to all | Forward | Print |
Add sender to Contacts list | Trash this message |
Report phishing | Show original |
Message text garbled?

Dear Shibani

Thanks for resending the adolescent proposal. which I have been able to open this time.

I have gone through it and i think that it reads well. The points that I had made have been addressed. I am therefore happy to give my clearance for you to finalise arrangements with the AIIMS and seek approval from the Department.

I would expect a report with a more detailed explanation of what is proposed once the study to assess health needs. etc has been completed. The only thing that I think is missing from my points, which will be worth considering as part of the suggested interventions, is the linkages with other ministries/government agencies and civil society organisations working on adolescent issues.

You should also review the budget to make sure that it is reasonable, based on your knowledge of local costs.

I will get back to you regarding the community mobilisation once I have a chance to discuss it with Sandhya.

Best regards

Dr.Deepak Raut to me Hide options Dec 6 (3 days ago)

From: **Dr.Deepak Raut <drdkraut@vsnl.net>** Mailed-By: vsnl.net
To: **Shibani Goswami <dfidhhw@gmail.com>**
Date: **Dec 6, 2005 7:13 AM**
Subject: **Re: Proposal for Adolescent Health**

Reply | Reply to all | Forward | Print | Add sender to Contacts list | Delete this message | Report phishing | Show original | Message text garbled?

Dear Dr. Shibani Goswami,
The feedback from Ms. Silke is positive.
Thanks and regards

Dr.D.K.Raut MBBS,MD,FIPHA
Professor & Head
Department of Epidemiology
All India Institute of Hygiene & Public Health
110 C.R. Av., Kolkata-700 073 (W.B.) INDIA
Ph.No. (O) +91 33 22412860/3831 Ext. 210
(R) +91 33 23350666
(M) +91 33 9331823184/9433433531
Fax No.(O) +91 33 22412888/8717
E-Mail: drdkraut@vsnl.net, drdeepakraut@yahoo.com

- Show quoted text -

KOLKATA URBAN SERVICES FOR THE POOR
CHANGE MANAGEMENT UNIT

Memo No. CMU-94/2003(Pt. II)/192 Dt.. 30.05.2005

From : Arnab Roy
Project Director, CMU

To : Dr. P.H. Ananthnarayanan, Director
All India Institute of Hygiene & Public Health
110, C.R. Avenue, Kolkata - 700 073.

Sub : Training & Implementation of Adolescent Care under Health Component of KUSP.

Sir,

By this time you are well aware of DFID assisted Kolkata Urban Services for the Poor (KUSP) which has been launched at Kolkata. In the Health component under KUSP, we would like to introduce a new element of service i.e. Adolescent care, for strengthening community based Honorary Health Worker Scheme.

During the training session of the Health Officers and Asstt. Health Officers at New Delhi and Jaipur Dr. Shibani Goswami, Health expert, CMU had some preliminary discussion with Dr. D.K. Raut, Prof. & Head Dept. of Epidemiology of your Institution. He has kindly agreed to render his co-operation and support to develop the proposal for training and implementation of Adolescent Health Programme. We would like to pilot this programme in 4 Urban Local Bodies by August, 2005.

I would like to request you kindly to allow Dr. Raut to prepare proposal for the purpose with cost estimate and its implementation in the piloted Urban Local Bodies.

Your co-operation in this regard will be highly appreciated.

Thanking you.

Yours faithfully,

Project Director, CMU

Memo No. CMU-94/2003(Pt. II)/192(1) Dt.. 30.05.2005

Copy forwarded for information and necessary action to :

Dr. D.K. Raut, Prof. & Head, Dept. of Epidemiology, AIIH & PH, Kolkata.

Project Director, CMU

KUSP BHAVAN, HC BLOCK, SECTOR 3, BIDHANNAGAR, KOLKATA 700 106
PH. : 033-2337 8723, 2337 6226, 2358 6403 / 5767, FAX : 033-2337 7318 / 2358 5800
E-mail : kuspcmu@vsnl.net, Website : www.changekolkata.org