সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবার

জাতীয় নির্দেশিকা

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর এবং নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর

পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর

সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবার জাতীয় নির্দেশিকা

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর এবং নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর

পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর

প্রকাশকাল:
প্রথম সংস্করণ জুন ২০২১
পুনর্মুদ্রণ এপ্রিল ২০২৩
প্রথম প্রকাশ (বাংলা) জুন ২০২৪

প্রকাশনায়:
এমসিএইচ সার্ভিসেস ইউনিট, পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর,
৬, কারওয়ান বাজার, ঢাকা-১২১৫।

সহযোগিতায়:
আইপাস বাংলাদেশ,
৪২৮/এ, রোড: ৩০,
নিউ ডিওএইচএস, মহাখালী,
ঢাকা-১২০৬ ।

প্রচ্ছদ : রাজীব দত্ত

প্রচ্ছদে ব্যবহৃত ছবির উৎস : কৃত্রিম বুদ্ধিমত্তা দ্বারা ব্যবহৃত ছবি

মুদ্রণে: এস টি এইচ প্রিন্টিং এন্ড প্যাকেজিং

এই গাইডলাইনটি এমসিএইচ সার্ভিসেস ইউনিট, পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য শিক্ষা ও পরিবার কল্যাণ বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় কর্তৃক এবং আইপাস বাংলাদেশের সহযোগিতায় প্রকাশিত ।

মহাপরিচালক
পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর
স্বাস্থ্য শিক্ষা ও পরিবার কল্যাণ বিভাগ
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

মুখবন্ধ

বাংলাদেশে গত কয়েক দশকে মাতৃস্বাস্থ্য ও প্রজনন স্বাস্থ্যখাতে উল্লেখযোগ্য অগ্রগতি সাধিত হয়েছে। পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি গ্রহণের হার বৃদ্ধি পেয়েছে এবং মাতৃমৃত্যুর হার কমেছে। মাসিক নিয়মিতকরণ বা Menstrual Regulation (MR) সেবা প্রজনন স্বাস্থ্য কর্মসূচির একটি গুরুত্বপূর্ণ উপাদান। এটি অনিরাপদ গর্ভপাত এবং এর জটিলতা থেকে মাতৃমৃত্যু এবং এ সংক্রান্ত অসুস্থতা কমাতে ভূমিকা রাখে। বর্তমানে অনিরাপদ গর্ভপাতের কারণে মাতৃমৃত্যুর হার ৭%। মানসম্পন্ন মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদানের মাধ্যমে এটি হ্রাস করা সম্ভব। বাংলাদেশে এমআর সেবা ১৯৭৪ সাল থেকে শুরু হয় এবং ১৯৭৯ সালে এটি জাতীয় পরিবার পরিকল্পনা কর্মসূচিতে অন্তর্ভুক্ত হয়।

২০১৬ সালে সরকার এমআর সেবাকে অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা প্যাকেজে বা Essential Service Package (ESP) সেবা কেন্দ্রগুলোতে অন্তর্ভুক্ত করে। এধরনের সেবা ইউনিয়ন এবং তার ওপরের স্তরের কেন্দ্রগুলোতে সহজলভ্য করা হয়েছে। MCWC, UH&FWC-সহ পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের অধীনে সমস্ত সেবাদান কেন্দ্রে সহজলভ্য করা হয়েছে। বর্তমানে জেলা হাসপাতাল এবং মেডিকেল কলেজ হাসপাতালের পাশাপাশি এনজিও, বেসরকারি হাসপাতাল ও ক্লিনিকে এমআর সেবা প্রদান করছে। সরকারি বেসরকারি সহযোগিতায় পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর ও স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের সমন্বিত প্রয়াসেই মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার মানসম্পন্ন বাস্তবায়ন সম্ভবপর হয়েছে।

মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সম্পর্কিত পরিবর্তিত নীতির সাথে সমন্বয় করে জাতীয় সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নির্দেশিকা হালনাগাদ করা প্রয়োজন ছিল। সেই সাথে মাঠ পর্যায়ের কর্মীদের সহজবোধ্যতার প্রয়োজনে এই নির্দেশনাটি সহজ বাংলা ভাষায় অনুবাদ করাও ছিল সময়ের চাহিদা। আমি জেনে খুবই আনন্দিত যে অবশেষে আমরা একটি পরিমার্জিত জাতীয় সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নির্দেশিকা প্রণয়ন করতে পেরেছি এবং বর্তমানে এটির বাংলায় অনূদিত সংস্করণ প্রকাশিত হতে যাচ্ছে।

আমাদের সংশ্লিষ্ট নীতি নির্ধারক, স্টেকহোল্ডার এবং সেবা প্রদানকারীদের সেবার গুণগতমান নিশ্চিত করতে এটি প্রয়োজনীয় দিক নির্দেশনা প্রদান করবে। গুরুত্বপূর্ণ এই কাজটি স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর, উন্নয়ন সহযোগী, Ipas বাংলাদেশ এবং OGSB-এর কারিগরি সহায়তায় পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের এম সি এইচ সার্ভিসেস ইউনিটের সম্মিলিত প্রচেষ্টায় সম্পন্ন হয়েছে।

আমি বিশ্বাস করি, এই নির্দেশিকাটি সকল স্টেকহোল্ডার, সেবাপ্রদানকারীদের মাসিক নিয়মিতকরণ নীতি সম্পর্কে জানতে ও বুঝতে সাহায্য করবে, যা আমাদের সেবা প্রদানকারীদের জ্ঞান ও দক্ষতার উন্নতির জন্য এবং সেবার গুণগতমান নিশ্চিতকরণে বিশেষ অবদান রাখবে।

আ ন ম আল ফিরোজ

পরিচালক
এমসিএইচ-সার্ভিসেস
এমসিএইচ সার্ভিসেস ইউনিট,
পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর।

কৃতজ্ঞতা স্বীকার

বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবাটি ১৯৭৯ সাল থেকে পরিবার পরিকল্পনা কর্মসূচিতে অন্তর্ভুক্ত হয় এবং বর্তমানে এটি পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর-এর যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সেবাসমূহের একটি গুরুত্বপূর্ণ উপাদান। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা এবং নেদারল্যান্ড দূতাবাসের সহায়তায় ২০১২ সালে বাংলাদেশে প্রথমবারের মতো জাতীয় মাসিক নিয়মিতকরণ নির্দেশিকা তৈরি করা হয়েছিল। পরবর্তী সময়ে পরিবার পরিকল্পনা অধিপ্তরের নেতৃত্বে মাসিক নিয়মিতকরণ ও ওষুধের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণ সম্পর্কিত বেশ কয়েকটি গুরুত্বপূর্ণ নীতি প্রবর্তন ও পরিবর্তন করা হয়েছে। ফলে দেশে একটি হালনাগাদ জাতীয় সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নির্দেশিকার প্রয়োজনীয়তা দেখা দেয়।

এরই ধারাবাহিকতায় পরবর্তী সময়ে পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর-এর নেতৃত্ব, প্রজনন স্বাস্থ্য বিষয়ক স্টেকহোল্ডারের সাথে ধারাবাহিক বৈঠক এবং কঠোর পরিশ্রমের মাধ্যমে একটি হালনাগাদ ও পরিমার্জনকৃত বাংলাদেশ জাতীয় সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নির্দেশিকা তৈরি করা হয়েছে। এই জাতীয় নির্দেশিকাটি দেশের প্রেক্ষাপটের সাথে মিল রেখে বিশ্ব স্বীকৃত বিভিন্ন প্রমাণভিত্তিক তথ্যের ওপর ভিত্তি করে তৈরি করা হয়েছে। পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর এই নির্দেশিকার কারিগরি সহযোগিতার জন্য সরকারি, বেসরকারি সংস্থা, Ipas বাংলাদেশ, OGSB-সহ জড়িত পেশাজীবী সমাজের প্রতিনিধিদের কাছে অত্যন্ত কৃতজ্ঞ।

বাংলাদেশ জাতীয় সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নির্দেশিকার উদ্দেশ্য হলো কর্মসূচি ব্যবস্থাপক, নীতিনির্ধারক ও সেবা প্রদানকারীদের হালনাগাদকৃত ক্লিনিক্যাল সুপারিশ সমূহের ব্যাবহারিক প্রয়োগ ও বাস্তবায়ন সহজতর করা, সচেতনতা তৈরি করা। নির্দেশিকায় মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদানের পাশাপাশি পরিবার পরিকল্পনা সেবার গুণগত মান নিশ্চিত করার জন্য ভূমিকা রাখবে।

পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের এমসিএইচ-সার্ভিসেস ইউনিট, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর, Ipas বাংলাদেশ, অবস্টেট্রিক্যাল অ্যান্ড গাইনোকোলজিক্যাল সোসাইটি অব বাংলাদেশ আরএইচস্টেপ বাপসা এবং মেরী স্টোপস বাংলাদেশ এর কর্মকর্তাদের 'বাংলাদেশ জাতীয় সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নির্দেশিকা'র বিদ্যমান জাতীয় মাসিক নিয়মিতকরণ, পরিষেবা নির্দেশিকা সংশোধন, হালনাগাদ ও বাংলায় প্রকাশনা করার সহায়তা প্রদানের জন্য বিশেষ ধন্যবাদ।

মাঠ পর্যায়ে সকল মাসিক নিয়মিতকরণ কর্মসূচি বাস্তবায়নে কর্মী, ব্যবস্থাপকদের, নীতিনির্ধারকদের জন্য সহজ বোধ্য একটি নির্দেশিকা ও ম্যানুয়াল প্রয়োজন। বাংলা ভাষায় অনূদিত বর্তমান নির্দেশিকাটি সংশ্লিষ্টদের জাতীয় কর্মসূচি বাস্তবায়নে সহায়ক হবে। Ipas বাংলাদেশ এর সহায়তায় সম্পাদনকৃত এই কাজটি মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পররর্তী সেবা বাস্তবায়নের ক্ষেত্রে নতুন একটি মাইল ফলক সৃষ্টি করল।

পরিশেষে, এই নির্দেশিকাটির সঠিক ব্যবহার মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার সফল বাস্তবায়নে সহায়তা করবে বলে আশাবাদ ব্যক্ত করছি।

ডাঃ মোঃ মুনীরুজ্জামান সিদ্দীকী

ডাইরেক্টর এন্ড লাইন ডাইরেক্টর (এমএনসি এন্ড এ এইচ)
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

বাণী

টেকসই উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা অর্জনে মাতৃস্বাস্থ্য একটি অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ সূচক, যা অর্জনে মাতৃমৃত্যুর হার কমিয়ে প্রতি ১০০০০০ জীবিত জন্মে ৭০-এর নিচে আনতে হবে ২০৩০ সালের মধ্যে। বাংলাদেশে অনিরাপদ গর্ভপাতজনিত জটিলতার কারণে শতকরা ৭ ভাগ মাতৃমৃত্যু ঘটে থাকে, তাই অনিরাপদ গর্ভপাত বাংলাদেশের জন্য টেকসই উন্নয়নের লক্ষ্যমাত্রা অর্জনের ক্ষেত্রে অন্যতম অন্তরায়। অনিরাপদ গর্ভপাত প্রতিরোধ করতে নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা, মানসম্মত গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং পরিবার পরিকল্পনা সেবা হচ্ছে অপরিহার্য উপাদান যা মাতৃমৃত্যু ও নারীদের এ সংক্রান্ত দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থতা কমাতে সাহায্য করে।

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সম্পর্কিত জাতীয় গাইডলাইনটি মানসম্মত সেবা মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং পরিবার পরিকল্পনা সেবা প্রদানের ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখবে। এই গাইডলাইনটি সার্বজনীনভাবে নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং পরিবার পরিকল্পনা সেবা প্রাপ্তির পথে জাতীয় পর্যায়ে একটি অন্যতম নীতিনির্ধারণী পদক্ষেপ হিসেবে কাজ করবে এবং স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে বাস্তবায়নের জন্য ও নির্বিশেষে সকল সেবা প্রদানকারীদের মানসম্মত সেবা প্রদানে ভূমিকা রাখবে।

আমি আন্তরিকভাবে কৃতজ্ঞতা জানাই স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর, নার্সিং ও মিডওয়াইফারি অধিদপ্তর, অবস্টেট্রিক্যাল ও গাইনোকোলজিক্যাল সোসাইটি অব বাংলাদেশ এবং অন্যান্য এনজিও সমূহ যারা এই গাইডলাইনটি বাংলা করার প্রক্রিয়ার সাথে সম্পৃক্ত থেকে উল্লেখযোগ্যভাবে অবদান রেখেছেন।

আমি আইপাস বাংলাদেশকে অবশ্যই কৃতজ্ঞতা জানাই তাদের এই সময়োপযোগী উদ্যোগের জন্য এবং 'মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা ও পরিবার পরিকল্পনা সেবা' সম্পর্কিত জাতীয় গাইডলাইনটি বাংলা সংস্করণ তৈরি করার জন্য। আশাকরি এই গাইডলাইনটি স্বাস্থ্য সেবা প্রদানকারীদের চাহিদা পূরণ করবে, মাতৃমৃত্যু এবং এ সংক্রান্ত দীর্ঘমেয়াদি অসুস্থ্যতার বর্তমান ধারাকে কমিয়ে এবং মানসম্মত মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা ও পরিবার পরিকল্পনা সেবার মান নিশ্চিত করতে অবদান রাখবে।

ডাঃ মোহাম্মদ নিজাম উদ্দিন

সভাপতি
অবস্টেট্রিক্যাল ও গাইনোকোলজিক্যাল সোসাইটি অব বাংলাদেশ

বাণী

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সেবার অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ উপাদান। সকল স্তরের সেবাকেন্দ্রে মাসিক নিয়মিতকরণ, গর্ভপাত পরবর্তী সেবাসমূহের প্রাপ্যতা, সহজলভ্যতা নারীদের জীবন বাঁচায় এবং তাদের অনিরাপদ গর্ভপাত এবং এর জটিলতা থেকে রক্ষা করে।

বাংলাদেশ জাতীয় সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নির্দেশিকার সাহায্যে সেবাদানকারীরা মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদানের জন্য আদর্শ পদ্ধতি চর্চা করতে পারবেন। নির্দেশিকাটিতে বিশ্ব স্বীকৃত তথ্যাদি, দেশের আইন এবং মাসিক নিয়মতিকরণ সম্পর্কিত নীতির ওপর ভিত্তি করে হালনাগাদ করা ক্লিনিক্যাল সুপারিশ এবং তথ্য অন্তর্ভুক্ত রয়েছে যা সেবাদানকারী এবং ব্যবস্থাপকদের মানসম্পন্ন ও পক্ষপাতহীন মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদান করতে সহায়তা করবে। আমি বিশ্বাস করি যে এই নির্দেশিকাটি সেবাদানকারীদের ডি এন্ড সি এর মতো অপ্রচলিত/বর্তমানে বাতিল পদ্ধতির পরিবর্তে জরায়ু ইভাকুয়েশনের আধুনিক ও বিজ্ঞানসম্মত পদ্ধতি ব্যবহার করতে এবং সেবার মান উন্নত করতে সহায়তা করবে এবং এই নির্দেশিকা শুধুমাত্র স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদেরই নয় নীতি নির্ধারক এবং সংশ্লিষ্ট স্টেকহোল্ডারদেরও প্রয়োজনীয় দিক নির্দেশনা দিবে।

আমি পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর-এর এমসিএইচ-সার্ভিসেস ইউনিট এবং Ipas বাংলাদেশকে এই জাতীয় সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নির্দেশিকা তৈরিতে অবদানের জন্য ধন্যবাদ জানাতে চাই। আমি এই ম্যানুয়ালটি হালনাগাদ ও সহজ বাংলায় অনুবাদ করার জন্য Ipas বাংলাদেশের কারিগরি দল, OGSB, উন্নয়ন সহযোগী সংস্থা, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর এবং পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর-এর স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা বিশেষজ্ঞদের অবদানের প্রশংসা করি।

আশা করি যে, এই বাংলাদেশ জাতীয় সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নির্দেশিকার প্রয়োগ মা ও নারীদের স্বাস্থ্যের উন্নয়নের ক্ষেত্রে উল্লেখযোগ্য পরিবর্তন আনবে। প্রজনন স্বাস্থ্য সেবার জন্য এই মূল্যবান নির্দেশিকা প্রকাশের জন্য পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর-এর প্রচেষ্টাকে স্বাগত জানাই।

প্রফেসর ডাঃ ফারহানা দেওয়ান

কান্ট্রি ডাইরেক্টর
আইপাস বাংলাদেশ

বাণী

নারী ও কিশোরীদের স্বাস্থ্য, বিশেষত প্রজনন স্বাস্থ্য সুরক্ষায় বাংলাদেশ সরকারের অঙ্গীকারের অংশ হিসেবেই ১৯৭৯ সাল থেকে মাসিক নিয়মিতকরণ বা এমআর পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের জাতীয় কার্যক্রমের অংশ হিসেবে বিবেচিত হয়ে আসছে। পরবর্তী সময়ে পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের পাশাপাশি এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (প্যাক) স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের হাসপাতাল, বেসরকারি হাসপাতাল ও ক্লিনিক এবং এনজিও ক্লিনিক থেকে প্রদান করা হতে থাকে। স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় ২০১৬ সালে অত্যাবশ্যকীয় স্বাস্থ্য সেবার তালিকায় এমআর ও প্যাককে অন্তর্ভুক্ত করে ইউনিয়ন এবং তদূর্ধ্ব সকল স্বাস্থ্যকেন্দ্র ও হাসপাতালে এর প্রাপ্যতা নিশ্চিতকরণের নির্দেশনা প্রদান করে।

এমআর, প্যাক এবং গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা কার্যক্রম বা সমন্বিত এমআর সেবা প্রদানের জন্য বর্তমানে যে জাতীয় গাইডলাইনটি আছে তা ইংরেজিতে। অত্যন্ত আনন্দের বিষয় এই যে, এ গাইডলাইনটি পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের এমসিএইচ সার্ভিসেস ইউনিট বাংলায় অনুবাদ করার উদ্যোগ গ্রহণ করেছে। এটি অত্যন্ত প্রয়োজনীয় একটি উদ্যোগ। আইপাস বাংলাদেশ এই উদ্যোগে প্রয়োজনীয় সহযোগিতা করতে পেরে আনন্দিত।

আমরা বিশ্বাস করি সকল ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র এবং তদূর্ধ্ব স্বাস্থ্যকেন্দ্র ও হাসপাতালে গাইডলাইনটির প্রাপ্তি ও ব্যবহার নিশ্চিত করার মাধ্যমে মানসম্মত এমআর, প্যাক ও গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবার প্রাপ্তি নিশ্চিত করা সম্ভব হবে। পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর ও আইপাসের পাশাপাশি মোহাম্মদপুর ফার্টিলিটি সেন্টার, ওজিএসবি, মেরী স্টোপস বাংলাদেশ, বাপসা, সিরাক বাংলাদেশ, এবং আরএইচস্টেপসের কর্মকর্তা ও প্রজনন স্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞগণ এ গাইডলাইনটিকে নির্ভুল ও সহজবোধ্য করতে প্রশংসনীয় ভূমিকা রেখেছেন। এই গাইলাইনটি সহজবোধ্য ও সঠিকভাবে অনুবাদ করার কষ্টসাধ্য কাজটি সুচারুরূপে সম্পন্ন করার জন্য সংশ্লিষ্ট সকলকে আইপাসের পক্ষ থেকে অভিনন্দন।

এই উদ্যোগের সাথে সংশ্লিষ্ট সবার প্রচেষ্টা সত্যিকার অর্থে সফল হবে, যদি বাংলাদেশের সকল স্বাস্থ্যকেন্দ্র ও হাসপাতালে এই গাইডলাইন অনুযায়ী সেবা প্রদানের জন্য সংশ্লিষ্ট সেবাদানকারী ডাক্তার, মিডওয়াইফ, নার্স, পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা, এসএসিএমও ও প্যারামেডিকদের দক্ষ করে গড়ে তোলা হয়; স্বাস্থ্যকেন্দ্র ও হাসপাতালগুলোতে এই সেবাসমূহ প্রদানের প্রয়োজনীয় প্রস্তুতি গ্রহণ করা হয়; এবং সেবাদানকারী ও সংশ্লিষ্ট অন্যান্য কর্মকর্তাবৃন্দ সকল লোকনিন্দা ও ভ্রান্ত ধারণার উর্ধ্বে উঠে নিজ নিজ দায়িত্ব পালনে যত্নবান হন। সরকার বিশেষত পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের এ সংক্রান্ত সকল কার্যক্রমে আইপাস সব সময়ই সহযোগী হিসেবে পাশে থাকার জন্য অঙ্গীকারবদ্ধ।

ডাঃ সাইদ রুবায়েত

সূচিপত্র

অধ্যায়: ১

মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার পটভূমি ১

১.১ ভূমিকা ১

১.২ পটভূমি ২

১.৩ বৈশ্বিক প্রেক্ষাপট: মাসিক নিয়মিতকরণ এবং অনিরাপদ গর্ভপাত ২

১.৪ বাংলাদেশ প্রেক্ষাপট: মাসিক নিয়মিতকরণ এবং অনিরাপদ গর্ভপাত ৩

অধ্যায়: ২

সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবার জাতীয় নির্দেশিকাটির উদ্দেশ্য ৫

২.১ নির্দেশিকাটির উদ্দেশ্য ৫

২.২ নির্দেশিকাটির সাধারণ উদ্দেশ্য ৫

২.৩ নির্দেশিকাটির সুনির্দিষ্ট উদ্দেশ্য ৫

অধ্যায়: ৩

বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণের আইনগত ও নীতিগত সিদ্ধান্তসমূহ ৬

৩.১ বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (প্যাক) ৬

৩.২ বাংলাদেশে গর্ভপাতের আইনগত ও পলিসিগত অবস্থা ৬

৩.৩ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা নীতির পটভূমি এবং সেবাদানকারীদের কর্মপরিধি ৬

৩.৪ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার বর্তমান পরিস্থিতি ৭

৩.৫ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবাদানের জন্য যৌক্তিকতা ৮

৩.৬ যেখানে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদান করা যেতে পারে ৮

৩.৭ মাসিক নিয়মিতকরণ পদ্ধতি ৯

৩.৮ কে এবং কখন মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা দিতে পারে ৯

৩.৯ বাংলাদেশে ওষুধের সাহায্যে মাসিক নিয়মিতকরণ (MRM) ১০

৩.১০ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা এবং সেবাগ্রহণকারীদের অধিকার ১১

৩.১১ মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য দিকনির্দেশনামূলক নীতিমালা ১১

অধ্যায়: ৪

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবাবিষয়ক তথ্য, কাউন্সেলিং এবং অবহিত সম্মতি ১৩

৪.১ ভূমিকা ১৩

৪.২ কাউন্সেলিং কি? ১৩

৪.৩. কাউন্সেলিং পদ্ধতি ১৩

৪.৩.১ কাউন্সেলিং-এর সময় সেবাদানকারীর জন্য কিছু গুরুত্বপূর্ণ বিষয় ১৪

৪.৩.২ মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য কাউন্সেলিং: ১৫

৪.৩.৩ পদ্ধতি শুরুর পূর্বে কাউন্সেলিং-এর ধাপ ১৫

৪.৩.৪ মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা চলাকালীন সময়ে কাউন্সেলিং ২০

৪.৩.৫ মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা-পরবর্তী কাউন্সেলিং ২০

৪.৩.৬ উচ্চ পর্যায়ের স্বাস্থ্যকেন্দ্রে রেফার করা হচ্ছে এমন একজন সেবাগ্রহণকারীকে কাউন্সেলিং ২২

৪.৩.৭ ফলোআপ ভিজিটের সময় কাউন্সেলিং ২২

৪.৪ স্বেচ্ছায় অবহিত সম্মতি ২৩

অধ্যায়: ৫

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য ক্লিনিক্যাল অ্যাসেসমেন্ট ২৪
- ৫.১ ভূমিকা ২৪
- ৫.২ সেবাগ্রহণকারীর মাসিক/রোগের ইতিহাস ২৪
- ৫.৩ শারীরিক পরীক্ষা ২৭
- ৫.৪ পেলভিক ও যোনিপথের (ভ্যাজাইনাল) পরীক্ষা ২৮
- ৫.৫ ল্যাবরেটরি ও অনান্য পরীক্ষা-নিরীক্ষা ৩১

অধ্যায়: ৬

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে ইভাকুয়েশন কৌশল ৩৩
- ৬.১ ভূমিকা ৩৩
- ৬.২ এমভিএ যন্ত্রটির বৈশিষ্ট্য, যত্ন, ব্যবহারবিধি এবং প্রক্রিয়াজাতকরণ ৩৩
- ৬.৩ এমভিএ যন্ত্রের বর্ণনা ৩৩
- ৬.৪ বিভিন্ন ধরনের MVA যন্ত্র এবং ক্যানুলার তুলনা ৩৫
- ৬.৫ MVA প্লাস অ্যাসপিরেটর এবং ইজিগ্রিপ ক্যানুলার ব্যবহার ৩৬
- ৬.৬ এমভিএর জন্য নির্দেশনা (Indication) ৩৮
- ৬.৭ প্রতি নির্দেশ (contraindication) সতর্কতা ও সাবধানতা ৩৮
- ৬.৮ অ্যাসপিরেটরের বিভিন্ন অংশ সন্নিবেশ এবং পিচ্ছিলকরণ ৩৮
- ৬.৯ অপসারণ ও প্রতিস্থাপন (অ্যাসপিরেটর ও ক্যানুলা) ৩৯
- ৬.১০ মাসিক নিয়মিতকরণ বা Menstural Regulation (MR) প্রক্রিয়ার আগে গৃহীত ধাপসমূহ ৩৯
- ৬.১১ MVA সম্পাদনের ধাপ ৪১
- ৬.১২ রিকোভারি ও ছুটি দেওয়া ৪৯

অধ্যায়: ৭

ওষুধের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআরএম) ৫০
- ৭.১ ভূমিকা ৫০
- ৭.২ প্রস্তুতি ৫১
- ৭.৩ বিশেষ সতর্কতা: জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ (একটোপিক গর্ভাবস্থা) ৫৩
- ৭.৪ এমআরএম-এর জন্য বিশেষ বিবেচ্য বিষয় ৫৪
- ৭.৫ ওষুধের সাহায্যে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআরএম)-এর প্রোটোকল ৫৫
- ৭.৬ এমআরএম-এর পরে প্রতিক্রিয়া ৫৭
- ৭.৭ এমআরএম সংক্রান্ত অন্যান্য বিষয় ৫৯
- ৭.৮ এমআরএম-এর সম্ভাব্য পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া ৬০
- ৭.৯ জটিলতা ৬০
- ৭.১০ সেবাকেন্দ্র ত্যাগের পূর্বে সেবাসেবাগ্রহণকারীর জন্য নির্দেশাবলি ৬১
- ৭.১১ ফলোআপ সেবা ৬১

অধ্যায়: ৮

মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার ব্যথা উপশমের ব্যবস্থাপনা ৬৩

৮.১ ভূমিকা ৬৩

৮.২ এমআর/ প্যাক সেবা সংশ্লিষ্ট ব্যথা সম্পর্কে ধারণা ৬৩

৮.৩ ব্যথা উপশমের ব্যবস্থাপনার উপায়সমূহ ৬৩

অধ্যায়: ৯

গর্ভপাত পরবর্তী সেবা ৬৫

৯.১ ভূমিকা ৬৫

৯.২ গর্ভপাত পরবর্তী সেবাগুরুত্বপূর্ণ কেন ৬৫

৯.৩ ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন বা যাচাইকরণ........ ৬৬

৯.৪ গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য বিভিন্ন ধরনের এমআর-এর ধরন নির্ণয় ও চিকিৎসা ৬৭

৯.৫ এমভিএ ও ওষুধের সাহায্যে জরায়ু ইভাকুয়েশন ব্যবস্থাপনা ৬৮

৯.৬ ব্যথা উপশমের ব্যবস্থাপনা ৬৯

৯.৭ মিসোপ্রোস্টল ওষুধের গুণমান ৬৯

৯.৮ অ্যান্টিবায়োটিকের ব্যবহার ৬৯

৯.৯ ফলোআপ ৬৯

৯.১০ ফলোআপ পরিদর্শনের সময় ৬৯

৯.১১ গর্ভপাত পরবর্তী কাউন্সেলিং ৭০

৯.১২ গর্ভপাত পরবর্তী জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ৭০

অধ্যায়: ১০

এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার ফলোআপ ৭১

১০.১ স্বাস্থ্যকেন্দ্র ত্যাগ করার পূর্বে ৭১

১০.২ স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে অতিরিক্ত ফলোআপ ৭২

অধ্যায়: ১১

এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবা ৭৪

১১.১ ভূমিকা ৭৪

১১.২ বিভিন্ন এমআর/প্যাক সেবার পরবর্তী জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতিসমূহে (হরমোনাল, আইইউডি এবং কনডম) সেবাগ্রহণকারীর উপযুক্ততা বিষয়ে সুপারিশ ৭৪

১১.৩ এমআর/প্যাক পরবর্তী মহিলা স্থায়ী পদ্ধতির উপযুক্ততার জন্য সুপারিশ ৭৫

১১.৪ এমআর ও প্যাক সেবার পর প্রযোজ্য জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ৭৬

১১.৫ জরুরি জন্মবিরতিকরণ বড়ি (ইসিপি) ৭৯

অধ্যায়: ১২

এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জটিলতা ও ব্যবস্থাপনা ৮১

১২.১ ভূমিকা ৮১

১২.২ প্রক্রিয়া চলাকালীন বা প্রক্রিয়াঘটিত জটিলতা........ ৮১

১২.৩ এমভিএ, এমআরএম ও এমপ্যাকের জটিলতাসমূহ ৮১

১২.৪ ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনজনিত সুনির্দিষ্ট জটিলতা ৮৪

১২.৫ ওষুধজনিত জটিলতা ৮৫
১২.৬ ভেসোভেগাল প্রতিক্রিয়া/হঠাৎ মূর্ছা যাওয়া (Veso Vegal Attack) ৮৬
১২.৭ প্রবাহ চিত্র: এমআর ও প্যাক পরবর্তী জটিলতা নিরূপণ ও ব্যবস্থাপনা ৮৭

অধ্যায়: ১৩

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবায় সংক্রমণ প্রতিরোধ ৯২
১৩.১ কারা ঝুঁকিতে আছে ৯২
১৩.২ আদর্শ সংক্রমণ প্রতিরোধ চর্চা ৯২
১৩.৩ অ্যান্টিসেপটিক ও ডিজইনফেকট্যান্টের ব্যবহার ১০৫

অধ্যায়: ১৪

জনস্বাস্থ্যের জন্য জরুরি পরিস্থিতি (বন্যা, কোভিড ১৯-এর মতো মহামারী)-তে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা ১০৬
১৪.১ ভূমিকা ১০৬
১৪.২ জনস্বাস্থ্যের জন্য জরুরি পরিস্থিতি (বন্যা, কোভিড ১৯-এর মতো মহামারী) তে SRH (যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য) কর্মসূচির মূলনীতি ১০৬
১৪.৩ ন্যূনতম প্রাথমিক সেবা প্যাকেজ (MISP) ১০৭
১৪.৪ জনস্বাস্থ্যের জন্য জরুরি অবস্থায় (বন্যা, কোভিড-এর মতো মহামারী) MR, PAC এবং FP সেবা ১০৮

অধ্যায়: ১৫

এমআর ও প্যাক সেবার সামগ্রী ব্যবস্থাপনা, সরবরাহ এবং রিপোর্টিং ১১১
১৫.১ ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন, MRM এবং mPAC পদ্ধতির জন্য প্রয়োজনীয় অবকাঠামো ১১১
১৫.২ এমভিএর জন্য ওষুধ, সরবরাহ এবং যন্ত্রপাতি ১১৩
১৫.৩ এমআর এবং প্যাক সেবার জন্য কেন্দ্রনির্দিষ্ট ওষুধ, সরবরাহ এবং সরঞ্জাম ১১৪
১৫.৪ সেবা প্রদানের স্তর/পর্যায় অনুসারে সরঞ্জাম তালিকা ১১৪
১৫.৫ প্রয়োজনীয় সেবা প্যাকেজের (ইএসপি) জন্য স্বাস্থ্যকেন্দ্রের স্তর অনুসারে ওষুধ ১১৫
১৫.৬ ডিজিএফপি এবং ডিজিএইচএস-এ এমআর প্যাক সেবার জন্য সংগ্রহ ও ক্রয়, সংরক্ষণ এবং সরবরাহ ব্যবস্থাপনা ১১৫
১৫.৭ এমআর এবং প্যাক সেবার জন্য কেন্দ্র-ভিত্তিক নির্দিষ্ট ওষুধ, সরবরাহ এবং সরঞ্জাম নিশ্চিত করার জন্য সামগ্রীর প্রাপ্যতা ম্যাট্রিক্স ১১৬
১৫.৮ এমআর এবং প্যাক সামগ্রীর ফ্লো চার্ট ১১৬
১৫.৯ এমআর এবং প্যাক সামগ্রীর ফ্লো চার্ট ১১৭
১৫.১০ বিভিন্ন স্তরের সরবরাহ ব্যবস্থায় এমআর এবং প্যাক সামগ্রীসমূহ ব্যবস্থাপনার জন্য ১০ জন মূল লজিস্টিক ব্যক্তি ১১৮
১৫.১১ এমআর এবং প্যাক সামগ্রী ও সেবার রিপোর্টিং ১১৯
১৫.১২ ডিজিএফপির অধীন এমআর/প্যাক সামগ্রীর রিপোর্টিং প্রবাহ চিত্র ১১৯
১৫.১৩ ডিজিএইচএসের অধীন এমআর, প্যাক সামগ্রীর রিপোর্টিং প্রবাহ চিত্র (EmOC রেজিস্টার ও DHIS2-এর মাধ্যমে) ১২০

অধ্যায়: ১

মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার পটভূমি

১.১ ভূমিকা

মাসিক নিয়মিতকরণ বা Menstrual Regulation (MR) একটি অন্তর্বর্তীকালীন পদ্ধতি যা কোনো কিশোরী বা নারী গর্ভবতী নন– এমন অবস্থা পুনঃপ্রতিষ্ঠিত করার জন্য প্রদান করা হয়। কোনো কিশোরী বা নারী, প্রকৃতই গর্ভবতী কি না তা পরীক্ষা করে নিশ্চিত না হয়েও এমআর প্রদান করা যায়। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার মতে মাসিক নিয়মিতকরণ বা এমআর হচ্ছে কোনো কিশোরী বা নারীর বিলম্বিত মাসিকের ক্ষেত্রে ল্যাবরেটরি বা আলট্রাসাউন্ড পরীক্ষা ব্যতীত তার জরায়ুর ভিতরে উৎপাদিত উপাদানগুলোকে অপসারণ করে আনার পদ্ধতি।

মাসিক নিয়মিতকরণ বা Menstrual Regulation (MR) সেবা বাংলাদেশের প্রজনন স্বাস্থ্য সেবার একটি গুরুত্বপূর্ণ উপাদান। বাংলাদেশ সরকার ১৯৭৪ সালে সীমিত পরিসরে কয়েকটি শহরকেন্দ্রিক, সরকারি পরিবার পরিকল্পনা ক্লিনিকে এমআর সেবা চালু করে। ১৯৭৯ সালে সরকার এমআরকে জাতীয় পরিবার পরিকল্পনা কর্মসূচিতে অন্তর্ভুক্ত করে এবং সরকারি হাসপাতাল এবং স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রে কর্মরত প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত সকল চিকিৎসক ও পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকাদেরকে এমআর সেবা প্রদান করার নির্দেশনা দেয়। ২০১৬ সালে বাংলাদেশ সরকার এমআর এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (প্যাক) সমূহকে ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র ও তদূর্ধ্ব সকল স্বাস্থ্যকেন্দ্র ও হাসপাতালের জন্য অত্যাবশ্যকীয় কার্যক্রম বা Essential Service Package- (ESP)-এর আওতায় নিয়ে আসেন।

বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যু হ্রাস করা এবং কিশোরী ও নারীদের সুস্বাস্থ্য বজায় রাখার ক্ষেত্রে সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ কর্মসূচি উল্লেখযোগ্য অবদান রেখে চলেছে। বর্তমানে, বাংলাদেশে সকল স্তরের সরকারি ও বেসরকারি স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র এবং এনজিও ক্লিনিকে এমআর, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (Post Abortion Care -PAC) প্রদান করার বিধান আছে। এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবায় প্রশিক্ষণ প্রাপ্ত চিকিৎসক, মিডওয়াইফ, নার্স, প্যারামেডিক, পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা এবং নারী উপ-সহকারী কমিউনিটি মেডিকেল অফিসার গণ সার্জিক্যাল পদ্ধতিতে এমভিএ (Manual Vaccuum Aspirator- MVA)-এর মাধ্যমে অথবা ওষুধের মাধ্যমে এমআর ও প্যাক সেবা প্রদান করেন। দুর্ভাগ্যের বিষয় দীর্ঘদিন মাসিক নিয়মিতকরণ কর্মসূচি চালু থাকার পরও অনেক সরকারি ও বেসরকারি হাসপাতাল ও স্বাস্থ্যকেন্দ্রে অজ্ঞতাজনিত কারণে, প্রয়োজনীয় প্রস্তুতির অভাবে, প্রশিক্ষিত সেবাদানকারী না থাকায় এবং লোকনিন্দার (Stigma) ভয়ে এই সেবাটি প্রদান করা হয় না। ফলশ্রুতিতে প্রশিক্ষণবিহীন ও অদক্ষ ব্যক্তিদের দ্বারা বিপুল সংখ্যক অনিরাপদ গর্ভপাতের ঘটনা ঘটে চলেছে এবং গর্ভপাতজনিত জটিলতা মাতৃস্বাস্থ্যের জন্য একটি হুমকি হিসেবে রয়ে গেছে যা এখনো বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যুর একটি অন্যতম প্রধান কারণ।

এই সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা নির্দেশিকাটিতে রয়েছেঃ

- মাসিক নিয়মিতকরণ, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবা (সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা)-এর নীতিমালা ও ব্যবস্থাপনা সম্পর্কিত নির্দেশনাবলি;
- সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার প্রয়োজনীয় প্রশিক্ষণের দিকনির্দেশনা;
- এই সেবাসমূহ প্রদানকারী চিকিৎসক ও অন্যান্য সেবাদানকারীদের মানসম্মত ও সম্মানজনকভাবে সেবা প্রদানের জন্য সহায়ক নির্দেশনা;
- সরকারি, বেসরকারি ও এনজিও স্বাস্থ্যকেন্দ্র, ক্লিনিক ও হাসপাতালসমূহের জন্য এমআর, প্যাক ও গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবা সঠিক ও মানসম্মতভাবে প্রদানের জন্য প্রয়োজনীয় নির্দেশনা;
- নীতিনির্ধারক, পরিচালক ও ব্যবস্থাপক মানসম্পন্ন এবং নিরাপদ এমআর, প্যাক এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য প্রয়োজনীয় ব্যবস্থাপনার নির্দেশনা, যা মাতৃমৃত্যু ও মায়েদের অসুস্থতা হ্রাসে উল্লেখযোগ্যভাবে অবদান রাখবে।

১.২ পটভূমি

পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের সূচনাপর্ব থেকেই মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার ওপর প্রশিক্ষিত ডাক্তার এবং এফডব্লিউভিদের মাধ্যমে MVA পদ্ধতিতে মাসিক নিয়মিতকরণ কর্মসূচি চালু আছে। ডিজিএফপির আওতাধীন মোহাম্মদপুর ফার্টিলিটি সার্ভিসেস অ্যান্ড ট্রেনিং সেন্টার এমসিএইচটিআই আজিমপুর মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবাসমূহের প্রশিক্ষণ ও গবেষণার ক্ষেত্রে প্রশংসনীয় ভূমিকা পালন করে আসছে। সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ কর্মসূচিতে ডিজিএফপির পাশাপাশি ডিজিএইচএস ও দেশি-বিদেশি এনজিওসমূহও দীর্ঘদিন ধরে কাজ করে আসছে। এই কার্যক্রম সমূহে আন্তর্জাতিক দাতা সংস্থাসমূহ, যেমন- সুইডিশ ইন্টারন্যাশনাল ডেভেলপমেন্ট কো-অপারেশন এজেন্সি (সিডা), ফোর্ড ফাউন্ডেশন, রয়্যাল নেদারল্যান্ডস দূতাবাস, এফসিডিও, গ্লোবাল অ্যাফেয়ার্স কানাডা সরকারের কার্যক্রম ও এনজিওদের কর্মসূচিতে অর্থায়ন করে আসছেন। বিদেশি এনজিওসমূহের মধ্যে পাথফাইন্ডার, মেরী স্টোপস ইন্টারন্যাশনাল, আইপিপিএফ এবং আইপাস-এর অবদান অনস্বীকার্য। রিপ্রোডাকটিভ হেলথ সার্ভিসেস ট্রেনিং অ্যান্ড এডুকেশন প্রোগ্রাম অ্যাসোসিয়েশন ফর প্রিভেনশন অব সেপটিক অ্যাবরশন মেরী স্টোপস বাংলাদেশ বাংলাদেশ উইমেন্স হেলথ কোয়ালিশন ফ্যামিলি প্ল্যানিং অ্যাসোসিয়েশন অব বাংলাদেশ ও অন্যান্য বাংলাদেশি এনজিওদের সহযোগিতায় বাংলাদেশে সরকারি, বেসরকারি ও এনজিও হাসপাতাল/স্বাস্থ্যকেন্দ্রে এই সেবাসমূহ সম্প্রসারিত হয়েছে।

১.৩ বৈশ্বিক প্রেক্ষাপটঃ মাসিক নিয়মিতকরণ এবং অনিরাপদ গর্ভপাত

গুণগত মান সম্পন্ন যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সেবা প্রাপ্তির জন্য গর্ভপাত পরবর্তী সেবাসহ আইনানুগ, নিরাপদ এবং সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সেবায় পাওয়া অপরিহার্য।

২০১৫ থেকে ২০১৯ সালের মধ্যবর্তী সময়ে, প্রতি বছর প্রতি হাজারে ১৫-৪৯ বছর বয়সী (প্রজননক্ষম) নারীর মধ্যে গড়ে ৩৯ জন গর্ভপাত করিয়েছেন। এসময় বিশ্বব্যাপী গর্ভপাতের (Induced Abortion) সংখ্যা বার্ষিক ৭ কোটি ৩৩ লক্ষ বলে গবেষকরা মনে করেন। বিশ্বব্যাপী অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভধারণের পরবর্তী সময়ে ৬১% গর্ভবতীই গর্ভপাতের মাধ্যমে তাদের গর্ভাবস্থার সমাপ্তি ঘটান। নিরাপদ গর্ভপাতের প্রয়োজনীয় নীতিমালা ও স্বাস্থ্যসেবা না থাকার ফলে বর্তমানে বিশ্বে প্রতি ৩টি গর্ভপাতের মধ্যে ১টিই অতিবিপজ্জনক ও অনিরাপদ বলে বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থা মনে করে। বিশ্বব্যাপী সমস্ত অনিরাপদ গর্ভপাতের অর্ধেকেরও বেশি ঘটনা ঘটে এশিয়ায়, যার বেশিরভাগ দক্ষিণ এশিয়া ও সেন্ট্রাল এশিয়ার দেশসমূহে।

বাংলাদেশে অপরিকল্পিত গর্ভধারণের হার উচ্চ এবং সাম্প্রতিক সময়ে সকল গর্ভধারণের ৪৯ শতাংশই অপরিকল্পিত বলে গবেষকরা মনে করেন। এই অপরিকল্পিত গর্ভাধারণের পরবর্তী সময়ে ৬০% গর্ভবতীই এমআর বা গর্ভপাতের মাধ্যমে তাদের গর্ভাবস্থার সমাপ্তি ঘটান। সাধারণত অযোগ্য ও অদক্ষ স্বাস্থ্যসেবাদানকারীদের মাধ্যমে অস্বাস্থ্যকর পরিবেশে এমআর অথবা গর্ভপাত ঘটলে তা অনিরাপদ হয় এবং তা নারীর স্বাস্থ্যের জন্য অযাচিত ও মারাত্মক ঝুঁকি তৈরি করে। বিশ্বব্যাপী এবং বাংলাদেশেও অনিরাপদ গর্ভপাত নারী ও কিশোরীদের অসুস্থতা ও মৃত্যুর একটি প্রধান কারণ। অনিরাপদ গর্ভপাতজনিত মাতৃমৃত্যুর সংখ্যা কমানোর একটি সহজ কৌশল হচ্ছে নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ ও নিরাপদ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা। নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ ও নিরাপদ গর্ভপাত পরবর্তী সেবার প্রসারের মাধ্যমে নারীর সুস্বাস্থ্য ও মাতৃমৃত্যু হ্রাস করা সম্ভব। যৌন ও প্রজনন শিক্ষা, কার্যকর পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতির ব্যবহার, প্রয়োজনে নিরাপদ এমআর সেবা গ্রহণ এবং জটিলতা দেখা দিলে সময়মতো জটিলতার চিকিৎসা গ্রহণের মাধ্যমে গর্ভপাতজনিত জটিলতায় মৃত্যু ও অসুস্থতা প্রতিরোধ করা সম্ভব।

১.৪ বাংলাদেশ প্রেক্ষাপট: মাসিক নিয়মিতকরণ এবং অনিরাপদ গর্ভপাত:

গবেষণায় দেখা গেছে বাংলাদেশে ২০১৪ সালে মোট ৪ লক্ষ ৩০ হাজার জন নারী ও কিশোরী সরকারি বেসরকারি ও এনজিও হাসপাতল/স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে এমআর সেবা গ্রহণ করেছেন। একই সময়ে স্বাস্থ্যকেন্দ্রের বাইরে ১১ লক্ষ ৯৪ হাজার নারী ও কিশোরী অনিরাপদ গর্ভপাতের ঘটনা ঘটিয়েছেন। এই সময়ে ২ লক্ষ ৫৭ হাজার নারী/কিশোরী অনিরাপদ গর্ভপাত পরবর্তী জটিলতার চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করেছেন। লোকনিন্দার ভয়, মাসিক নিয়মিতকরণ বিষয়ে অজ্ঞতা, এমআর সেবার সহজলভ্যতা ও অভিগম্যতার অভাব, সেবাদানকারীদের অসহনশীল মানসিকতা এবং সেবাদানে অনীহা, প্রশিক্ষিত সেবাদানকর্মীর অভাব, এবং প্রয়োজনীয় সরঞ্জাম ও পরিবেশের অভাবে বাংলাদেশের নারীরা এবং বিশেষত কিশোরীরা চাহিদা থাকা সত্ত্বেও নিরাপদ এমআর সেবা থেকে বঞ্চিত হচ্ছে এবং অনিরাপদ ও ঝুঁকিপূর্ণ গর্ভপাত করতে বাধ্য হচ্ছে। কম বয়সী নারী/কিশোরী বিশেষ করে অবিবাহিত কিশোরীদের এই ঝুঁকি অনেক বেশি।

Bangladesh Maternal Mortality Survey (BMMS), ২০১৬ অনুযায়ী অনিরাপদ গর্ভপাতের কারণে মাতৃমৃত্যু প্রায় ৭%। কিন্তু ২০১০ সালে BMMS অনুসারে অনিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণের কারণে মাতৃমৃত্যু ১%। অতীতে, অনিরাপদ গর্ভপাত ও জটিলতার কারণে উল্লেখযোগ্য মাতৃমৃত্যু হয়েছে।

No. of MRs Per 1.000 women aged 15-49

চিত্র: বাংলাদেশে এমআর সার্ভিসেস, 2010-2014 MAP

(Source: Health Facilities Survey, Guttmacher Institute)

অধ্যায়: ২

সমন্বিত মাসিক নিয়মিতকরণ, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবার জাতীয় নির্দেশিকাটির উদ্দেশ্য

২.১ নির্দেশিকাটির উদ্দেশ্য

এই নির্দেশিকাটি মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার প্রস্তাবিত নিয়মনীতি, বর্ণনা এবং বিধানসমূহ উপস্থাপন করা হয়েছে। সার্জিক্যাল ও মেডিকেল উভয় পদ্ধতিতেই মাসিক নিয়মিতকরণের ক্লিনিক্যাল ব্যবস্থাপনার জন্য এবং মাসিক নিয়মিতকরণ পরবর্তী এবং গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনার প্রয়োজনীয় দিক নির্দেশনা বর্ণিত হয়েছে।

মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদানের জন্য সংশ্লিষ্ট নীতিনির্ধারক, স্বাস্থ্য পেশাজীবী, কর্মসূচি ব্যবস্থাপক এবং সেবাদানকারীগণ হচ্ছেন এই নির্দেশিকাটির উদ্দিষ্ট পাঠক।

২.২ নির্দেশিকাটির সাধারণ উদ্দেশ্য

- মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা ও সংশ্লিষ্ট সেবা প্রতিষ্ঠানের অবকাঠামোর মানউন্নয়ন এবং দক্ষ সেবাদানকারীর মাধ্যমে মানসম্পন্ন মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য জাতীয় নীতি ও বিধানসমূহের যথাযথ বাস্তবায়ন করা।

২.৩ নির্দেশিকাটির সুনির্দিষ্ট উদ্দেশ্য

নির্দেশিকাটির সুনির্দিষ্ট উদ্দেশ্যগুলি হলো:

- সেবাগ্রহণকারীদের জন্য মানসম্পন্ন মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নিশ্চিত করা যাতে নিরাপদ, ব্যয় সাশ্রয়ী এবং সহজ প্রাপ্যতা নিশ্চিত করা।
- নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার মাধ্যমে অনিরাপদ গর্ভপাত প্রতিরোধ করে মায়েদের অসুস্থতা ও মাতৃমৃত্যুহার কমানো।
- মাসিক নিয়মিতকরণ পরবর্তী ও গর্ভপাত পরবর্তী জন্মবিরতিকরণ এবং পরিবার পরিকল্পনা সেবার মাধ্যমে অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভধারণ হ্রাসকরণ।
- মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সংক্রান্ত প্রয়োজনীয় কার্যকরী রেফারেল এবং ফলোআপ সম্পর্কিত সিদ্ধান্ত নেওয়ার মাধ্যমে সেবাগ্রহণকারীদের মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রাপ্তি সহজীকরণ।
- মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রাপ্তির সুযোগ বাড়িয়ে সেবাগ্রহণকারীদের যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের উন্নতি করা।

অধ্যায়: ৩

বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণের আইনগত ও নীতিগত সিদ্ধান্তসমূহ

৩.১ বাংলাদেশে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (প্যাক)

১৮৬০ সালের দণ্ডবিধি (পেনাল কোড) অনুসারে, বাংলাদেশে স্বতঃস্ফূর্ত গর্ভপাত (induced abortion) সেবাগ্রহণকারীর জীবন রক্ষার্থে অনুমোদিত। অন্যান্য পরিস্থিতিতে, এটি একটি ফৌজদারি অপরাধ যার শাস্তি কারাদণ্ড বা জরিমানা (Li 1973)। বাংলাদেশ গর্ভপাতকে অধিকার হিসেবে স্বীকৃতি দেয় না। গর্ভপাত হচ্ছে স্বেচ্ছায় গর্ভাবস্থার অবসান ঘটানো, অন্যদিকে স্বতঃস্ফূর্ত বা অপরিকল্পিতভাবে গর্ভ থেকে ভ্রূণের বের হয়ে যাওয়াকে সাধারণত মিসক্যারেজ বলে।

৩.২ বাংলাদেশে গর্ভপাতের আইনগত ও পলিসিগত অবস্থা

- পেনাল কোড ১৮৬০ (ধারা ৩১২-৩১৬) অনুযায়ী শুধুমাত্র নারীর জীবন রক্ষার্থে গর্ভপাত অনুমোদিত।
- যেখানে গর্ভাবস্থা অব্যাহত থাকলে একজন সেবাগ্রহণকারীর জীবনের জন্য হুমকি হতে পারে, সেখানে গর্ভপাত করা যেতে পারে।
- মুক্তিযুদ্ধের সময় ধর্ষণের শিকার হয়ে গর্ভবতী হওয়া নারীদের সহযোগিতার নিমিত্তে বাংলাদেশে ১৯৭২ সালে সাময়িকভাবে পেনাল এই কোড শিথিল করা হয়েছিল।
- ১৯৭৯ সালে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা জাতীয় পরিবার পরিকল্পনা কার্যক্রমে একটি অন্তবর্তীকালীন পদ্ধতি হিসেবে গৃহীত হয় (Bangldesh Institute of Law and International Affairs, 1979)।
- ২০১৬ সালে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা অত্যাবশ্যকীয় সেবা প্যাকেজে অন্তর্ভুক্ত করা হয়। (Bangladesh ESP, August 2016)

৩.৩ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা নীতির পটভূমি এবং সেবাদানকারীদের কর্মপরিধি

- ১৯৭৯ সালের মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা নীতি ও পূর্বের সরকারি নিয়ম অনুযায়ী, একজন নারীর মাসিক বন্ধ হবার ৮ সপ্তাহের মধ্যে একজন প্রশিক্ষিত এফডাব্লিউভি (FWV) এবং ১০ সপ্তাহের মধ্যে একজন চিকিৎসক মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার অনুমতি প্রদান করা হয়।
- ২০১২ সালে প্রশিক্ষিত নার্সগণ মাসিক নিয়মিতকরণ, গর্ভপাত পরবর্তী সেবা এবং পরিবার পরিকল্পনা সেবাদানের অনুমতিপ্রাপ্ত হন।
- পরবর্তীকালে ২০১৪ সালে সরকার গৃহীত নীতি অনুযায়ী, একজন সেবাগ্রহণকারীর মাসিক বন্ধ হবার ১০ সপ্তাহের মধ্যে মধ্য স্তরের স্বাস্থ্যসেবাদানকারীগণ (midlevel provider: মিডওয়াইফ, নার্স, এফডাব্লিউভি, নারী এসএসিএমও, প্যারামেডিক) এবং ১২ সপ্তাহের মধ্যে একজন চিকিৎসক মাসিক নিয়মিতকরণ করতে পারেন।

- ২০১৪ সালে জাতীয় কর্মসূচিতে ওষুধের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআরএম) চালু করা হয়, যেখানে এমআরএম সেবাদানের ক্ষেত্রে মাসিক বন্ধ হবার বিধানটি ৯ সপ্তাহ সময়কাল পর্যন্ত অনুমোদন ছিল।
- ২০১৬ সালে স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় অত্যাবশ্যকীয় সেবা প্যাকেজ (Essential service package) সংশোধন করে এবং মাসিক নিয়মিতকরণ সেবাকে ইউনিয়ন ও তার ওপরের স্তরের স্বাস্থ্যকেন্দ্রগুলির জন্য একটি অত্যাবশ্যকীয় সেবা হিসেবে অন্তর্ভুক্ত করে।
- ২০২১ সালে পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের 'ন্যাশনাল টেকনিক্যাল কমিটি' মাসিক বন্ধ হবার ১০ সপ্তাহ সময়কাল পর্যন্ত এমআরএম সেবাদানের জন্য অনুমোদন দেয়।

৩.৪ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার বর্তমান পরিস্থিতি

পূর্বের অভিজ্ঞতা ও গবেষণা থেকে দেখা যায়, মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা গ্রহণের ক্ষেত্রে বাংলাদেশের নারীরা বিভিন্ন বাধার সম্মুখীন হন। যদিও দীর্ঘদিন যাবৎ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা অনুমোদন রয়েছে এবং সরকারি স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রগুলোতে বিনামূল্যে এই সেবা প্রদান করা হচ্ছে, তথাপি অনেক সেবাগ্রহণকারী এই সেবা প্রাপ্তি এবং এর সহজলভ্যতা সম্পর্কে অবগত নন। ২০১৪ সালের একটি জাতীয় সমীক্ষায় দেখা গেছে যে, দেশের অর্ধেকেরও বেশি বিবাহিত নারীরা কখনো মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার বিষয়টি শুনেননি (২০১১ সালের ৩০% এর তুলনায়)। এছাড়া অন্যান্য যে বাধাগুলোর কথা জানা যায়, তার মধ্যে রয়েছে স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে সেবা পাওয়ার সীমিত সুযোগ, সেবা গ্রহণ ইচ্ছুক সেবাগ্রহণকারীদেরকে সেবাদানকারী কর্তৃক বিধিবহির্ভূতভাবে প্রত্যাখ্যান কিংবা সেবার বিনিময়ে অর্থ গ্রহণ, সেবা দানকারীদের পক্ষপাতমূলক আচরণ এবং মাসিক নিয়মিতকরণ পদ্ধতিকে ঘিরে থাকা লোকনিন্দা, কলঙ্ক এবং লজ্জা। তবে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার সহজলভ্যতা এবং সেবার গুণগত মান উন্নয়নের জন্য সাম্প্রতিক সময়ে সরকারের গৃহীত পদক্ষেপ সত্ত্বেও এক্ষেত্রে এখনো কী কী বাধা রয়ে গেছে এবং সময়ের সাথে সাথে কিভাবে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা ব্যবস্থাপনায় কী পরিবর্তন আনা হয়েছে তা নিয়ে অধিকতর গবেষণা প্রয়োজন।

২০১৪ সালে আনুমানিক ২৭% নারী সরকারি ও বেসরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা নিতে গিয়ে প্রত্যাখ্যাত হয়েছিলেন (Singh, S. et al., 2014), এই হার ২০১০ (২৬%) সালের চিত্র থেকে অনেকাংশেই অপরিবর্তিত। প্রত্যাখ্যানের ধরনটি স্বাস্থ্যকেন্দ্র ভেদে মোটামুটি একই রকম ছিল যা ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্রগুলোতে (UH&FWC) ২৪%, মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র (MCWC) ও উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সগুলোতে (UHC) ৩২%। স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রগুলো সেবাগ্রহণকারীদের মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা প্রত্যাখ্যান করার জন্য বিভিন্ন কারণ, উল্লেখ করা হয়েছে তা হলো: সাধারণত মাসিক বন্ধের অনুমোদিত সীমা অতিক্রম করার কারণে (৯৭%) সেবাগ্রহণকারীদেরকে প্রায় সকল স্বাস্থ্যকেন্দ্র হতে সেবা প্রদান প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে এবং ৬৬% ক্ষেত্রে অনির্দিষ্ট মেডিকেল কারণে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা প্রদান প্রত্যাখ্যান করা হয়েছে। এছাড়াও প্রকাশিত সরকারি নির্দেশিকা কিংবা মেডিকেল কারণ বহির্ভূত কিছু কারণ ছিল যেমন: ২৭ শতাংশ উত্তরদাতা বলেছেন, সেবাগ্রহণকারী নিঃসন্তান বিধায় তাদেরকে স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা দেওয়া হয়নি, ৭% সেবাগ্রহণকারীর বয়স খুব কম ছিল, ৮% সেবাগ্রহণকারীকে স্বামীর সম্মতির অভাবে এবং ৬% সেবাগ্রহণকারী অবিবাহিত হওয়ার কারণে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা প্রদান করা হয়নি।

৩.৫ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবাদানের জন্য যৌক্তিকতা

১৯৭৯ সালে, গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকারের জনসংখ্যা নিয়ন্ত্রণ ও পরিবার পরিকল্পনা বিভাগ কর্তৃক জারিকৃত পরিপত্রে বলা হয়েছে যে, 'মাসিক নিয়মিতকরণ হচ্ছে সরকার অনুমোদিত পরিবার পরিকল্পনা কর্মসূচির একটি পদ্ধতি'। ১৯৮০ সালে অন্য একটি পরিপত্রে বলা হয়েছে– নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার এবং প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা বা প্যারামেডিকগণ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা প্রদান করতে পারবেন। এবং ২০১২ সালে এ সংক্রান্ত সর্বশেষ পরিপত্রে প্রশিক্ষিত সিনিয়র স্টাফ নার্সগণও মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদান করতে পারবেন মর্মে উল্লেখ করা হয়। বর্তমানে মেডিকেল প্র্যাকটিশনার ও প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা, প্যারামেডিক এবং সিনিয়র স্টাফ নার্স ও মিডওয়াইফগণ মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদান করছেন।

পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর মাসিক নিয়মিতকরণ কিটস এবং এমভিএ প্লাস (সিরিঞ্জ এবং ক্যানুলা) ক্রয় করে এবং সেগুলি সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্র এবং নির্বাচিত এনজিও ক্লিনিকসমূহে বিতরণ করে থাকে। মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার তথ্য সমূহ প্রতি মাসে নিয়মিতভাবে এমআইএস-এর মাধ্যমে প্রতিবেদন আকারে উপস্থাপিত হয়, এবং এই সেবার গুণগত মান নিশ্চিত করতে এবং বজায় রাখতে সংশ্লিষ্ট উর্ধ্বতন কর্তৃপক্ষ নিয়মিত তত্ত্বাবধান ও তদারকি করেন।

৩.৬ যেখানে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদান করা যেতে পারে

- যেখানে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবায় প্রশিক্ষিত ও দক্ষ সেবাদানকারী রয়েছে এবং উপযুক্ত ও পর্যাপ্ত সরঞ্জাম ও যন্ত্রপাতি আছে এমন সরকারি সেবাকেন্দ্র এবং সরকার অনুমোদিত এনজিও এবং বেসরকারি ইনস্টিটিউট/হাসপাতাল/ক্লিনিকগুলি মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা প্রদান করতে পারবে।
- প্রশিক্ষিত সেবাদানকারী এবং সরঞ্জাম থাকা সাপেক্ষে ইউনিয়ন পর্যায় এবং তার ওপরের স্তরের সরকারি স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রগুলোতে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদান করা হয়।

বাংলাদেশের স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়ের অধীনে নিম্নে উল্লেখিত সেবাকেন্দ্রগুলোতে অত্যাবশ্যকীয় সেবা প্যাকেজের আওতায় মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদান করা হয়।

সেবাকেন্দ্রের ভৌগোলিক অবস্থান	ইউনিয়ন	উপজেলা	জেলা	জেলা/বিভাগ
সেবাকেন্দ্রের নাম	ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র	উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স	মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র জেলা সদর হাসপাতাল	বিশেষায়িত হাসপাতাল/ মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল

৩.৭ মাসিক নিয়মিতকরণ পদ্ধতি

ওষুধ (মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রস্টল) অথবা ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের (বায়ুনিরোধক সিরিঞ্জের সাহায্যে) মাধ্যমে জরায়ু ইভাকুয়েশন বা জরায়ুর অভ্যন্তরের উপাদানসমূহ বের করে আনা যেতে পারে। যদিও অনেক দেশে ধারালো কিউরেটেজ (চামচের মতো চেঁচে আনা) পদ্ধতি প্রচলিত আছে। কিন্তু বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার মতে, ধারালো কিউরেটেজ বর্তমানে একটি অপ্রচলিত পদ্ধতি। আন্তর্জাতিক স্ত্রীরোগ ও প্রসূতিবিদ্যা ফেডারেশনও (FIGO) জরায়ু ইভাকুয়েশনের জন্য ধারালো কিউরেটেজের চাইতে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন বা ওষুধের ব্যবহারকেই সুপারিশ করেছে (FIGO 2011, WHO 2022)। স্বাস্থ্য ব্যবস্থার নীতি-নির্ধারক ও স্বাস্থ্য সেবা ব্যবস্থাপকদের মাধ্যমে ধারালো কিউরেটেজ-এর পরিবর্তে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন অথবা ওষুধের মাধ্যমে প্রদান করার পদক্ষেপ গ্রহণ করা হয়েছে।

৩.৮ কে এবং কখন মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা দিতে পারে

যেকোনো নিবন্ধিত মেডিকেল প্র্যাকটিশনার, যার দেশের যেকোনো সরকার স্বীকৃত মাসিক নিয়মিতকরণ পদ্ধতি বিষয়ে নির্দিষ্ট প্রশিক্ষণ রয়েছে অথবা একটি স্বীকৃত মেডিকেল কলেজ হাসপাতালের প্রসূতি বিভাগে কাজের অভিজ্ঞতা আছে যেখানে মাসিক নিয়মিতকরণ পদ্ধতি একটি নিয়মিত সেবা, তিনি মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা প্রদান করতে পারবেন।

শেষ মাসিকের পর থেকে ১২ সপ্তাহ সময় পর্যন্ত প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত চিকিৎসক এবং বিশেষজ্ঞগন ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণের সেবা দিতে পরবেন। যেকোনো প্রশিক্ষিত মিডওয়াইফ, পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা (এফডব্লিউভি), নার্স শেষ মাসিকের থেকে ১০ সপ্তাহের মধ্যে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা দিতে পারবেন। এছাড়াও, সাব-অ্যাসিস্ট্যান্ট কমিউনিটি মেডিকেল অফিসার (SACMO), এনজিও ক্লিনিকসহ অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে কর্মরত প্যারামেডিক (যারা যেকোনো স্বীকৃত প্রতিষ্ঠান থেকে কমপক্ষে ১৮ মাস মেয়াদি একটি আনুষ্ঠানিক প্যারামেডিক প্রশিক্ষণ কোর্স সম্পন্ন করেছেন) এবং সরকার স্বীকৃত কোনো মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার নির্দিষ্ট প্রশিক্ষণ গ্রহণ করেছেন, তারা সেবাগ্রহণকারীর শেষ মাসিকের তারিখ থেকে ১০ সপ্তাহের মধ্যে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে এই সেবা প্রদান করতে পারবেন। ওষুধের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণের ক্ষেত্রে সেবাগ্রহণকারীর শেষ মাসিকের তারিখ হতে ১০ সপ্তাহ পর্যন্ত ডাক্তার, মিড লেভেলের সেবাপ্রদানকারীগণ সেবা প্রদান করতে পারবেন।

সেবাকেন্দ্রের ভৌগোলিক অবস্থান	ইউনিয়ন	উপজেলা	জেলা	বিভাগ
সেবাদানকারী	পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা নারী উপ-সহকারী কম্যুনিটি মেডিকেল অফিসার	চিকিৎসক, সিনিয়র স্টাফ নার্স, স্টাফ নার্স, মিডওয়াইফ, পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা, নারী উপ-সহকারী কম্যুনিটি মেডিকেল অফিসার	চিকিৎসক, পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা সিনিয়র স্টাফ নার্স, স্টাফ নার্স, মিডওয়াইফ	চিকিৎসক, পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা সিনিয়র স্টাফ নার্স, স্টাফ নার্স, মিডওয়াইফ

৩.৯ বাংলাদেশে ওষুধের সাহায্যে মাসিক নিয়মিতকরণ (MRM)

বাংলাদেশে ২০১৪ সালে পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের ন্যাশনাল টেকনিক্যাল কমিটি (NTC) কোনো সেবাগ্রহণকারীর মাসিক বন্ধ হবার ৬৩ দিন (৯ সপ্তাহ) পর্যন্ত ওষুধের সাহায্যে মাসিক নিয়মিতকরণকে (MRM) অনুমোদন প্রদান করেছেন (স্মারক নং: পপঅ/এমসিএইচ/প্রশা: ২৩/০৫/১০৮)। এবং পরবর্তীকালে, ২০২১ সালে ন্যাশনাল টেকনিক্যাল কমিটি মাসিক বন্ধ হবার ৭০ দিন (১০ সপ্তাহ) পর্যন্ত এমআরএম সেবা প্রদানের অনুমোদন দিয়েছেন। যে সেবাগ্রহণকারীদের ১০ সপ্তাহ যাবৎ মাসিক বন্ধ থাকার ইতিহাস রয়েছে, তাদের ক্ষেত্রে মিফিপ্রিস্টন এবং মিসোপ্রোস্টল দ্বারা এমআরএম সেবা প্রদান করা যাবে। উল্লেখিত ওষুধগুলি ফার্মেসিতে পাওয়া যায় যা বাংলাদেশের ওষুধ প্রশাসন কর্তৃক অনুমোদিত।

বর্তমানে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা ২০২২ সালে স্বপ্রণোদিত (Induced) গর্ভপাত এবং অসম্পূর্ণ গর্ভপাতের ব্যবস্থাপনার জন্য মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল ব্যবহারের সুপারিশ করেছে।

যেখানে জরায়ু ইভাকুয়েশন সেবাটি সীমিত কিংবা সম্পূর্ণভাবে অনুপস্থিত, সেখানে এমআরএম-এর মাধ্যমে নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ পদ্ধতিকে ব্যাপকভাবে সহজলভ্য করা উচিত।

সীমিত সম্পদের প্রেক্ষাপটে কিংবা যেসব জায়গায় বা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ সহজলভ্য নয়, সেখানে যদি ওষুধের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআরএম) সেবা প্রদান করা হলে নিম্নলিখিত সুবিধাগুলি পাওয়া যেতে পারে:

- এমআরএম সেবা প্রদান সহজ, ব্যবস্থাপনা করা সহজ এবং ওষুধ ফ্রিজে রাখবার প্রয়োজন হয় না।
- এমআরএম পদ্ধতির ক্ষেত্রে কম সরঞ্জাম, স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সেবাগ্রহণকারীকে কম সময়ের জন্য অবস্থান এবং কম সংখ্যক কর্মীর প্রয়োজন হয়।
- যেহেতু এমআরএম প্রশিক্ষণ অল্প সময়ে অনেক সেবাদানকারীকে দেওয়া সম্ভব তাই ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের থেকেও এমআরএম সেবার সহজলভ্যতা বেশি হতে পারে। গবেষণায় প্রমাণিত হয়েছে যে, সীমিত সম্পদের প্রেক্ষাপটে উপযুক্তভাবে প্রশিক্ষিত সেবাদানকারীরা চিকিৎসকদের মতোই নিরাপদভাবে ওষুধের সাহায্যে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা দিতে পারেন। ফলে, প্রান্তিক পর্যায়ে এই সেবা প্রদান করা সম্ভব। সেক্ষেত্রে যাদের (অল্পবয়সী সেবাগ্রহণকারী) নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা গ্রহণের সুযোগ কম তারা বিশেষভাবে উপকৃত হতে পারেন।
- অনেক স্বাস্থ্যকেন্দ্রে, সরাসরি এমআরএম ওষুধ বিতরণের সুযোগ না থাকলেও সেবাদানকারীরা সঠিক এমআরএম ডোজ এবং নিয়মাবলি সম্পর্কে সেবাগ্রহণকারীদের তথ্য সরবরাহ করতে পারেন।
- যেসব স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ধারালো কিউরেটেজের মাধ্যমেই মূলতঃ জরায়ু ইভাকুয়েশন করা হয়, সেখানে অ্যানেস্থেশিয়া দেওয়ার সম্ভাব্য প্রয়োজনীয়তা, জরায়ু ফুটো হতে পারে এবং হাসপাতালে থাকা পরিহার করার জন্য এমআরএম একটি বিশেষভাবে পছন্দসই সেবার বিকল্প পদ্ধতি। বিশেষ কিছু ক্লিনিক্যাল পরিস্থিতিতে মাসিক নিয়মিতকরণের ক্ষেত্রে এমআরএম সবচেয়ে নিরাপদ এবং সম্ভবত একমাত্র বিকল্প পদ্ধতি। যেমন:

- যদি একজন সেবাগ্রহণকারীর জরায়ুতে নির্দিষ্ট কোনো অসঙ্গতি থাকে যার ফলে ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেটর ব্যবহার করা সম্ভব না হয়।
- যদি জরায়ুমুখের প্রসারণ কঠিন হয়ে পড়ে। যেমন: সার্ভাইক্যাল স্টেনোসিস।

- অন্যান্য পদ্ধতির সাথে তুলনা করলে এমআরএম স্বল্পমূল্যে পাওয়া যায় এমন একটি পদ্ধতি। ওষুধের মূল্য, ক্লিনিক পরিদর্শনের সংখ্যা এবং নির্দিষ্ট ক্লিনিক্যাল প্রোটোকলের ওপর নির্ভর করে এর খরচ কম বা বেশি হয়ে থাকে।

৩.১০ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা এবং সেবাগ্রহণকারীদের অধিকার

মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা গ্রহণেচ্ছুদের সেবা প্রদান প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত সেবাদানকারীর দায়িত্ব, তবে সেবা প্রদানের পূর্বে মাসিক নিয়মিতকরণের ঝুঁকি এবং সুবিধা সম্পর্কে সেবাগ্রহণকারীকে সঠিক তথ্য প্রদান করতে হবে। গ্রাহক মাসিক নিয়মিতকরণ পদ্ধতি এবং এর বিকল্পগুলি বুঝতে পেরেছে; সম্ভাব্য ঝুঁকি, সুবিধা এবং জটিলতা সম্পর্কে জানতে পেরেছে; তাকে যে জোরপূর্বক সিদ্ধান্ত নিতে বাধ্য করা হয়নি; এবং তিনি যে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা গ্রহণ করতে প্রস্তুত, তা নিশ্চিত করার জন্য লিখিত সম্মতিপত্রে স্বাক্ষর নিতে হবে। একজন সেবাগ্রহণকারীকে অবশ্যই উন্নত মেডিকেল কার্যপদ্ধতি অনুসরণ করে যত তাড়াতাড়ি সম্ভব মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা প্রদান করতে হবে। উক্ত স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে অবশ্যই গ্রাহকদের জন্য জন্ম বিরতিকরণ পদ্ধতি সম্পর্কিত তথ্য এবং পদ্ধতিগুলোর সরবরাহ, অথবা জন্ম বিরতিকরণ পদ্ধতির জন্য রেফারেল ব্যবস্থা থাকতে হবে। সেবাগ্রহণকারীর গোপনীয়তা নিশ্চিত করার জন্য যাবতীয় যৌক্তিক সতর্কতা ও পদক্ষেপ অবলম্বন করতে হবে।

- বিশেষ ক্ষেত্রে (মানসিক ও শারীরিক প্রতিবন্ধী, অপ্রাপ্ত বয়স্ক) অভিভাবক/আত্মীয়/স্বামীর/প্রাপ্তবয়স্ক অ্যাটেন্ডেন্টের কাছ থেকে সম্মতিসূচক স্বাক্ষর নিতে হবে। এই অবহিত সম্মতি ফর্ম (পরিশিষ্ট ৮ ও ৯) সেবা সেবাগ্রহণকারীর স্ক্রিনিং ফর্মের একটি অংশ হতে পারে।
- শারীরিক প্রতিবন্ধী ব্যক্তির ক্ষেত্রে সহানুভূতি প্রদর্শনপূর্বক মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা প্রদান করতে হবে। পাশাপাশি প্রতিবন্ধী ব্যক্তির প্রয়োজনীয় সহায়ক অভিগম্যতা নিশ্চিত করতে হবে।

৩.১১ মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য দিকনির্দেশনামূলক নীতিমালা

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সেবাগ্রহণকারীর গোপনীয়তা, মর্যাদা ও বিশ্বস্ততা রক্ষা করে সেবাগ্রহণকারী নিজে জেনেবুঝে যেন সেবা নিতে পারেন তা সেবা প্রদানকারীদের অবশ্যই নিশ্চিত করতে হবে।

ক। একজন সেবাগ্রহণকারীর গোপনীয়তার অধিকারকে সম্মান করা

একজন সেবাগ্রহণকারীর গোপনীয়তার অধিকারের প্রতি শ্রদ্ধার অর্থ হলো বিবেচনাবোধ সহকারে, বিশ্বস্ততার সাথে, গোপনীয়তা রক্ষা করার ব্যাপারে নিশ্চয়তা প্রদান। মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সেবাগ্রহণকারীকে আশ্বস্ত করতে হবে যে, তার পূর্ব সম্মতি ছাড়া মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত বা অন্য কোনো তথ্য তার বাবা-মা, স্বামী, আত্মীয়স্বজন, পরিবারের অন্যান্য সদস্য, বা আইন প্রয়োগকারী সংস্থার প্রতিনিধিসহ অন্য কোনো ব্যক্তির কাছে প্রকাশ করা হবে না।

সেবাদানকারীদের গোপনীয়তা রক্ষার ব্যাপারে আইনানুগ কয়েকটি ব্যতিক্রমের কথা সেবা সেবাগ্রহণকারীকে জানতে হবে (যেমন, যৌন সহিংসতার ক্ষেত্রে) এবং সেই সাথে সেবাগ্রহণকারীকেও এই আইনটি জানাতে হবে। যেকোনো পরিস্থিতিতে, সেবাগ্রহণকারীর নিরাপত্তা ও অধিকার রক্ষা করা হবে।

খ। একজন সেবাগ্রহণকারীর মর্যাদা ও স্বাধিকার বিষয়ে প্রচারণা

স্বাস্থ্যসেবা কর্মকর্তা ও কর্মীদের এই সেবাগ্রহণকারীকে অবশ্যই সম্মান প্রদর্শন করতে হবে। একজন নারীর জীবনে মাসিক নিয়মিতকরণ বা গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নিতে আসা বিশেষভাবে নাজুক, এটি অনেকের জন্য একটি কঠিন সিদ্ধান্ত এবং একই সাথে সেবাদান প্রত্যাখ্যান কিংবা বা গুণগতমানসম্পন্নহীন চিকিৎসার আশঙ্কাও যুক্ত হতে পারে; ফলে তার জন্য এটি আরও নিরাপত্তাহীনতা সৃষ্টি করতে পারে। অতএব সেবাদানকারী এবং কর্মীদের উচিত:

- সেবাগ্রহণকারীর প্রতি ইতিবাচক এবং সহমর্মিতামূলক আচরণ বজায় রাখা;
- মৌখিক এবং ইশারা-ইঙ্গিত অথবা উভয় ধরনের যোগাযোগের মাধ্যমে তার সাথে একটি সম্মানজনক সম্পর্ক তৈরি করা;
- উষ্ণভাবাপন্ন দৃষ্টিভঙ্গি এবং সহযোগিতামূলক মনোভাব নিয়ে সেবা প্রদান করা।

গ। বিবেকতাড়িত আপত্তি (Conscientious Objection)

সেবা নিতে আসা সেবাগ্রহণকারীর জীবন বা স্বাস্থ্য সুরক্ষার জন্য অবিলম্বে সেবার প্রয়োজন হলে একজন সেবাদানকারী মাসিক নিয়মিতকরণ বা গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রদান করতে অস্বীকার করতে পারবে না।

তবে, যদি কোনো সেবাদানকারী তার ব্যক্তিগত মতামত, আত্মবিশ্বাস বা দক্ষতার ঘাটতির কারণে মাসিক নিয়মিতকরণ বা গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সেবাগ্রহণকারীকে না দিয়ে থাকেন তবে, তাকে অবশ্যই সময়মতো অপর একটি সেবাকেন্দ্রে রেফার করে নিরাপদ সেবা নিশ্চিত করতে হবে।

ঘ। রেফারেল

যাদের আগে থেকে বিদ্যমান মেডিকেল বা সার্জিক্যাল সমস্যা আছে। যেমন: হৃদ্‌রোগ, অনিয়ন্ত্রিত উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, জন্মগত মৃগীরোগ, এবং যকৃতের রোগের কারণে সৃষ্ট জন্ডিস বা জটিল স্ত্রীরোগ (যেমন: জরায়ুর জন্মগত অসঙ্গতি বা বিকৃতি, সন্দেহজনক মোলার গর্ভাবস্থা বা একটোপিক গর্ভাবস্থা বা জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ এবং জরায়ুতে অস্ত্রোপচারের ইতিহাস) আছে, এমন মাসিক নিয়মিতকরণ বা গর্ভপাত পরবর্তী সেবা গ্রহণকারীকে উচ্চ/বিশেষায়িত স্বাস্থ্যকেন্দ্রে রেফারের প্রয়োজন হতে পারে। এসব ক্ষেত্রে সংশ্লিষ্ট সকলকে সর্বোচ্চ সহযোগিতা করতে হবে।

অধ্যায়: ৪

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবাবিষয়ক তথ্য, কাউন্সেলিং এবং অবহিত সম্মতি

৪.১ ভূমিকা

মাসিক নিয়মিতকরণ ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার সময় একজন সেবাগ্রহণকারী শারীরিক ও মানসিক সংকটে থাকেন। প্রতিটি সেবাগ্রহণকারীর ক্ষেত্রেই পরিস্থিতি আলাদা রকমের। গর্ভপাত পরবর্তী সেবার সময়ে একজন সেবাগ্রহণকারীকে যে আবেগ অনুভূতিগুলোর মধ্য দিয়ে যায়, সেগুলো বিবেচনায় এনে সেবাগ্রহণকারীর প্রতি সহমর্মিতামূলক মনোভাবের মাধ্যমে তার প্রতিকূল পরিস্থিতিগুলোকে চিহ্নিত করা ও ইতিবাচকভাবে মোকাবিলা করাও সেবাদানকারীর দায়িত্ব। সেবা সেবাগ্রহণকারীকে এবং সেবাদানকারীর আলাদা মূল্যবোধ, সামাজিক প্রেক্ষাপট, সংস্কৃতি এবং ভাষার ভিন্নতা থাকতে পারে যা পরস্পরের বোঝাপড়ায় বাধা সৃষ্টি করতে পারে। স্বাস্থ্যসেবাদানকারীদের কার্যকর এবং সহানুভূতিশীল পারস্পরিক আলোচনা, যোগাযোগ, মানসিক সমর্থন এবং প্রয়োজনবোধে সেবাগ্রহণকারীর চাহিদা অনুসারে কাউন্সেলিং করার জন্য প্রস্তুত থাকতে হবে।

৪.২ কাউন্সেলিং কি?

কাউন্সেলিং হলো একটি কাঠামোগত পারস্পরিক দ্বিপাক্ষিক আলোচনা যেখানে একজন ব্যক্তি স্বেচ্ছায় একজন দক্ষ ব্যক্তির কাছ থেকে নিজের চিন্তা-ভাবনা, অনুভূতি ও উপলব্ধিগুলো প্রকাশের জন্য অনুকূল ও মুক্ত পরিবেশে মানসিক সমর্থন ও দিকনির্দেশনা পান। একজন সেবা সেবাগ্রহণকারীর কাউন্সেলিংয়ের সময় একজন কাউন্সেলর তার ব্যক্তিগত ও পারিবারিক জীবন, সামাজিক ও সাংস্কৃতিক পটভূমি, প্রজনন স্বাস্থ্য ইত্যাদি বিষয়ে আলোচনার সুযোগ পান এবং সে অনুযায়ী সেবাগ্রহণকারীকে নিজে থেকে একটি সঠিক সিদ্ধান্ত নিতে সাহায্য করেন। প্রতিটি সেবাগ্রহণকারীকে, যারা এমআর এবং প্যাক সেবা চান তাদের অবশ্যই কাউন্সেলিং করা উচিত। কাউন্সেলিং নিরাপদ এমআর এবং প্যাক সেবাগুলির একটি অবিচ্ছেদ্য অংশ এবং সঠিকভাবে প্রক্রিয়াগুলো সম্পাদনের জন্য গুরুত্বপূর্ণ।

৪.৩ কাউন্সেলিং পদ্ধতি

কাউন্সেলিংয়ের জন্য প্রয়োজন হচ্ছে খোলামেলা তথ্য বিনিময় যা শুধুমাত্র একটি পারস্পরিক মর্যাদাপূর্ণ পরিবেশে ঘটতে পারে। জন্মবিরতিকরণ কাউন্সেলিংয়ের 'GATHER' কৌশলটি মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার প্রেক্ষাপটে ব্যাপকভাবে ব্যবহৃত হয়।

GATHER:

G = (Greetings: শুভেচ্ছা) সেবাগ্রহণকারীর সাথে বন্ধুত্বসুলভ শুভেচ্ছা বিনিময়ের মাধ্যমে সুসম্পর্ক স্থাপন করা।

A = (Ask: জিজ্ঞাসা) সেবাগ্রহণকারীকে জিজ্ঞাসা প্রশ্ন করা এবং তার প্রয়োজন ও চাহিদা নিরূপণ করা।

T = (Tell: বলুন) পরিবার পরিকল্পনা, মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার নানা বিকল্প এবং অন্যান্য প্রাসঙ্গিক সেবা সম্পর্কে সেবাগ্রহণকারীকে বলা।

H = (Help: সহায়তা) সেবাগ্রহণকারীকে সিদ্ধান্ত গ্রহণে সহায়তা করা।

E = (Explain: ব্যাখ্যা করা) জন্মবিরতিকরণ এবং মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সম্পর্কে বিস্তারিত বুঝিয়ে বলা/ব্যাখ্যা করা।

R = (Return: ফেরা) প্রয়োজনে ফলোআপের জন্য আসতে বলা।

এছাড়াও REDI কৌশলটি ব্যবহার করা যেতে পারে।

REDI:

R = Rapport building- সুসম্পর্ক স্থাপন

E = Exploration- চাহিদা নিরূপণ

D = Decision making- সিদ্ধান্ত গ্রহণ

I = Implement the decision- সিদ্ধান্ত বাস্তবায়ন

৪.৩.১ কাউন্সেলিং-এর সময় সেবাদানকারীর জন্য কিছু গুরুত্বপূর্ণ বিষয়

- **গোপনীয়তা ও বিশ্বস্ততা:** কাউন্সেলিং-এ গোপনীয়তা ও বিশ্বস্ততা বজায় রাখা উচিত। প্রথমে একা অবস্থায় সেবা সেবাগ্রহণকারীর সাথে কথা বলতে শুরু করা উচিত, পরবর্তী সময়ে সেবাগ্রহণকারীর অনুমতিক্রমে অন্য কোনো ব্যক্তি তার সাথে আসতে পারেন। কাউন্সেলিং করার ক্ষেত্রে সেবাগ্রহণকারীর পছন্দের ও স্বাচ্ছন্দের বিষয়টি বিবেচনায় রাখতে হবে। অন্য একজন ব্যক্তি, যেমন সেবাগ্রহণকারীর স্বামীকে কাউন্সেলিংয়ের সময় সাথে রাখা যেতে পারে। সম্ভব হলে পৃথক একটি কক্ষে কিংবা যেখানে গোপনীয়তা রক্ষা করা সম্ভব এমন একটি স্থানে কাউন্সেলিং করা বাঞ্ছনীয়।

- **কার্যকর যোগাযোগ:** সেবাদানকারীর মনোযোগ সহকারে বক্তব্য শোনার অভ্যাস করা উচিত। কাউন্সেলিংয়ের সময় কোনো রকম বাধা ছাড়াই যেন সেবা সেবাগ্রহণকারীকে তার অনুভূতি, উদ্বেগ ও আবেগ প্রকাশ করার সুযোগ পায় সে বিষয়ে লক্ষ রাখতে হবে।

- **মূল্যবোধ ও সহমর্মিতা:** পরিস্থিতি নির্বিশেষে প্রতিটি সেবাগ্রহণকারীর প্রতি কাউন্সিলরদের সমবেদনা এবং সম্মান প্রদর্শন করা উচিত। মূল্যবোধ যাচাইকরণের মাধ্যমে সেবাদানকারীর নিজের বিশ্বাস ও মূল্যবোধকে শনাক্ত করতে সাহায্য করতে পারে, তাদের গৃহীত পদক্ষেপের পরিণতি বুঝতে সহজ হবে, তাদের সাথে সেবাগ্রহণকারীর মূল্যবোধের কোনো তফাত আছে কি না তা বুঝতে সহজ হতে পারে এবং একজন সেবাগ্রহণকারীর অধিকার ও সিদ্ধান্তের প্রতি সম্মান দেখিয়ে সেবাদানে সাহায্য করতে পারে। কাউন্সিলর সেবাগ্রহণকারীর প্রতি তাঁদের নিজেদের দৃষ্টিভঙ্গি এবং সম্ভাব্য নেতিবাচক দিক থাকলে তা নিজেরাই যাচাই করবেন। স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের দৃষ্টিভঙ্গি ও

বিশ্বাস সেবাগ্রহণকারীর সাথে তাদের পারস্পরিক বোঝাপড়া এবং কাউন্সেলিং প্রক্রিয়াকে যথেষ্ট প্রভাবিত করে। সেবাগ্রহণকারীর সাথে পারস্পরিক আলোচনা করার সময় তার প্রয়োজনকে অগ্রাধিকার দিয়ে সেবাদানকারীকে নিরপেক্ষ ও সংবেদনশীল হওয়া উচিত।

- **বিশেষ বিবেচনা:** বিশেষ চাহিদা সম্পন্ন সেবাগ্রহণকারীদের ক্ষেত্রে (যেমন, সেবাগ্রহণকারীর একাধিক এমআর-এর ইতিহাস থাকলে, সেবাগ্রহণকারী সহিংসতার শিকার হয়ে থাকলে, অল্পবয়সী কিশোরী সেবাগ্রহণকারীকে, প্রতিবন্ধী সেবাগ্রহণকারীকে ইত্যাদি) উঁচু মানের সেবাদানে দক্ষ কাউন্সেলর বা প্রতিষ্ঠানের কাছে পাঠাতে পারেন, যারা বিশেষ চাহিদাগুলো নিরূপণ করতে পারবেন।

- **গর্ভপাত পরবর্তী সেবা ক্ষেত্রে বিবেচ্য বিষয়:** শক (Shock) বা জীবনের অন্যান্য ঝুঁকিপূর্ণ পরিস্থিতিতে, সেবাগ্রহণকারীর অবস্থা স্থিতিশীল হওয়া পর্যন্ত সম্পূর্ণ ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন এবং স্বেচ্ছা অবহিত সম্মতি গ্রহণ পিছিয়ে দেওয়া যেতে পারে। যদি একজন সেবাগ্রহণকারী অতিরিক্ত শারীরিক কিংবা মানসিক কষ্টে থাকেন, সে স্থিতিশীল (মানসিক ও শারীরিক) হওয়া এবং যোগাযোগ করতে সক্ষম হবার পর কাউন্সেলিং করা উচিত।

৪.৩.২. মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য কাউন্সেলিং:

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পূর্ব কাউন্সেলিং : নিম্নলিখিত কারণে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পূর্ব কাউন্সেলিং গুরুত্বপূর্ণ:

- সেবা সেবাগ্রহণকারীকে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নিতে পরিষ্কার ও সহজ তথ্য প্রদান করতে হবে যা সেবাগ্রহণকারীর সিদ্ধান্ত নিতে সহায়ক হয়।
- সেবার বিকল্পসমূহ, সেবা পদ্ধতি এবং এর পরিণতি সম্পর্কে সম্পূর্ণ তথ্য পাবার পরে সম্মতি দেওয়া হয়েছে কি না তা নিশ্চিত করা।
- সেবাগ্রহণকারীকে এমআর সেবা গ্রহণের উপযুক্ত কিনা তা মূল্যায়ন করতে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সেবাদানকারীকে সাহায্য করা; এবং
- মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার পরে পছন্দসই, উপযুক্ততা যাচাই পূর্বক জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি গ্রহণের সিদ্ধান্ত নিতে সেবাগ্রহণকারীকে সাহায্য করা।

৪.৩.৩ পদ্ধতি শুরুর পূর্বে কাউন্সেলিং-এর ধাপ

ধাপ ১: সেবা সেবাগ্রহণকারীর সাথে শুভেচ্ছা জ্ঞাপন এবং সুসম্পর্ক স্থাপন করা

- যখন সেবাগ্রহণকারী সেবা নিতে আসে, তাকে আন্তরিকভাবে অভ্যর্থনা জানিয়ে এবং তাকে সসম্মানে বসতে অনুরোধ করতে হবে। সেবাগ্রহণকারীর প্রতি সেবাদানকারীকে পূর্ণ মনোযোগ দিতে হবে এবং কথোপকথনের সময় আন্তরিকতা প্রকাশ করতে হবে। গোপনীয়তা বজায় রাখার ব্যাপারে সেবা সেবাগ্রহণকারীকে আশ্বস্ত করতে হবে।

- সেবা সেবাগ্রহণকারীর সাথে সুসম্পর্ক স্থাপন করতে হবে এবং তার আস্থা অর্জন করতে হবে। মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা একটি অত্যন্ত সংবেদনশীল বিষয় তাই সেবা সেবাগ্রহণকারীকে আলোচনা করতে স্বাচ্ছন্দ্যবোধ নাও করতে পারে। পারস্পরিক সুসম্পর্ক তৈরি হলে সেবা সেবাগ্রহণকারী তার সমস্যা বলতে উৎসাহ পাবে।

ধাপ ২: সেবা সেবাগ্রহণকারীর প্রয়োজন এবং চাহিদা নিরূপণ বিষয়ে পারস্পরিক আলোচনা এবং মূল্যায়ন

- সেবা সেবাগ্রহণকারীকে মানসিক ও শারীরিকভাবে স্বাচ্ছন্দ্যবোধ করতে দিতে হবে। মানসিক স্বাচ্ছন্দ্য খুবই গুরুত্বপূর্ণ কারণ মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা সম্পর্কে সেবাগ্রহণকারীর কিছু দ্বিধা অনুভূতি থাকতে পারে।

- সেবাগ্রহণকারীকে তার সমস্যা নিয়ে খোলামেলা আলোচনা করতে সাহায্য করতে হবে। এটা মনে রাখা জরুরি, যখন একজন সেবাগ্রহণকারী এমআর-এর জন্য আসেন, তখন তিনি ভীত বা আতঙ্কিত থাকেন এবং তার সমস্যা নিয়ে অকপটে আলোচনা করতে ইতস্তত বোধ করেন, যা সঠিক সিদ্ধান্ত গ্রহণে বিরূপ প্রভাব ফেলতে পারে।

- সেবাগ্রহণকারীর শিক্ষাগত যোগ্যতা এবং বোঝাপড়ার স্তর অনুযায়ী উপযুক্ত কাউন্সেলিং করতে হবে। সহজ ভাষা ব্যবহার করতে হবে এবং সেবাগ্রহণকারীকে দ্বিধাদ্বন্দ্ব মুক্ত হবার সুযোগ করে দিতে হবে। কোনো লক্ষণ/রোগবিষয়ক শব্দ ব্যবহারের সময় স্থানীয় বা কথ্য ভাষা ব্যবহার করা উত্তম।

- সেবাগ্রহণকারীকে প্রশ্ন বুঝতে, উত্তর দিতে এবং প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করার জন্য যথেষ্ট সময় দিতে হবে।

- ব্যক্তিগত, পারিবারিক, সামাজিক ও চিকিৎসার ইতিহাস এবং অতীতে জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতির ব্যবহার বিষয়ে প্রাসঙ্গিক প্রশ্ন জিজ্ঞাসা করে এমআর-এর ব্যাপারে সেবাগ্রহণকারীর প্রয়োজন এবং চাহিদা নিরূপণ করতে হবে। নিশ্চিত করতে হবে যে, এমআর করার সিদ্ধান্তটি তার নিজস্ব এবং সে তার সঙ্গী অথবা পরিবারের সদস্য কর্তৃক বাধ্য হচ্ছে না।

ধাপ ৩: মাসিক নিয়মিতকরণ এবং অন্যান্য প্রাসঙ্গিক সেবা সম্পর্কে সেবা সেবাগ্রহণকারীকে অবহিত করা

যদি সেবাগ্রহণকারী মাসিক নিয়মিতকরণ পদ্ধতি চান, তার ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন করতে হবে এবং যদি এমআর-এর জন্য উপযুক্ত হয়, তাহলে সহজ ভাষায় পরিষ্কারভাবে এবং বিস্তারিতভাবে প্রক্রিয়াটি বুঝিয়ে বলতে হবে; এবং জব এইড (Job Aid) থাকলে ব্যবহার করতে হবে। একজন সেবাগ্রহণকারীকে অবশ্যই কমপক্ষে এই তথ্যগুলো জানাতে হবে:

- প্রক্রিয়া চলাকালীন এবং প্রক্রিয়া পরবর্তী সময়ে করণীয় বিষয়।
- সেবা প্রাপ্তির উপযুক্ততা, কার্যকারিতা, পদ্ধতি ও প্রোটোকল।
- সে সম্ভাব্য কী কী সমস্যা অনুভব করতে পারে (যেমন, মাসিকের মতো ব্যথা ও রক্তপাত);
- পদ্ধতিটি সম্পন্ন হতে কত সময় লাগবে।
- সেবাগ্রহণকারীর ব্যথা কমানোর জন্য কী ব্যবস্থাপনা আছে।
- পদ্ধতির সাথে সম্পর্কিত ঝুঁকি ও জটিলতা।
- সতর্কতামূলক চিহ্ন এবং কখন সাহায্য চাইতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক মিলনসহ তার স্বাভাবিক কার্যক্রম পুনরায় শুরু করতে সক্ষম হবে।
- কোথায় জরুরি সেবা পাওয়া যাবে তা নিশ্চিত করা।
- জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতির নানা বিকল্প সম্পর্কে জানানো।
- ফলোআপ সেবা; এবং
- প্রয়োজনে অতিরিক্ত কোনো সেবার জন্য রেফারেল ব্যবস্থা।

এমআর সম্পর্কে তার কোনো ভুল ধারণা বা আশঙ্কা আছে কি না সে সম্পর্কে জানা এবং সে অনুযায়ী তাকে যথাযথ তথ্য প্রদান করা।

ধাপ ৪: সিদ্ধান্ত গ্রহণে সেবাগ্রহণকারীকে সাহায্য করা

- মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা সম্বন্ধে বিশদ বিবরণ প্রদান এবং সেবাগ্রহণকারীর প্রশ্নের উত্তর দেয়ার পর পর; এমআর সেবা গ্রহণের বিষয়ে সেবাগ্রহণকারী যাতে নিজে থেকেই সিদ্ধান্ত নিতে পারে তাকে সে ব্যাপারে সহায়তা করতে হবে। সিদ্ধান্ত গ্রহণের ক্ষেত্রে সেবাগ্রহণকারী তার আর্থিক অবস্থা, ভবিষ্যৎ, স্বামী/অভিভাবকের পছন্দ/ইচ্ছা ইত্যাদি বিষয়ও বিবেচনা করতে পারে। সিদ্ধান্ত গ্রহণ প্রক্রিয়ার এই সময়ে প্রয়োজনবোধে সেবাগ্রহণকারীকে তথ্য/ব্যাখ্যা প্রদান করা উচিত।

- সেবাগ্রহণকারীকে স্বেচ্ছায় সম্মতি প্রদানের সুযোগ দিতে হবে। তার কাছে সম্মতি ফর্মটি ব্যাখ্যা করতে হবে এবং তিনি সঠিকভাবে এটি বুঝতে পেরেছেন কি না তা প্রশ্ন করে যাচাই করতে হবে। তারপর, সেবাগ্রহণকারীকে ক্ষেত্র বিশেষে অবহিত সম্মতি ফর্মে স্বাক্ষর করতে সাহায্য করতে হবে।

- সেবাগ্রহণকারী সম্মতি প্রক্রিয়ায় অন্য কাউকে যুক্ত রাখতে চান কি না সেটা আগে জিজ্ঞেস করে নিতে হবে। সেবাগ্রহণকারীকে রাজি হলে এবং স্বাচ্ছন্দবোধ করলে স্বামী/অভিভাককেও এই প্রক্রিয়ায় যুক্ত করতে হবে।

ধাপ ৫: মাসিক নিয়মিতকরণ পদ্ধতি পছন্দে সাহায্য করা

সেবাগ্রহণকারীর জরায়ুর আকৃতি, সেবাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্যগত অবস্থা এবং সম্ভাব্য ঝুঁকির ওপর ভিত্তি করে তার জন্য কোন পদ্ধতিটি উপযুক্ত হবে, সেবাদানকারীকে সে সম্পর্কে পরিষ্কার ধারণা দিতে হবে। যদি ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন এবং ওষুধের মাধ্যমে এমআর উভয়ই সেবাগ্রহণকারীর জন্য প্রযোজ্য হয়, সেক্ষেত্রে কাউন্সেলরকে দুটি পদ্ধতির মধ্যে পার্থক্য ব্যাখ্যা করতে হবে।

সেবাগ্রহণকারী যদি ওষুধের মাধ্যমে এমআর পদ্ধতি বেছে নেন, তাহলে কাউন্সেলরকে ব্যাখ্যা করা উচিত যে, যদি কোনো কারণে জরায়ু ইভাকুয়েশন সফল না হয় বা অসম্পূর্ণ থেকে যায়, তাহলে অন্য একটি পদ্ধতিতে (বিশেষত ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন) এমআর সম্পূর্ণ করতে হবে।

কাউন্সেলরকে নিশ্চিত হতে হবে যে, সেবাগ্রহণকারী তথ্য বুঝতে পেরেছেন এবং জেনে, বুঝে ও স্বেচ্ছায় সম্মতি প্রদান করেছেন, বিশেষ ক্ষেত্রে যদি সেবাগ্রহণকারীর ভাষাগত বা শিক্ষাগত বাধা থাকে কিংবা স্বাভাবিক বুদ্ধিমত্তা নিয়ে সংশয় থাকে, তবে অবশ্যই বাড়তি গুরুত্বের সঙ্গে তার অবস্থা বিবেচনা করে কাউন্সেলিং করাতে হবে।

ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন এবং ওষুধের সাহায্যে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবার তুলনা

বৈশিষ্ট্য	ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন/ ইভাকুয়েশন	মিফিপ্রিস্টন এবং মিসোপ্রোস্টল
পদ্ধতি কি?	একটি জরায়ু ইভাকুয়েশন পদ্ধতি যাতে জরায়ুতে ম্যানুয়াল সাকশন যন্ত্র ব্যবহার করে জরায়ুর উপাদান বের করা হয় ।	এই ওষুধ জরায়ুর আস্তরণ ছিন্ন করে দেয় এবং জরায়ু সংকোচনের মাধ্যমে জরায়ুর উপাদানকে বের করে দেয়; সাধারণত বাইরে থেকে জরায়ুতে হস্তক্ষেপ এড়াতে ব্যবহার করা হয়।
পদ্ধতিটি কীভাবে কাজ করে?	বায়ুশূন্য অ্যাসপিরেটর ও ক্যানুলা জরায়ুর ভিতরে প্রবেশ করিয়ে জরায়ুর উপাদান বের করা হয়।	মিফিপ্রিস্টন, প্রোজেস্টেরনকে বাধাদানের মাধ্যমে গর্ভাবস্থা চলমান রাখা থেকে বিরত রাখে। মিসোপ্রোস্টল জরায়ুর সংকোচনের মাধ্যমে জরায়ুর উপাদানকে বাইরে বের করে দেয়।
কখন ব্যবহার করা যাবে?	সেবাগ্রহণকারীর শেষ মাসিকের তারিখ থেকে ১০-১২ সপ্তাহ পর্যন্ত	শেষ মাসিকের তারিখ থেকে ৭০ দিন (১০ সপ্তাহ) পর্যন্ত
কোথায় ব্যবহার করা যাবে?	এই পদ্ধতি স্বাস্থ্যসেবাকেন্দ্রে ব্যবহার করা হয়	পদ্ধতি সেবাদানকেন্দ্রে শুরু করে এর কিছু অংশ বাড়িতেও ব্যবহার করা সম্ভব। তবে সেবাকেন্দ্র সম্পন্ন করা উত্তম।
কার্যকারিতা	৯৮% থেকে ১০০% কার্যকরী	৯৫% থেকে ৯৮% কার্যকরী
পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া ও জটিলতা	সাধারণ পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া • পেটে ব্যথা বা মোচড়ানো এবং মাসিকের মতো রক্তক্ষরণ। • কদাচিৎ ভেগাস স্নায়ুর প্রতিক্রিয়া হতে পারে, কদাচিৎ কিছু জটিলতা হতে পারে। • জরায়ুমুখে বা জরায়ুতে আঘাত/ ফুটো হয়ে যাওয়া । • অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ । • পেলভিসে সংক্রমণ। • আকস্মিকভাবে জরায়ুতে রক্ত জমা। • অথবা বিফল বা অসম্পূর্ণ এমআর।	পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া • বমি বমি ভাব। • বমি, ডায়রিয়া। • পেটে মোচড়ানো বা ব্যথা। • জ্বর বা কাঁপুনি। • যোনিপথে রক্তপাত। • মাথা ঘোরা এবং কদাচিৎ রক্তস্বল্পতা। • কখনো কখনো অসম্পূর্ণ এমআর হতে পারে (সেক্ষেত্রে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেটরের মাধ্যমে এমআর সম্পন্ন করতে হবে)।

বৈশিষ্ট	ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন/ ইভাকুয়েশন	মিফিপ্রিস্টন এবং মিসোপ্রোস্টল
সাধারণত কীভাবে সম্পন্ন হয়?	MVA পদ্ধতিটি সেবাকেন্দ্র সম্পন্ন করতে হয় এবং সম্পন্ন হতে সাধারণত ৩ থেকে ১০ মিনিট সময় লাগে। সাধারণত এক ঘণ্টার মধ্যেই সেবাগ্রহণকারী বাড়ি চলে যেতে পারে। ব্যথা নিয়ন্ত্রণে সাধারণত লোকাল অ্যানেস্থেসিয়া ব্যবহার করা হয় (তবে আরও কিছু ফার্মাকোলজিক্যাল বিকল্প আছে)। প্রক্রিয়াটি সম্পূর্ণ হয়েছে কি না তা নিশ্চিত হতে জরায়ুর উপাদান পরীক্ষা করা হয়।	মিফিপ্রিস্টন (Mifepristone) সেবাকেন্দ্রে মুখে সেবন করানো হয়। ১- ২ দিন পরে, সেবাগ্রহণকারীকে মিসোপ্রোস্টল (Misoprostol) জিহবার নিচে অথবা গালে রাখা হয় এছাড়াও যোনিপথে রাখা যেতে পারে। চিকিৎসার সাফল্য নিশ্চিত করতে একবার ফলোআপ ভিজিট নির্ধারণ করা হয়।
ফলোআপ	সাধারণত ফলোআপের প্রয়োজন নাই। তবে পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া বা জটিলতা দেখা দিলে সেবাকেন্দ্রে আসতে হবে।	সাধারণত ফলোআপের প্রয়োজন নাই। তবে পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া বা জটিলতা দেখা দিলে সেবাকেন্দ্রে আসতে হবে।
পদ্ধতি অথবা চিকিৎসা ব্যর্থ হলে করণীয়	পুনরায় ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে ইভাকুয়েট করা হয়	ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে ইভাকুয়েট করা হয়

ধাপ ৬: পরিবার পরিকল্পনা/জন্মবিরতিকরণ সেবার ব্যাখ্যা করা

- প্রক্রিয়া শুরুর আগে সেবাগ্রহণকারীকে মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা পরবর্তী বিভিন্ন জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি, তা কিভাবে কাজ করে, সুবিধা ও অসুবিধা এবং সম্ভাব্য পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া সম্পর্কে বুঝিয়ে বলতে হবে।

- সেবাগ্রহণকারীকে তার পছন্দের একটি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি নির্বাচন করতে (আগের ইতিহাস এবং শারীরিক পরীক্ষার ওপর ভিত্তি করে) এবং পদ্ধতিটি তার জন্য উপযুক্ত কিনা তা মূল্যায়ন করতে সহায়তা করতে হবে। যদি পছন্দসই জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতিটি তার জন্য উপযুক্ত না হয়, তবে তার কারণ ব্যাখ্যা করে অন্য পদ্ধতি বেছে নিতে সহায়তা করতে হবে।

- যদি নির্বাচিত জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতিটি সেবাগ্রহণকারীর জন্য উপযুক্ত হয়, তবে পদ্ধতিটির বিষয়ে সুনির্দিষ্ট তথ্য প্রদান করতে হবে। কেন্দ্রে পদ্ধতিটি পাওয়া না গেলে অন্য কোথায় উপযুক্ত সেবা পাওয়া যেতে পারে সে বিষয়ে সেবাগ্রহণকারীকে তথ্য ও সহায়তা প্রদান করতে হবে। এই ক্ষেত্রে, নির্বাচিত জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতিটি পাবার আগ পর্যন্ত তাকে সেই সময় অন্য একটি উপযুক্ত পদ্ধতি প্রদান করতে হবে।

- যদি সেবাগ্রহণকারীকে পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি হিসেবে জন্মবিরতিকরণের জন্য ইমপ্লান্ট, আইইউডি (IUD) বা টিউবাল লাইগেশন বেছে নেন, তবে সেই পদ্ধতির জন্য পৃথকভাবে সম্মতিপত্রের ফর্ম পূরণ করে সম্মতি নিতে হবে।

- যদি সেবাগ্রহণকারী কোনো জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি গ্রহণ করতে ইচ্ছুক না হয়:
- সেবাগ্রহণকারীকে আশ্বস্ত করতে হবে যে, তাকে এমআরের জন্য প্রত্যাখ্যান করা হবে না।
- এমআর সেবা প্রদানের পরে সেবাগ্রহণকারীকে পুনরায় গর্ভবতী হওয়ার সম্ভাবনা এবং দ্বিতীয়বার এমআর করতে হলে তার সম্ভাব্য পরিণতি সম্পর্কে অবহিত করতে হবে।
- যদি সেবাগ্রহণকারী তারপরেও একটিও জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি গ্রহণ করতে ইচ্ছুক না হন, তাহলে তাকে এক সপ্তাহের মধ্যে ফলোআপে আসতে বলতে হবে এবং আবারও কাউন্সেলিং করতে হবে। যদি সেবাগ্রহণকারী রাজি হয়, তাহলে তাকে আশ্বস্ত করতে তার সঙ্গী বা অন্য কাউকে নিয়ে আসতে উৎসাহিত করতে হবে।

ধাপ ৭: সেবা সেবাগ্রহণকারীর ফলোআপ ভিজিট

ওষুধের মাধ্যমে মেডিকেল বা সার্জিক্যাল– যে পদ্ধতিতেই এমআর/মাসিক নিয়মিতকরণ করা হোক না কেন, এজন্য কোনো নিয়মিত ফলোআপের প্রয়োজন হয় না। তবে প্রক্রিয়ার ৭-১৪ দিন পর সেবাগ্রহণকারীকে জন্মবিরতিকরণ বিষয়ে আরও কাউন্সেলিং, অধিকতর মানসিক সমর্থন অথবা কোনো মেডিকেল সমস্যা সমাধানের জন্য একটি ঐচ্ছিক ফলোআপে আসতে বলা যেতে পারে। (রেফারেন্স: বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা ২০২২)

৪.৩.৪ মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা চলাকালীন সময়ে কাউন্সেলিং

- সেবাগ্রহণকারীর সাথে কথোপকথন চালিয়ে যেতে হবে, প্রয়োজনে হাত ধরে তাকে আশ্বস্ত করতে হবে (প্রক্রিয়াটি থেকে তার মনোযোগ সরিয়ে ভয় না পাওয়ার জন্য সহায়তা করতে হবে)।

- প্রক্রিয়া চলাকালীন কী ঘটতে চলেছে, সেবাগ্রহণকারীকে সেই পদক্ষেপগুলি সহজ ভাষায় ব্যাখ্যা করতে হবে। বলতে হবে যে মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা প্রক্রিয়া সম্পন্ন করার জন্য সেবাপ্রদান চলাকালীন তার কাছ থেকে সহযোগিতা প্রয়োজন।

৪.৩.৫ মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পরবর্তী কাউন্সেলিং

মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পরবর্তী কাউন্সেলিং প্রক্রিয়া পরবর্তী সেবার একটি অবিচ্ছেদ্য অংশ। নিম্নলিখিত কারণে এটি গুরুত্বপূর্ণ:

- মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পরবর্তী কাউন্সেলিংয়ের মাধ্যমে সেবাগ্রহণকারীকে সংশ্লিষ্ট সেবা, এর বিপদ চিহ্ন এবং জটিলতার ক্ষেত্রে কী কী পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে সে সম্পর্কে তথ্য দেওয়া হয়।

- এসময় সেবাগ্রহণকারীকে নির্বাচিত জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতিটির ব্যবহার অব্যাহত রাখার তথ্যগুলো পুনরায় বলা হয়।

- যদি সেবাগ্রহণকারীকে সিদ্ধান্ত না নিয়ে থাকে তাহলে এটি জন্মবিরতিকরণের জন্য কাউন্সেলিং করার সুযোগ তৈরি করে। কিছু ক্ষেত্রে, সেবাগ্রহণের আগে, একজন সেবাগ্রহণকারীকে জন্মবিরতিকরণ বিষয়ে তার মন স্থির করতে সক্ষম নাও হতে পারেন, কেননা তিনি কেবলমাত্র মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নিয়েই চিন্তা করেন। মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা গ্রহণের পর, তিনি কিছুটা স্বস্তি অনুভব করেন এবং একটি উপযুক্ত পদ্ধতি বেছে নিতে ইচ্ছুক হতে পারেন।

মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা-পরবর্তী কাউন্সেলিংয়ে গুরুত্বপূর্ণ পদক্ষেপসমূহ

১. সহমর্মিতামূলক মনোভাব নিয়ে গোপনীয়তা এবং বিশ্বস্ততা বজায় রাখতে হবে।

২. সেবাগ্রহণকারীকে জিজ্ঞাসা করতে হবে যে তিনি কেমন অনুভব করছেন, কোনো সমস্যা দেখা দিলে তাকে আশ্বস্ত করতে হবে। তার আবেগের বিষয়টি বিবেচনায় রেখে সেবা দিতে হবে এবং যদি তিনি হতাশা বা অপরাধবোধে ভোগেন, তাকে মানসিক সহায়তা দিতে হবে।

৩. মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা সম্পর্কে তথ্য পুনরাবৃত্তি করতে হবে এবং নিশ্চিত করতে হবে যে সেবাগ্রহণকারী স্পষ্টভাবে বুঝতে পেরেছে।

৪. বিপদ চিহ্নগুলো এবং তার যদি কোনো করণীয় থাকে তাহলে তা পুনরায় বলতে হবে। প্রক্রিয়ার পরে অনুভূত হতে পারে এমন সাধারণ লক্ষণগুলো (তলপেটে হালকা ব্যথা এবং যোনিপথে হালকা রক্তপাত, যা ৩ থেকে ৭ দিন পর্যন্ত চলতে পারে) সম্পর্কে বুঝিয়ে বলতে হবে। বিপদচিহ্নগুলো বলতে হবে (যোনিপথে অত্যধিক রক্তপাত, তলপেটে তীব্র ব্যথা, অজ্ঞান হওয়া, জ্বর, যোনিপথে দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব)।

৫. ব্যথা ব্যবস্থাপনার জন্য NSAID জাতীয় ওষুধ দিতে হবে অথবা প্রেসক্রিপশন লিখে দিয়ে এবং কিভাবে ওষুধ খেতে হবে তা বুঝিয়ে বলতে হবে।

৬. সাধারণ ফলোআপ ভিজিটের প্রয়োজন নেই তা বুঝিয়ে বলতে হবে, তবে জটিলতা বা বিপদচিহ্ন দেখা দিলে সেবাকেন্দ্রে দ্রুত আসার পরামর্শ দিতে হবে।

৭. ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যবিধি বিষয়ে সাধারণ পরামর্শ প্রদান করতে হবে (যেমন: কেবলমাত্র অতিরিক্ত রক্তপাত বন্ধ হবার পরেই যৌন মিলন, যোনিপথে কিছু রাখা বা ডোচিং করা যাবে; ব্যক্তিগত পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা বজায় রাখা, কোনো একটি পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি শুরু করা ইত্যাদি)। ব্যথা বাড়তে পারে এমন কোনো কাজ করা থেকে বিরত থাকতে হবে। এমআর, প্যাকের ২ সপ্তাহের মধ্যেই ফার্টিলিটি বা সন্তান ধারণ ক্ষমতা ফিরে আসে। (রেফারেন্স: বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা ২০২২) কিন্তু প্রকৃতপক্ষে মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবার পর সর্বনিম্ন ৮ দিনের মধ্যেও ফার্টিলিটি ফিরে আসতে পারে। তাই পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি ব্যবহারের পরামর্শ দিতে হবে।

৮. সেবাগ্রহণকারী যদি মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পূর্ব কাউন্সেলিং চলাকালীন একটি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি বেছে নেন, তাহলে তাকে পদ্ধতি বিষয়ে সুনির্দিষ্ট তথ্যগুলো পুনরায় ব্যাখ্যা করতে হবে। আদর্শ প্রক্রিয়া অনুসরণ করে তাকে নির্বাচিত জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি প্রদান করতে হবে। পদ্ধতিটি কেন্দ্রে সহজলভ্য না হলে অন্য কোথায় উপযুক্ত সেবা পাবেন তার জন্য তথ্য ও সহায়তা প্রদান করতে হবে। এই ক্ষেত্রে, নির্বাচিত পদ্ধতি না পাওয়া পর্যন্ত তাকে জন্মবিরতিকরণের জন্য সেই সময়ে একটি পদ্ধতি প্রদান করতে হবে।

৯. সেবাগ্রহণকারী যদি মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবায় পূর্ব কাউন্সেলিংয়ে কোনো একটি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি গ্রহণ করতে ইচ্ছুক না হোন, ছেড়ে দেওয়ার আগে তাকে পুনরায় কাউন্সেলিং করার চেষ্টা করতে হবে। যদি তিনি এর পরেও পদ্ধতি গ্রহণ করতে রাজি না হন, তাকে এক সপ্তাহের মধ্যে পুনরায় ফলোআপের জন্য আসতে বলতে হবে এবং পুনরায় কাউন্সেলিং করতে হবে। যদি তিনি সম্মত হন, তাকে তার সঙ্গী বা অন্য কাউকে সাথে আনতে উৎসাহিত করতে হবে।

৪.৩.৬ উচ্চ পর্যায়ের স্বাস্থ্যকেন্দ্রে রেফার করা হচ্ছে এমন একজন সেবাগ্রহণকারীকে কাউন্সেলিং

সেবাগ্রহণকারীকে, তার সঙ্গী বা তার সাথে থাকা আত্মীয়কে রেফারেল সম্পর্কে বুঝিয়ে বলা গুরুত্বপূর্ণ এবং নিচের ধাপ অনুসরণ করে রেফার করা প্রয়োজন।

সেবাগ্রহণকারীকে রেফারেলের জন্য ধাপগুলি হলো:

১। সেবাগ্রহণকারীকে কেন রেফার করা হচ্ছে তার কারণ ব্যাখ্যা করতে হবে।

২। সেবাগ্রহণকারীকে কোন রেফারেল কেন্দ্রে যেতে হবে এবং সেখানে (রেফারেল সাইট) যে প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন করতে হবে তা ব্যাখ্যা করতে হবে।

৩. বিস্তারিত ইতিহাস, শারীরিক পরীক্ষার বিবরণ, মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পদ্ধতি এবং রেফারের কারণ লিখে একটি রেফারেল নোট দিতে হবে। সেখানে গৃহীত ব্যবস্থা সম্পর্কে তাকে যত দ্রুত সম্ভব জানিয়ে যেতে অনুরোধ করতে হবে।

৪. ফলোআপের জন্য রেফারেল সাইটে অথবা যেখান থেকে তাকে রেফার করা হয়েছে সেখানে আসার জন্য পরামর্শ দিতে হবে।

৫. স্বাস্থ্যকেন্দ্রের রেকর্ডে রেফারেল সম্পর্কে তথ্য রেকর্ড করতে হবে।

৪.৩.৭ ফলোআপ ভিজিটের সময় কাউন্সেলিং

মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবাগ্রহণকারীর সাধারণ ফলোআপের প্রয়োজন নেই তবে বিশেষ ফলোআপ ভিজিটের সময় কাউন্সেলিংয়ের মাধ্যমে সেবাগ্রহণকারীকে শারীরিক ও মানসিকভাবে ভালো আছে কি না তা নিশ্চিত করতে হবে এবং জন্মবিরতিকরণের তথ্য সম্পর্কে জানাতে হবে।

এক্ষেত্রে অনুসরণীয় পদক্ষেপগুলি হলো:

১. মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা গ্রহণের পরে যদি কোনো সমস্যা হয়ে থাকে সে সম্পর্কে সেবাগ্রহণকারীকে জিজ্ঞাসা করতে হবে।

২. সেবাগ্রহণকারীকে জিজ্ঞাসা করতে হবে যে তিনি নির্বাচিত জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ব্যবহারে স্বাচ্ছন্দ্যবোধ করছেন কি না।

৩. সেবাগ্রহণকারী যদি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি গ্রহণ না করে থাকেন, তাহলে পুনরায় তাকে জন্মবিরতিকরণের জন্য পরামর্শ দিতে হবে।

৪. যদি সেবাগ্রহণকারীকে রেফার করা হয়ে থাকে, তাহলে মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পদ্ধতি সম্পর্কে এবং কোনো জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতির পরামর্শ দেওয়া হয়েছে কি না জানতে হবে। যদি কোনো জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি প্রদান করা না হয়, তবে পুনরায় জন্মবিরতিকরণের জন্য পরামর্শ দিতে হবে এবং সেবাগ্রহণকারীকে একটি উপযুক্ত পদ্ধতি বেছে নিতে সাহায্য করতে হবে।

৫. পরীক্ষা-নিরীক্ষায় প্রাপ্ত ফলাফল এবং প্রদত্ত পরামর্শগুলো রেজিস্টারে লিখে রাখতে হবে।

৪.৪ স্বেচ্ছায় অবহিত সম্মতি

অবহিত সম্মতি হলো এমন একটি প্রক্রিয়া যেখানে একজন সেবাগ্রহণকারী প্রয়োজনীয় তথ্য জেনে, বুঝে ও স্বেচ্ছায় তার মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা গ্রহণ করার জন্য সিদ্ধান্ত নিতে পারেন। সেবাগ্রহণকারী স্বেচ্ছায় মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা গ্রহণের জন্য অবহিত সম্মতি দেওয়ার ক্ষেত্রে সেবাদানকারীর সাথে আলোচনা থেকে বুঝতে পারবেন যে:

- মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবার বিভিন্ন পদ্ধতির সুবিধা এবং ঝুঁকিসমূহ।
- মাসিক নিয়মিতকরণ/ গর্ভপাত পরবর্তী সেবা গ্রহণ না করার পরিণতি।
- পদ্ধতিটি নির্ধারণ করার পর পরিকল্পিত পদ্ধতিটি সম্পর্কে বিশদ বিবরণ।

সেবাদানকারীদের এই তথ্য সহজ ভাষায় ব্যাখ্যা করতে হবে এবং নিশ্চিত করতে হবে যে সেবাগ্রহণকারী এটা বুঝতে পেরেছে। অবহিত সম্মতি প্রক্রিয়ার জন্য গোপনীয়তা ও বিশ্বস্ততা গুরুত্বপূর্ণ। সেবাদানকারীকে মনে রাখতে হবে যে, একজন সেবাগ্রহণকারীকে কোন কোন পরিস্থিতিতে তার স্বেচ্ছা অবহিত সম্মতি দেওয়ার ক্ষমতা সীমিত হতে পারে, যেমন:

- ব্যথা, রক্তক্ষরণ বা অন্যান্য মেডিকেল সমস্যা থাকলে।
- একটি নির্দিষ্ট পদ্ধতি নির্বাচন করার জন্য তার সঙ্গী বা পরিবারের সদস্যদের চাপ থাকলে।
- ভাষাগত সীমাবদ্ধতার কারণে যোগাযোগ করতে অসুবিধা, অথবা বধিরতা বা কানে কম শোনার অসুবিধা থাকলে।
- বুদ্ধিমত্তাগত অক্ষমতা বা মানসিক অসুস্থতা থাকলে।
- মানসিকভাবে অপরিণত হলে।
- একটি আঘাতপূর্ণ ঘটনা (যেমন: সহিংসতা বা অনিরাপদ গর্ভপাত) ঘটে থাকলে।

অধ্যায়: ৫

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য ক্লিনিক্যাল অ্যাসেসমেন্ট

৫.১ ভূমিকা

যেসকল সেবাগ্রহণকারীদের মাসিক বন্ধ আছে অথবা বর্তমানে যোনিপথে রক্তপাত এবং তলপেটে ব্যথা বা পেট মোচড়ানো ব্যথা (খিঁচুনির মতো ব্যথা) নিয়ে এসেছেন, তাদের ঝুঁকিপূর্ণ গর্ভপাত, স্বতঃস্ফূর্ত গর্ভপাত, মিসড বা অসম্পূর্ণ গর্ভপাত হতে পারে; কিংবা নিরাপদ, Self-Induced অথবা অনিরাপদ গর্ভপাতজনিত জটিলতা অথবা গর্ভপাত পরবর্তী সেবার কোনো জটিলতা নিয়ে আসতে পারে। তাদের সেবা দেওয়ার জন্য সেবাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্যগত অবস্থা এবং গর্ভপাত সংক্রান্ত কোনো জটিলতা আছে কি না সেদিকে নজর দিতে হবে। যে সকল সেবাগ্রহণকারী গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য সেবাকেন্দ্রে আসবেন, তারা শকে (Shock) আছেন কি না দেখার জন্য একটি দ্রুত প্রাথমিক মূল্যায়ন করা জরুরি।

সেবাগ্রহণকারী গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পরবর্তী মারাত্মক জটিলতা: যেমন, অতিরিক্ত রক্তপাত বা রক্তক্ষরণ, সংক্রমণ বা সেপসিস কিংবা ইন্ট্রাঅ্যাবডোমিনাল ইনজুরি ইত্যাদি নিয়ে সেবাকেন্দ্রে আসতে পারে, তাই গোপনীয়তা রক্ষা করে দ্রুত মূল্যায়ন সম্পন্ন করতে হবে। সম্পূর্ণ ক্লিনিক্যাল মূল্যায়নের উপাদানগুলো হচ্ছে:

- সেবাগ্রহণকারীর মাসিক/রোগের ইতিহাস নেওয়া।
- শারীরিক পরীক্ষা করা।
- শুধুমাত্র প্রয়োজন হলে, নমুনা সংগ্রহ করে ল্যাবরেটরিতে পরীক্ষা করতে পাঠানো।

৫.২ সেবাগ্রহণকারীর মাসিক/রোগের ইতিহাস

উপযুক্ত পদ্ধতি নির্ধারণের জন্য সেবাগ্রহণকারীর মাসিকের ইতিহাস ও রোগের ইতিহাস জানা গুরুত্বপূর্ণ, এবং সেই সাথে সেবাদানকারীকে সেবাগ্রহণকারীর প্রজনন এবং যৌন স্বাস্থ্যের ব্যাপারে প্রয়োজনীয় তথ্য জানা প্রয়োজন। সেবাগ্রহণকারীকে প্রশ্ন করে সেবাদানকারী তার মেডিকেল ইতিহাস রেকর্ড করবেন :

- শেষ মাসিকের প্রথম দিন (LMP)।
- মাসিক বন্ধ থাকাকালীন সময়ে সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক উপসর্গ ও লক্ষণ।
- প্রেগনেন্সি টেস্ট বা আল্ট্রাসাউন্ড পরীক্ষা করা হয়েছিল কি না এবং তার ফলাফল।
- মাসিক বন্ধ থাকাকালীন সময়ে সেবাগ্রহণকারীর কোনো রক্তপাত বা ফোঁটা ফোঁটা রক্তক্ষরণ হয়েছিল কি না, তার তথ্য।
- তলপেটে ব্যথা বা মোচড়ানোর অনুভূতি হয়েছে কি না। যদি হ্যাঁ হয়, তবে তা কেমন ছিল (যেমন থেমে থেমে সংকোচন কিংবা অবিরাম ছিল কি না), তার তথ্য জানতে হবে।

- কোনো ঔষধে অ্যালার্জি আছে কি না।
- মিসোপ্রোস্টল বা ভেষজ ওষুধসহ অন্যান্য ওষুধ।
- প্রসূতি ও স্ত্রীরোগ সংক্রান্ত ইতিহাস, যেমন পূর্ববর্তী গর্ভধারণের সংখ্যা, জীবিত জন্মের সংখ্যা, মাসিক নিয়মিতকরণ/এমআর, জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ব্যবহারের ইতিহাস, একটোপিক অর্থাৎ জরায়ুর বাইরে গর্ভের ইতিহাস, মাসিকের ইতিহাস, জরায়ুর টিউমার যেমন: ফাইব্রয়েড, সংক্রমণ বা সাম্প্রতিক গর্ভপাতজনিত সেবা।
- যৌন ইতিহাস, যেমন সঙ্গীর সংখ্যা বা সাম্প্রতিক নতুন সঙ্গী।
- এইচআইভি সংক্রমণ এবং যৌনবাহিত সংক্রমণ (এসটিআই) আছে কি না, তার তথ্য।
- অস্ত্রোপচারের ইতিহাস।
- মানসিক অসুস্থতাসহ শারীরিক বা বুদ্ধিবৃত্তিক অক্ষমতার (যদি থাকে) তথ্য।
- বিদ্যমান কোনো স্বাস্থ্যগত সমস্যা (উদাহরণস্বরূপ নিচের সারণি দেখুন)।

পূর্বে বিদ্যমান স্বাস্থ্যগত অবস্থার ইতিহাস এবং মন্তব্য

যদি একজন সেবাগ্রহণকারীর নিম্নোক্ত স্বাস্থ্যগত অবস্থার মধ্যে কোনোটি থাকে, তাহলে জরায়ু নিষ্কাশনের জন্য উচ্চতর পর্যায়ের ক্লিনিক্যাল বিবেচনা, দক্ষতা ও পর্যবেক্ষণ প্রয়োজন হতে পারে। সেবাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্যগত চাহিদা অনুসারে জরায়ু ইভাকুয়েশন পদ্ধতির পরিবর্তন করা প্রয়োজন হতে পারে।

স্বাস্থ্যগত অবস্থা/সমস্যা	মন্তব্য
উচ্চ রক্তচাপ	• উচ্চ রক্তচাপে আক্রান্ত সেবাগ্রহণকারীদের ক্ষেত্রে Methylergometrine ব্যবহার করা উচিত নয়।
খিঁচুনি	• এমআর/প্যাক সেবা গ্রহণের দিন খিঁচুনিবিরোধী ওষুধের স্বাভাবিক ডোজ সেবন করা উচিত। • বেশ কিছু খিঁচুনিবিরোধী ওষুধ যা Combined Oral Pill এর সাথে বিরূপ প্রতিক্রিয়া তৈরি করে থাকে। সেবাদানকারীরা Medical Eligibility Criteria (MEC) Wheel ব্যবহার করে খিঁচুনিবিরোধী ওষুধ যাতে কার্যকরী হয় এমন একটি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি নির্ধারণ করতে পারেন। • এমআর/প্যাক সেবা প্রদানের আগে ডায়াজিপাম জাতীয় ঘুমের ওষুধ দেওয়া যেতে পারে।
রক্ত স্বল্পতা	যদি হেমাটোক্রিট বা হিমোগ্লোবিন কম থাকে (১০ মিলিগ্রাম/ডিএল), তাহলে যথাযথভাবে চিকিৎসা করতে হবে।

স্বাস্থ্যগত অবস্থা/সমস্যা	মন্তব্য
সন্দেহজনক জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ (Ectopic Pregnancy)	• নির্ণয়কৃত বা সন্দেহজনক জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ (Ectopic Pregnancy) হলে এমআর করা যাবে না। • মূল্যায়ন করে দ্রুত চিকিৎসা প্রদান বা চিকিৎসার জন্য দ্রুত রেফার করতে হবে। • জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ হলো একটি জীবন সংশয়ী জরুরি অবস্থা যার দ্রুত চিকিৎসা করা প্রয়োজন।
জরায়ুর গঠনগত সমস্যা (যেমন, বাই-করনুয়েট ইউটেরাস)	শুধুমাত্র একজন অভিজ্ঞ সেবাদানকারীর মাধ্যমে সতর্কতার সাথে জরায়ু ইভাকুয়েশনের মাধ্যমে MR/PAC সেবা প্রদান করা উচিত। এক্ষেত্রে প্রসিডিউর করার সময় আল্ট্রাসাউন্ড পরীক্ষা করার প্রয়োজন হতে পারে।
হাঁপানি	নিয়ন্ত্রিত হাঁপানি আক্রান্ত সেবাগ্রহণকারীদের স্বাভাবিকভাবে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন বা ওষুধের মাধ্যমে ইভাকুয়েশন করা যেতে পারে। • তীব্র হাঁপানির আক্রমণে ভোগা বা দুর্বলভাবে নিয়ন্ত্রিত হাঁপানি আক্রান্ত সেবাগ্রহণকারীদের ক্ষেত্রে জরুরিভাবে হাঁপানি নিয়ন্ত্রণে এনে পর্যাপ্ত সেবাটি প্রদানে অপেক্ষা করা যেতে পারে। • মিসোপ্রোস্টল হাঁপানিতে আক্রান্ত সেবাগ্রহণকারীদের ব্যবহারের জন্য নিরাপদ।
রক্তক্ষরণজনিত ব্যাধি	• যদি সক্রিয় রক্ত জমাট বাঁধার ব্যাধি থাকে, তবে সাবধানতার সাথে চিকিৎসা ব্যবস্থাপনা প্রদান করতে হবে এবং রক্তক্ষরণের চিকিৎসা দিতে সক্ষম এমন একটি কেন্দ্রে সেবাদানের ব্যবস্থা করতে হবে। • সেবাগ্রহণকারীর রক্ত জমাট বাঁধার ব্যাধি পূর্ব থেকে জানা থাকলে, রক্ত সঞ্চালন সুবিধা সম্বলিত একটি কেন্দ্রে (যদি সম্ভব হয়) ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন করা নিরাপদ হবে।
হৃদ্‌রোগ	• হৃদ্‌রোগের লক্ষণযুক্ত বা গুরুতর হৃদ্‌রোগ হলে, একজন বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক এবং অ্যানেস্থেটিস্টের সহায়তায় পর্যবেক্ষণের মাধ্যমে অপারেশন থিয়েটারে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন করা যেতে পারে।
জরায়ুমুখের সংকীর্ণতা (সার্ভিক্যাল স্টেনোসিস)	• প্রক্রিয়া আরম্ভের পূর্বে জরায়ুমুখের প্রস্তুতির জন্য মিসোপ্রোস্টল বা ল্যামিনারিয়া ব্যবহার করে আল্ট্রাসাউন্ড নির্দেশনায় ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন করার কথা বিবেচনা করতে হবে।
মদ্যপান বা ড্রাগে আসক্তি	• ওষুধের প্রতি সহনশীলতার কারণে ব্যথা নিয়ন্ত্রণের জন্য ওষুধের উচ্চ মাত্রা প্রয়োজন হতে পারে।

সেবাগ্রহণকারীর মিসোপ্রোস্টল ট্যাবলেট গ্রহণের ইতিহাস

কিছু কিছু সেবাগ্রহণকারীকে সেবা নিতে আসার আগে মাসিক নিয়মিত করার জন্য নিজে নিজেই মিসোপ্রোস্টল গ্রহণ করে থাকেন। যদি সেবাগ্রহণকারী সুপারিশকৃত (Prescribed) পদ্ধতি ব্যবহার করেও থাকেন, তবুও মিসোপ্রোস্টলের সাফল্যের হার মাত্র ৮৫ শতাংশ। বাকি ১৫ শতাংশ অসফল মাসিক নিয়মিতকরণ নিয়ে স্বাস্থ্য কেন্দ্রে উপস্থিত হতে পারে, তাদের জরায়ু নিষ্কাশনের জন্য ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের প্রয়োজন হতে পারে। এমনকি যদি একজন সেবাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্যকেন্দ্রে উপস্থিত হওয়ার আগে মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করে থাকেন, এবং তিনি যদি মেডিকেল বিবেচনায় উপযুক্ত হন তবে তাকেও জরায়ু ইভাকুয়েশনের জন্য মিসোপ্রোস্টল দেওয়া যেতে পারে।

গর্ভাবস্থায় থাকা সেবাগ্রহণকারী যদি তাদের গর্ভাবস্থা চালিয়ে যেতে চান তবে তাদেরকে (মিসোপ্রোস্টল গ্রহণ করার ফলে) জন্মগত ত্রুটির বিরল ঝুঁকি সম্পর্কে কাউন্সেলিং করে জানিয়ে রাখা উচিত।

যদি ১২ সপ্তাহ বা তার বেশি সময়ের এমআর করার জন্য মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করা হয়, তবে সেবাদানকারীদের সম্ভাব্য অতিরিক্ত রক্তপাত সম্পর্কে সতর্ক থাকতে হবে, যা ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের সাহায্যে বন্ধ করা যেতে পারে। অতিরিক্ত রক্তপাতের জন্য জরুরি চিকিৎসা প্রয়োজন।

আগে থেকে মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করে থাকলে, ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের আগে [মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) শুরু করার জন্য] জরায়ুমুখের প্রসারণের জন্য আর নতুন করে মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করার প্রয়োজন নাও হতে পারে, কেননা মিসোপ্রোস্টল জরায়ুমুখকে নরম করে।

৫.৩ শারীরিক পরীক্ষা

মাসিক নিয়মিতকরণ বা গর্ভপাত পরবর্তী সেবাদানকারীদের পেলভিক পরীক্ষার দক্ষতা থাকতে হবে এবং গর্ভাবস্থার সময়ও জরায়ুর আকৃতি নিরূপণে পারদর্শী হতে হবে। গর্ভাবস্থার সময় নিরূপণের জন্য সাধারণভাবে তিনটি পদ্ধতি প্রচলিত:

- শেষ মাসিকের তারিখ নির্ধারণ করা (LMP)।
- জরায়ুর আকৃতি নির্ণয়ের জন্য পেলভিক পরীক্ষা করা।
- আল্ট্রাসাউন্ড পরীক্ষা করা।

যদিও গর্ভকালীন সময় বোঝা গুরুত্বপূর্ণ, তবে গর্ভপাত পরবর্তী সেবার ক্ষেত্রে জরায়ুর আকৃতি বোঝা গুরুত্বপূর্ণ, কেননা এটি সেবাগ্রহণকারীকে সেবা দানের উপযুক্ততা এবং চিকিৎসার পদ্ধতি নির্ধারণ করতে সাহায্য করে।

শেষ মাসিকের তারিখ/Last Menstrual Period (LMP) : LMP বলতে সেবাগ্রহণকারীর সর্বশেষ মাসিকের প্রথম দিনকে বোঝায়। এই তারিখটি মনে করার জন্য একজন সেবাগ্রহণকারীর সাহায্যের প্রয়োজন হতে পারে। তিনি কোথায় ছিলেন, কী করছেন এবং সেসময়ে বিশেষ কিছু ঘটেছিল কি না সে সম্পর্কে প্রশ্ন করা হলে তার শেষ মাসিক শুরু হবার দিনটি স্মরণ করতে সাহায্য করতে পারে। যেসব কারণে LMP নিরূপণ করা কঠিন হতে পারে :

- গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য আসা কিছু সেবাগ্রহণকারীর গর্ভাবস্থার প্রথম দিকে রক্তপাত হতে পারে, যাকে তারা মাসিকের রক্তক্ষরণ বলে ভুল করতে পারেন।
- একজন অল্প বয়সী সেবাগ্রহণকারীর অনিয়মিত মাসিক চক্র হতে পারে, অথবা গর্ভবতী হওয়ার আগে কখনো মাসিকের অভিজ্ঞতা হয়নি এমনও হতে পারে।
- বুকের দুধ খাওয়ানো সেবাগ্রহণকারীরা আবার নিয়মিত মাসিক শুরু না হতেই গর্ভবতী হতে পারেন।
- কিছু কিছু জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি গ্রহণের কারণে মাসিক চক্র অনিয়মিত বা বন্ধ হতে পারে।

যারা নিরাপদকাল নির্ভর পদ্ধতির (Safe Period) ওপর খুব বেশি নির্ভর করে থাকেন, সেসকল সেবাগ্রহণকারীদের ক্ষেত্রে গর্ভকালীন সময় নিরূপণের জন্য এলএমপি ব্যবহার করা আরও সঠিক হতে পারে। যাই হোক, একজন সেবাগ্রহণকারীর এলএমপি গর্ভকালীন সময় নির্ধারণের একমাত্র উপায় হওয়া উচিত নয়। যেহেতু গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য আগত সেবাগ্রহণকারীদের আংশিকভাবে গর্ভ নষ্ট হয়ে যাবার জন্য চিকিৎসার প্রয়োজন হতে পারে, কিংবা গর্ভের বিকাশ বন্ধ হয়ে গেছে এমন একটি গর্ভাবস্থার যথাযথ সেবা নির্ধারণ করা প্রয়োজন, সে কারণে ক্লিনিক্যাল পরীক্ষার মাধ্যমে জরায়ুর আকার নিরূপণ আরও বেশি গুরুত্বপূর্ণ।

সাধারণ স্বাস্থ্য

শারীরিক পরীক্ষা: সাধারণ স্বাস্থ্যগত মূল্যায়ন দিয়ে শুরু করা উচিত, যার মধ্যে রয়েছে–

- সেবাগ্রহণকারীর ভাইটাল সাইন অর্থাৎ গুরুত্বপূর্ণ শারীরিক লক্ষণগুলি পরীক্ষা করা এবং রেকর্ড করা, যেমন তাপমাত্রা, নাড়ির গতি এবং রক্তচাপ ইত্যাদি।
- দুর্বলতা, শারীরিক অলসতা, রক্তস্বল্পতা বা অপুষ্টিসহ সাধারণ স্বাস্থ্যের লক্ষণগুলির দিকে দৃষ্টি দেওয়া।
- সেবাগ্রহণকারীর পেটে কোনো চাকা অনুভূত হয় কি না এবং ব্যথা আছে কি না তা পরীক্ষা করা।

যে সেবাগ্রহণকারীরা অনিরাপদ এমআর জটিলতায় ভুগছেন তাদের জরুরি সেবার প্রয়োজন হতে পারে। পেলভিক পরীক্ষা (এমআর-পূর্ব মূল্যায়নের সময় বা এমআরের সময় করা যেতে পারে) শুরু করার আগে, সেবাগ্রহণকারীকে অবহিত করতে হবে এবং তার মৌখিক সম্মতি নিতে হবে। জরায়ু ইভাকুয়েশন পদ্ধতির আগে, যথাসম্ভব ঠিকভাবে জরায়ুর আকার নিরূপণ করা গুরুত্বপূর্ণ।

৫.৪ পেলভিক ও যোনিপথের (ভ্যাজাইনাল) পরীক্ষা

স্পেকুলামের সাহায্যে এবং বাইম্যানুয়াল পরীক্ষার মাধ্যমে পেলভিক পরীক্ষা করা হয়ে থাকে, যা একই সাথে একটির পর অন্যটি করা হয়। পেলভিক পরীক্ষার আগে তার মূত্রাশয় খালি করা উচিত, কারণ মূত্রাশয় পূর্ণ থাকলে জরায়ুর আকৃতি নির্ণয় করা কঠিন হতে পারে। সেবাগ্রহণকারীর গোপনীয়তা নিশ্চিত করতে হবে। যদি পেলভিক ও যোনিপথের (ভ্যাজাইনাল) পরীক্ষা কোনো সেবাগ্রহণকারীর প্রথম পেলভিক পরীক্ষা হয়ে থাকে, তাহলে এটি বিশেষভাবে গুরুত্বপূর্ণ।

মৌখিকভাবে আশ্বাস দেওয়া

পেলভিক পরীক্ষা শুরু করার আগে কী করা হবে, কেন করা হবে তা সেবাগ্রহণকারীকে ব্যাখ্যা করতে হবে এবং প্রয়োজনীয় সম্মতি নিতে হবে। যদি এটি তার প্রথম পেলভিক পরীক্ষা হয়, সে উদ্বিগ্ন হতে পারে, তাই কী করা ও কেন করা হবে তা তাকে জানানো এবং আশ্বস্ত করা বিশেষভাবে গুরুত্বপূর্ণ। সেবাগ্রহণকারী কী অনুভব করতে পারে তা বলে রাখা সব ক্ষেত্রেই গুরুত্বপূর্ণ।

পরীক্ষাকালীন সময়ে সেবাগ্রহণকারীর অবস্থান

- সেবাগ্রহণকারীকে লিথোটমি পজিশনে থাকতে সাহায্য করতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীর সুরক্ষা নিশ্চিত করতে হবে।
- তার গোপনীয়তা নিশ্চিত করতে ড্রেপিং বা লিনেনের আচ্ছাদন ব্যবহার করতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীর কোনো শারীরিক অক্ষমতা, বাত, বা আঘাত থাকলে তাকে পজিশনে থাকতে সহায়তা করতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীর কোনো আইভি লাইন বা অন্য কোনো গুরুত্বপূর্ণ সরঞ্জাম থাকলে সেসবের দিকেও দৃষ্টি দিতে হবে।

বাইম্যানুয়াল পরীক্ষা

জরায়ুর ভিতরে কোনো যন্ত্র (যেমন, ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন অথবা আইইউডি) স্থাপন করে কোনো প্রক্রিয়া শুরুর আগে অবশ্যই বাইম্যানুয়াল পরীক্ষা করা উচিত। যে সেবাদানকারী পদ্ধতিটি সম্পাদন করবেন, বাইম্যানুয়াল পরীক্ষাটি অবশ্যই তার নিজের হাতেই সম্পন্ন করা উচিত।

জরায়ু এবং জরায়ু সন্নিহিত স্থানের (অ্যাডনেক্সা) আকার, কনসিস্টেন্সি ও ব্যথার প্রবণতা এবং অবস্থান মূল্যায়ন করার জন্য সেবাদানকারীর একটি বাইম্যানুয়াল পরীক্ষা করা উচিত।

বাইম্যানুয়াল পরীক্ষায় জরায়ুর আকৃতি শনাক্ত করা যায় এবং সেই আকৃতি হবে শেষ মাসিকের তারিখের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ।

এছাড়াও জরায়ুমুখ, জরায়ু, এবং অ্যাডনেক্সায় কোনো ব্যথা এবং পেলভিসে কোনো চাকা থাকলেও তা শনাক্ত করা যেতে পারে।

জরায়ু ও অ্যাডনেক্সার অবস্থা নিরূপণের জন্য, সেবাদানকারী এক হাতের দুটি আঙুল যোনিপথে ঢুকিয়ে জরায়ুর মুখ স্পর্শ করবেন এবং তারপর পেটের ওপর অন্য হাত দিয়ে স্পর্শ করে পরীক্ষা (palpate) করেন। তারপর জরায়ুর আকার ও মাসিক বন্ধ হবার ইতিহাসের মধ্যে তুলনা করা হয়।

জরায়ু প্রত্যাশিত আকৃতির চেয়ে ছোট হলে নিম্নের অবস্থাগুলোর মধ্যে একটি বিবেচনা করতে হবে:

- সেবাগ্রহণকারী গর্ভবতী নয়।
- শেষ মাসিকের তারিখ ভুল করা হয়েছে।
- জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ।
- মিসড গর্ভপাত।
- মাসিক বন্ধ হবার সময়ের সাথে জরায়ুর আকৃতির অগ্রগতিতে ক্ষেত্রবিশেষে স্বাভাবিক পার্থক্য থাকতে পারে।

জরায়ু প্রত্যাশিত আকৃতির চেয়ে বড় হলে নিম্নের অবস্থাগুলোর মধ্যে একটি বিবেচনা করতে হবে:

- শেষ মাসিকের তারিখ ভুল করা হয়েছে।
- একসাথে একাধিক গর্ভধারণ (২ বা ততোধিক ভ্রূণ)।
- জরায়ুর গঠনগত অসঙ্গতি, যেমন: বাইকর্নুয়েট জরায়ু বা জরায়ুর টিউমার ফাইব্রয়েড।
- গর্ভকালীন Trophoblastic Disease অথবা Molar Pregnancy (জরায়ুতে ভ্রূণে আঙুরের থোকার মতো পরিবর্তন হয়)।
- মাসিক বন্ধ হবার সময়ের সাথে জরায়ুর আকৃতির অগ্রগতিতে ক্ষেত্রবিশেষে স্বাভাবিক পার্থক্য হয়।

স্পেকুলাম দ্বারা পরীক্ষা

- স্পেকুলাম পরীক্ষা ক্লিনিক্যাল মূল্যায়নের সময় বা জরায়ু নিষ্কাশন পদ্ধতির জন্য প্রস্তুতির সময় করা হয়। স্পেকুলাম প্রবেশের আগে, যৌনাঙ্গের বাহ্যিক অবস্থা ও পেরিনিয়াম দেখতে হবে এবং এসটিআই (যৌনবাহিত সংক্রমণ) বা কোনো ক্ষতের চিহ্ন আছে কি না পরীক্ষা করে নিতে হবে।
- যত্নসহকারে যথাযথ আকারের একটি স্পেকুলাম প্রবেশ করাতে হবে এবং সাবধানতার সাথে জরায়ুমুখ এবং জরায়ুর অবস্থা পর্যবেক্ষণ করতে হবে। কোনো রক্তপাত, স্রাব, গন্ধ, সংক্রমণ এবং জরায়ুমুখের কোনো অস্বাভাবিকতা আছে কি না লক্ষ করতে হবে।
- যদি রক্তপাত হয় তবে রক্তপাতের পরিমাণ এবং উৎস পরীক্ষা করতে হবে।
- রক্ত বা স্রাবে কোনো গন্ধ আছে কি না দেখতে হবে– কেননা কখনো কখনো দুর্গন্ধ সংক্রমণের লক্ষণ।
- গর্ভধারণের দৃশ্যমান উপাদানগুলো Product of Conception (POC) যত্নসহকারে সরিয়ে ফেলতে হবে, পরবর্তী সময়ে পরীক্ষার জন্য টিস্যুগুলো তুলে রাখতে হবে।
- যোনি বা জরায়ুমুখে দৃশ্যমান কোনো ছিঁড়ে যাবার চিহ্ন, পোড়া, ক্ষত বা ছিদ্র আছে কি না তা পরীক্ষা করতে হবে। কোনো চর্বি, অন্ত্র বা ওমেন্টামের অংশ দেখা গেলে তা জরায়ুতে ছিদ্র হয়েছে বলে নির্দেশ করে। এটি একটি জরুরি অবস্থা এবং দ্রুত রেফার করতে হবে। এক্ষেত্রে অবিলম্বে ছিদ্রটি মেরামত করার জন্য অস্ত্রোপচার– ল্যাপারোস্কোপি বা ল্যাপারোটমির প্রয়োজন হতে পারে।

জরায়ুমুখে কোনো পুঁজ বা স্রাব আছে কি না লক্ষ করতে হবে— জরায়ু মুখের সংক্রমণ থাকলে তা অপারেশনের পরে জরায়ু সংক্রমণের সম্ভাবনা বৃদ্ধি করে।

- যদি সংক্রমণ থাকে বা সন্দেহ হয়, সম্ভব হলে ব্যাকটেরিয়া কালচারের জন্য নমুনা সংগ্রহ করতে হবে।
- ল্যাবরেটরি পরীক্ষায় সংক্রমণের ধরন নিশ্চিত করা সম্ভব না হলেও, জাতীয় যৌনবাহিত সংক্রমণ ব্যবস্থাপনা নির্দেশিকা, (সূত্র: NASP, DGHS, MoH&FW, GOB of Bangladesh, 2020) অনুযায়ী জরায়ু নিষ্কাশনের আগে অ্যান্টিবায়োটিক দিতে হবে।
- এইচআইভি আক্রান্ত সেবাগ্রহণকারীসহ যেসকল সেবাগ্রহণকারীর রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা কম, তাদেরকে সম্ভাব্য সংক্রমণ থেকে রক্ষার জন্য আরও আধুনিক চিকিৎসার প্রয়োজন হতে পারে এবং সম্ভাব্য ক্ষেত্রে Tertiary Level-এ রেফার করতে হবে।
- আগে থেকেই নিজে নিজে মিসোপ্রোস্টল গ্রহণ বা অনিরাপদভাবে ইনডিউসড গর্ভপাত এর লক্ষণ আছে কিনা পরীক্ষা করতে হবে।

৫.৫ ল্যাবরেটরি ও অনান্য পরীক্ষা-নিরীক্ষা

৫.৫.১ আল্ট্রাসাউন্ড পরীক্ষা এবং জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ

এমআর বা মাসিক নিয়মিতকরণ পরবর্তী সেবার জন্য আল্ট্রাসাউন্ডের প্রয়োজন নেই। যখন সেবাগ্রহণকারীর দেওয়া ইতিহাস এবং পরীক্ষার ওপর ভিত্তি করে গর্ভের সময় বা জরায়ুর আকার নিরূপণ করতে অসুবিধা হয়, মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সম্পন্ন হয়েছে কি না দেখা প্রয়োজন হয় এবং চিকিৎসার প্রয়োজন আছে এমন অবস্থা নির্ণয় করার জন্য (যেমন, জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ) আল্ট্রাসাউন্ড ব্যবহার করা যেতে পারে।

পেলভিক আল্ট্রাসাউন্ডের মাধ্যমে সেবাগ্রহণকারীর জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ আছে কি না সে বিষয়ে নিশ্চিত মতামতের জন্য একজন দক্ষ সনোলজিস্টের কাছে রেফার করতে হবে।

একজন সেবাগ্রহণকারীর প্রারম্ভিক একটোপিক প্রেগন্যান্সি উপসর্গবিহীন হতে পারে। তবে যদি তার উপসর্গ থাকে, তবে এসকল উপসর্গ থাকতে পারে:

- জরায়ুর আকার প্রত্যাশিত আকৃতির চেয়ে ছোট।
- হঠাৎ করে, তীব্র এবং অবিরাম তলপেটের একপাশে (সাধারণত) ব্যথা বা মোচড়ানো, সেই সাথে যোনিপথে অনিয়মিত রক্তপাত বা ফোঁটা ফোঁটা রক্তক্ষরণ, অথবা অ্যাডনেক্সাতে স্পর্শ করে অনুভবযোগ্য একটি চাকা পাওয়া যেতে পারে।
- মূর্ছা যাওয়া বা মাথা ঘোরা যা কয়েক মিনিটেরও বেশি সময় ধরে থাকে, যা সম্ভবত অভ্যন্তরীণ রক্তক্ষরণের ইঙ্গিত দেয় কিন্তু তখন একই সাথে যোনিপথে রক্তপাত হয় না।
- ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন করে জরায়ুর ভিতরের কোনো উপাদান পাওয়া যায় না।

যখন জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ সন্দেহ বা নির্ণয় করা হয়, তখন তা অবশ্যই জরুরিভাবে ফলোআপ করা উচিত কারন জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ জীবন-হুমকির কারণ হতে পারে। তাই, যত তাড়াতাড়ি সেবাগ্রহণকারীর চিকিৎসা শুরু করা বা দ্রুত রেফার করা যায় তত দ্রুত রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসা শুরু করা সম্ভব। জরায়ুর বাইরে গর্ভধারল হলে তার প্রাথমিক রোগ নির্ণয় এবং চিকিৎসা সেবাগ্রহণকারীদের জীবন বাঁচায় এবং তাদের ভবিষ্যৎ ফার্টিলিটি (গর্ভধারণ ক্ষমতা) সংরক্ষণে সহায়তা করে।

জরায়ুর বাইরে গর্ভধারনের (Ectopic Pregnency) জন্য ঝুঁকির কারণসমূহ	
জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণের জন্য ঝুঁকির কারণ	**বর্তমান গর্ভাবস্থায় জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণের ঝুঁকি**
পূর্ববর্তী জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ	১০- ১৫%
টিউবাল সার্জারির (লাইগেশনসহ) ইতিহাস	২৫- ৫০%
জরায়ুতে আইইউডির উপস্থিতি	২৫- ৫০%

৫.৫.২ ল্যাবরেটরি পরীক্ষা: শুধুমাত্র যদি প্রয়োজন হয়

বেশিরভাগ ক্ষেত্রে, সেবাদানকারীদের জন্য একজন সেবাগ্রহণকারীর ইতিহাস এবং শারীরিক পরীক্ষা যথেষ্ট, ল্যাবরেটরি পরীক্ষা বা আল্ট্রাসাউন্ডের প্রয়োজন হয় না। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (ডব্লিউএইচও) মতে, 'এই ধরনের পরীক্ষাগুলি যেন জরায়ু নিষ্কাশনে বাধা বা বিলম্বের কারণ না হয়ে দাঁড়ায়।'

যেসব এলাকায় রক্তস্বল্পতার প্রকোপ আছে, সেখানে সেবাগ্রহণকারীদের চিকিৎসা ও জরায়ু নিষ্কাশনের সময় রক্তপাত হলে তা ব্যবস্থাপনায় সেবাদানকারীদের দ্রুত রক্তস্বল্পতা শনাক্ত করার জন্য হিমোগ্লোবিন বা হেমাটোক্রিট পরীক্ষা সহায়ক হতে পারে।

প্রারম্ভিক গর্ভাবস্থায় (<১০ সপ্তাহ) গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য আরএইচ-নেগেটিভ সেবাগ্রহণকারীদের জন্য রুটিন রেসাস (Rh) টিকা নেওয়ার প্রয়োজনীয়তা কোনো ক্লিনিক্যাল গবেষণা দ্বারা প্রমাণিত হয়নি; এমআর সেবা প্রদানের জন্য আরএইচ পরীক্ষার প্রয়োজন নেই। যেখানে আরএইচ ইমিউনোগ্লোবিন পাওয়া যায় এবং নিয়মিতভাবে আরএইচ-নেগেটিভ গ্রহণকারীকে তা দেওয়া হয়, এই প্রোটোকল সেই সেবাগ্রহণকারীদের গর্ভপাত পরবর্তী সেবার ক্ষেত্রেও প্রযোজ্য। ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন বা মিসোপ্রোস্টল দ্বারা প্রক্রিয়া সম্পাদন করার সময় এটি বিবেচ্য।

অধ্যায়ঃ ৬

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে ইভাকুয়েশন কৌশল

৬.১ ভূমিকা

ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন পদ্ধতির মাধ্যমে শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে মাসিক বন্ধ হওয়ার পূর্ণ বারো (১২) সপ্তাহ সময় পর্যন্ত মাসিক নিয়মিতকরণ করা হয়। MVA-তে একটি হাতে ধরা সিরিঞ্জ ব্যবহার করা হয়; এর ভিতরে বায়ুশূন্যতা তৈরি করা হয়। সিরিঞ্জটিতে ৪ থেকে ১২ মিলিমিটার আকারের (কত সপ্তাহ মাসিক বন্ধ হয়েছে বা জরায়ুর আকৃতির ওপর ভিত্তি করে) একটি ক্যানুলা সংযুক্ত করা হয়, যা দিয়ে জরায়ু- গহ্বরের ভিতরের উপাদান বের করা হয়।

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (WHO) মতে, ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন জরায়ু ইভাকুয়েশনের জন্য একটি অন্যতম পদ্ধতি। সরকারি ও বেসরকারি খাতের স্বাস্থ্যকেন্দ্রে এমআর সেবা প্রদানের জন্য বাংলাদেশ সরকার ক্রমবর্ধমানভাবে এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর সরবরাহ করছে, যা জাতীয় নীতি অনুযায়ী শেষ মাসিকের সময় হতে ১২ সপ্তাহ পর্যন্ত জরায়ু ইভাকুয়েশনের জন্য ব্যবহার করা যেতে পারে। সেইসাথে গর্ভপাত পরবর্তী সেবাব্যবস্থাপনার জন্যেও এমভিএ প্লাস ব্যবহার করা যাবে। সেবাগ্রহণকারীদের এমআর এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার চাহিদা মেটাতে সেবাদানকারীদেরকে ডিজাইন করা নিরাপদ এবং কার্যকর ডিভাইস (এমভিএ প্লাস এসপিরেটর এবং ইজিগ্রিপ ক্যানুলা) ব্যবহারের ওপর প্রশিক্ষণ দেওয়া হবে।

৬.২ এমভিএ যন্ত্রটির বৈশিষ্ট্য, যত্ন, ব্যবহারবিধি এবং প্রক্রিয়াজাতকরণ

এমভিএ প্লাস অ্যাস্পিরেটর এবং ইজিগ্রিপ ক্যানুলা একটি নিরাপদ যন্ত্র যা এমআর এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য অত্যন্ত কার্যকারী।

৬.৩ এমভিএ যন্ত্রের বর্ণনা

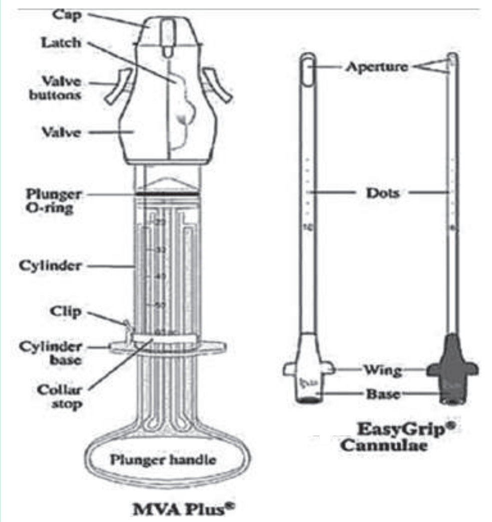
এমভিএ যন্ত্র এমন একটি ডিভাইস যার মাধ্যমে বায়ুশূন্যতা সৃষ্টি করে জরায়ু ইভাকুয়েশনের মাধ্যমে জরায়ুর ভিতরের উপাদান (রক্ত ও টিস্যু) বের করা হয়। এমভিএ যন্ত্রের দুইটি অংশ অ্যাসপিরেটর ও ক্যানুলা। অ্যাসপিরেটরের সাথে ক্যানুলা সংযুক্ত করে জরায়ুর ভিতর থেকে উপাদান ইভাকুয়েশনের মাধ্যমে বের করা হয়।

অ্যাসপিরেটরের বিবরণঃ

এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর ২৪ থেকে ২৬ ইঞ্চি বা ৬০৯.৬ থেকে ৬৬০.৪ মিমি মার্কারি বায়ুশূন্যতার চাপ (ভ্যাকুয়াম) তৈরি করতে পারে।

একটি অ্যাসপিরেটর নিচের যন্ত্রাংশগুলো নিয়ে গঠিত:

- এটি একটি কব্জাযুক্ত ভালভ ও ক্যাপ।
- একটি অপসারণযোগ্য লাইনার।
- বায়ুশূন্যতা নিয়ন্ত্রক একজোড়া বোতাম।
- একটি প্লাঞ্জারযুক্ত হ্যান্ডেল।
- একটি কলার স্টপ।
- একটি 'ও' রিং।
- একটি ৬০ সিসি সিলিন্ডার (যা জরায়ু ইভাকুয়েশনের উপাদান ধারণ করে)।



যন্ত্রপাতি আলাদা করে দেখানো হয়েছে

প্যাকেটজাত এমভিএ অ্যাসপিরেটরগুলো জীবাণুমুক্ত অবস্থায় সরবরাহ করা হয়ে থাকে, তবে সেগুলিকে প্রথমবার ব্যবহারের আগে এবং প্রতিটি পদ্ধতির পরে অবশ্যই উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণ বা নির্বীজন করে নিতে হবে। এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর অটোক্লেভ করার ক্ষেত্রে বিভিন্ন যন্ত্রাংশগুলোকে খুলে আলাদা করে নিতে হবে। এমভিএ অ্যাসপিরেটর একাধিকবার ব্যবহারের জন্য ডিজাইন করা হয়েছে (সর্বাধিক ২৫ বার ব্যবহার করা যাবে)।

ক্যানুলার বিবরণঃ

ইজিগ্রিপ ক্যানুলা এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটরের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ। ক্যানুলায় ছিদ্র বা রন্ধ্র (অ্যাপারচার) থাকে যা ক্যানুলার মাথায় অবস্থিত। আকারের ওপর নির্ভর করে ইজিগ্রিপ ক্যানুলা এক ছিদ্রযুক্ত (৯, ১০ এবং ১২ মিমি সাইজ) এবং দুই ছিদ্রযুক্ত (৪, ৫, ৬, ৭ এবং ৮ মিমি সাইজ) হতে পারে।

ক্যানুলার গোড়ার ডানাযুক্ত আকৃতির কারণে অ্যাসপিরেটরে ক্যানুলা সংযুক্ত করতে এবং দ্রুত এটিকে খুলে ফেলতে সহজ হয়। ইজিগ্রিপ ক্যানুলার সাথে আলাদা কোনো অ্যাডাপ্টারের প্রয়োজন নেই। প্রতিটি ক্যানুলায় ছয়টি বিন্দু রয়েছে, প্রথমটি প্রান্ত থেকে ৬ সেমি দূরে অবস্থিত এবং অন্যান্য বিন্দুগুলো ১ সেমি ব্যবধানে অবস্থিত। বিন্দুগুলি প্রধান অ্যাপারচারের অবস্থান নির্দেশ করে।

ইজিগ্রিপ ক্যানুলাকে 'সেমি-রিজিড' ক্যানুলা হিসেবে বিবেচনা করা হয়। এর অর্থ হলো এই ক্যানুলাটি নমনীয় কারমেন ক্যানুলার চেয়ে কম বাঁকানো যায়। সেবাদানকারীদের তথ্য মতে, সবচেয়ে ছোট ইজিগ্রিপ ক্যানুলাটিকে নমনীয় কারমেন ক্যানুলার (Harvey Karmen নামানুসারে কারমেন ক্যানুলার নামকরণ করা হয় যা তুলনামূলকভাবে নমনীয়, এটি শুধুমাত্র একবার ব্যবহারযোগ্য এবং সার্জিক্যাল এমআর এন্ডোমিট্রিয়াল বায়োপসি সংগ্রহে ব্যবহৃত হয়) চাইতে কিছুটা দৃঢ় যা সহজে জরায়ুমুখে প্রবেশ করানো সম্ভব হয়। এই ক্যানুলাগুলো নির্বীজন বা উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণের মাধ্যমে পুনরায় ব্যবহারযোগ্য।

প্রতিটি ক্যানুলা প্যাকেজিংয়ের পরে ইথিলিন অক্সাইড দিয়ে জীবাণুমুক্ত করা হয়। প্যাকেজ করা ক্যানুলার শেলফ লাইফ তিন বছর। পুনরায় ব্যবহার করার সময় ক্যানুলা অবশ্যই নির্বীজন বা উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্ত (High Level Disinfection) হতে হবে।

MVA যন্ত্রগুলো প্রক্রিয়াজাতকরণ এবং বাতিল করে ফেলে দেওয়ার সময় অবশ্যই সংক্রামক বর্জ্য অপসারণের যথাযথ প্রোটোকল অনুসরণ করতে হবে।

৬.৪ বিভিন্ন ধরনের MVA যন্ত্র এবং ক্যানুলার তুলনা:

৬.৪.১ নিম্নের ছকে MVA প্লাস অ্যাসপিরেটর এবং একক-ভালভযুক্ত MVA-এর তুলনা প্রদান করা হলো:

বৈশিষ্ট্য	এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর	একক-ভালভযুক্ত অ্যাসপিরেটর
ধারণ ক্ষমতা	৬০ সিসি।	৬০ সিসি।
সাকশন ক্ষমতা	২৪-২৬ ইঞ্চি বা ৬০৯.৬-৬৬০.৪ মিমি মার্কারি।	২৪-২৬ ইঞ্চি বা ৬০৯.৬-৬৬০.৪ মিমি মার্কারি।
ক্যানুলার সাথে সামঞ্জস্য	সকল সাইজের ইজিগ্রিপ ক্যানুলার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ, কোনো এডাপ্টার প্রয়োজন নাই।	ইজিগ্রিপ ক্যানুলার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ নয়।
	সকল সাইজের নমনীয় কারমেন ক্যানুলার সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ; ১২ মি. মি.-এর জন্যও পৃথক অ্যাডাপ্টার প্রয়োজন নাই।	নমনীয় কারমেন ক্যানুলার শুধুমাত্র ৪, ৫ ও ৬ সাইজের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ; কোনো পৃথক অ্যাডাপ্টার প্রয়োজন নাই।
সাধারণ প্রক্রিয়াজাতকরণ পদ্ধতিসমূহ	• যথাযথভাবে নির্বীজনের মাধ্যমে পুনঃব্যবহারযোগ্য সর্বোচ্চ ২৫ বার • বাষ্প অটোক্লেভ দ্বারা জীবাণুমুক্তকরণ ৩০ মিনিট যাবৎ ১২১ ডিগ্রি সে. (২৫০ ডিগ্রি ফা.) তাপমাত্রায় ১০৬ কেপিএ (১৫ পাউন্ড/ইঞ্চি স্কয়ার) চাপে। তাপমাত্রা ১২৬ ডিগ্রি সেলসিয়াস (২৫৮ ডিগ্রি ফারেনহাইট) অতিক্রম করা যাবে না। • গ্লুটারালডিহাইড দ্বারা জীবাণুমুক্তকরণ ২০ মিনিট যাবৎ গ্লুটারালডিহাইড দ্বারা উচ্চমাত্রায় জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়। • ইথিলিন অক্সাইড দ্বারা জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়।	• প্রতিবার ব্যবহারের আগে অবশ্যই উচ্চ-মাত্রার জীবাণুমুক্তকরণ বা নির্বীজন করতে হবে • বাষ্পীয় অটোক্লেভ করা যাবে না। • ফুটিয়ে উচ্চমাত্রায় জীবানুমুক্তকরণ করা যাবে না। • গ্লুটারালডিহাইড দিয়ে উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণ/জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়। • ক্লোরিন দিয়ে উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়।

বৈশিষ্ট্য	এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর	একক-ভালভযুক্ত অ্যাসপিরেটর
	• ২০ মিনিট ফুটিয়ে উচ্চমাত্রায় জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়। • ২০ মিনিট যাবৎ ক্লোরিন দ্রবণ দিয়ে উচ্চ মাত্রায় জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়।	
ভালভের নকশা	• কব্জাযুক্ত ভালভ খুলে ভালভ লাইনারটি অপসারণ করা যায়। • ২টি ভালভের বোতাম আছে। • ভালভে কোনো 'ও' রিং নাই।	• ভালভ লাইনারটি অপসারণযোগ্য। • ১টি ভালভের বোতাম আছে। • ভালভে কোনো 'ও' রিং নাই।
সিলিন্ডার ডিজাইন (কলার স্টপ)	প্রক্রিয়াজাতকরণের আগে কলার স্টপ স্থানচ্যুত বা খুলে ফেলা যেতে পারে।	প্রক্রিয়াজাতকরণের আগে কলার স্টপ অবশ্যই খুলে ফেলতে হবে।
প্লাঞ্জার ডিজাইন	• প্রক্রিয়াজাতকরণের আগে প্লাঞ্জার 'ও' রিং স্থানচ্যুত বা খুলে ফেলা যেতে পারে। • আরগোনমিক হাতল।	• প্রক্রিয়াজাতকরণের আগে প্লাঞ্জার 'ও' রিং স্থানচ্যুত বা খুলে ফেলা যেতে পারে।

৬.৪.২ নিম্নের ছকে ইজিগ্রিপ ক্যানুলা ও কারমেন ক্যানুলা তুলনা দেওয়া হলঃ

বৈশিষ্ট্য	ইজিগ্রিপ ক্যানুলা	কারমেন ক্যানুলা
নমনীয়তা	আধা নমনীয় (সেমি রিজিড)	নমনীয় (ফ্লেক্সিবল)
অ্যাসপিরেটরের সাথে সামঞ্জস্য	• এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটরের সাথে ক্যানুলা (সকল সাইজ) যুক্ত করা সহজ।	• এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর (সকল সাইজের) যুক্ত করা সম্ভব। • একক ভালভযুক্ত অ্যাসপিরেটর (শুধু ৪-৬ মিমি সাইজের) যুক্ত করা সম্ভব।
আলাদা অ্যাডাপ্টার প্রয়োজন	আলাদা অ্যাডাপ্টার প্রয়োজন নাই।	আলাদা অ্যাডাপ্টার প্রয়োজন আছে (১২ মিমি বাদে)।
সাধারণ প্রক্রিয়াজাতকরণ পদ্ধতি	• যথাযথভাবে জীবাণুমুক্তকরণের মাধ্যমে পুনঃব্যবহারযোগ্য সর্বোচ্চ ২৫ বার।	শুধুমাত্র একবার ব্যবহারযোগ্য তাই প্রক্রিয়াজাতকরণের প্রয়োজন নাই।

বৈশিষ্ট্য	ইজিগ্রিপ ক্যানুলা	কারমেন ক্যানুলা
	• বাষ্প অটোক্লেভ দ্বারা জীবাণুমুক্তকরণ ৩০ মিনিট যাবৎ ১২১ ডিগ্রি সে. (২৫০ ডিগ্রি ফা.) তাপমাত্রায় ১০৬ কেপিএ (১৫ পাউন্ড/ইঞ্চি স্কয়ার) চাপে। তাপমাত্রা ১২৬ ডিগ্রি সেলসিয়াস (২৫৮ ডিগ্রি ফারেনহাইট) অতিক্রম করা যাবে না। • গ্লুটারালডিহাইড দ্বারা জীবাণুমুক্তকরণ ২০ মিনিট যাবৎ গ্লুটারালডিহাইড দ্বারা উচ্চমাত্রায় জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়। • ইথিলিন অক্সাইড দ্বারা জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়। • ২০ মিনিট ফুটিয়ে উচ্চমাত্রায় জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়। • ২০ মিনিট যাবৎ ক্লোরিন দ্রবণ দিয়ে উচ্চমাত্রায় জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়।	
অ্যাডাপ্টারের ডিজাইন	• স্থায়ীভাবে সন্নিবেশিত ডানাযুক্ত গোড়া। • সাইজগুলো রং দ্বারা চিহ্নিত করা।	• ৪-১০ মিমি– বিচ্ছিন্নযোগ্য অ্যাডাপ্টার। • ১২ মিমি– কোনো অ্যাডাপ্টার লাগে না। • সাইজগুলো রং দ্বারা চিহ্নিত করা।
অ্যাপারচার বা ছিদ্র	• মুখোমুখি ২টি ছিদ্রযুক্ত (৪-৮ মিমি)। • এক ছিদ্রযুক্ত যা চামচের মতো (৯, ১০ ও ১২ মিমি)।	• মুখোমুখি ২টি ছিদ্রযুক্ত (৪-৮ মিমি)। • এক ছিদ্রযুক্ত যা চামচের মতো (৯, ১০ ও ১২ মিমি)।
বিন্দুগুলোর অবস্থান	শেষ প্রান্ত থেকে ৬ মিমি দূরে প্রথম বিন্দু, অন্যগুলো ১ সেমি বিরতিতে; প্রতিটি ক্যানুলায় ৬টি করে বিন্দু আছে।	শেষ প্রান্ত থেকে ৬ মিমি দূরে প্রথম বিন্দু, অন্যগুলো ১ সেমি বিরতিতে; ক্যানুলার সাইজ অনুযায়ী বিন্দুর সংখ্যা হয়ে থাকে।
সহজলভ্য ক্যানুলার সাইজ/মাপ	৪, ৫, ৬, ৭, ৮, ৯, ১০ ও ১২ মিমি (১১ নং ক্যানুলা নাই)।	৪, ৫, ৬ ও ৭ মিমি (বাংলাদেশে সহজলভ্য)।

MVA প্লাস অ্যাসপিরেটর এবং ইজিগ্রিপ ক্যানুলার ব্যবহার

সকল অ্যাসপিরেটর এবং ১২ মিমি পর্যন্ত ক্যানুলাগুলি প্রসূতি এবং স্ত্রীরোগ সেবাগ্রহণকারীদের জন্য জরায়ু ইভাকুয়েশনের উদ্দেশ্যে প্রস্তুত করা হয়েছে।

৬.৬ এমভিএর জন্য নির্দেশনা (Indication)

- শেষ মাসিকের (এলএমপি) পর থেকে জরায়ুর আকার ১২ সপ্তাহ পর্যন্ত অসম্পূর্ণ এমআর-এর চিকিৎসা।
- প্রথম ট্রাইমেস্টারে (গর্ভের প্রথম তিন মাস) এমআর।
- এন্ডোমেট্রিয়াল বায়োপসি।

৬.৭ প্রতি নির্দেশ (contraindication) সতর্কতা ও সাবধানতা

সন্দেহজনক গর্ভাবস্থার ক্ষেত্রে এন্ডোমেট্রিয়াল বায়োপসি করা উচিত নয়। অন্যান্য ক্লিনিক্যাল নির্দেশনাগুলোর ক্ষেত্রে কোনো জ্ঞাত প্রতি নির্দেশ (contraindication) নাই। জরায়ুর আকার এবং জরায়ু মুখের প্রসারণের সাথে সামঞ্জস্য রেখে যথাযথ সাইজের ক্যানুলা ব্যবহার করা গুরুত্বপূর্ণ। একটি খুব ছোট আকারের ক্যানুলা ব্যবহার করলে ইভাকুয়েশন যথাযথ নাও হতে পারে বা টিস্যু থেকে যেতে পারে।

৬.৮ অ্যাসপিরেটরের বিভিন্ন অংশ সন্নিবেশ এবং পিচ্ছিলকরণ

অ্যাসপিরেটরগুলো প্রক্রিয়াজাতকরণের পরে এবং শুকিয়ে যাওয়ার পরে পুনরায় একত্রে সন্নিবেশ করতে হবে। সন্নিবেশের আগে প্লাঞ্জার 'ও'-রিংকেও পিচ্ছিল করা উচিত। প্রক্রিয়াজাতকরণের পর অ্যাসপিরেটরগুলিকে সঠিকভাবে একত্রে সন্নিবেশ করতে হবে। এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর সন্নিবেশ করতে হলে:

ক) ভালভ লাইনারকে ভালভের ভিতরের খাঁজ বরাবর সমান্তরালে ঠিক অবস্থানে বসাতে হবে। ভালভ স্ব-স্থানে ঠিকমতো না লাগা পর্যন্ত এটিকে বন্ধ করা যাবে না।

খ) ভালভের শেষ প্রান্তে ক্যাপটিকে স্বস্থানে বসাতে হবে।

গ) সিলিন্ডারটিকে ভালভের গোড়ার দিকে ঠেলে দিতে হবে।

ঘ) প্লাঞ্জার 'ও'-রিংটি প্লাঞ্জারের শেষের খাঁজে রাখুন এবং এটিতে আঙুলের ডগা দিয়ে 'ও' রিংয়ের চারপাশে এক ফোঁটা তেল ছড়িয়ে দিয়ে পিচ্ছিল করতে হবে (অ্যাসপিরেটরে সিলিকন দেওয়া আছে, যা জীবাণুমুক্ত নয়; অন্যান্য পেট্রোলিয়ামমুক্ত লুব্রিকেন্টও ব্যবহার করা যেতে পারে)।

ঙ) সতর্কতা: অতিরিক্ত পিচ্ছিল করার ফলে অ্যাসপিরেটরটি বায়ুশূন্যতা হারাতে পারে। তাই প্লাঞ্জার 'ও' রিংকে অতিরিক্ত পিচ্ছিল করা যাবে না। অ্যাসপিরেটরের অন্যান্য অংশগুলিতে তেল লাগানো যাবে না।

চ) অ্যাসপিরেটর পুনরায় একত্র সন্নিবেশের সময়, নিশ্চিত করতে হবে যে প্লাঞ্জারটি সরাসরি সিলিন্ডারের ভিতরে প্রবেশ করানো হয়েছে, কোনোরূপ কৌণিকভাবে নয়।

ছ) প্লাঞ্জারের বাহুগুলিকে চেপে দিয়ে প্লাঞ্জারটিকে সম্পূর্ণরূপে সিলিন্ডারে প্রবেশ করাতে হবে।

জ) সিলিন্ডারকে তৈলাক্ত করতে প্লাঞ্জারটিকে ভিতরে ও বাইরে টেনে নিতে হবে।

ঝ) কলার স্টপের ট্যাবগুলি সিলিন্ডারের গর্তে প্রবেশ করাতে হবে যাতে প্লাঞ্জার সিলিন্ডার থেকে বের হয়ে না যায়।

ঞ) সর্বদা এটি ব্যবহার করার আগে অ্যাসপিরেটরটি বায়ুশূন্য অবস্থায় আছে কি না তা পরীক্ষা করতে হবে।

৬.৯ অপসারণ ও প্রতিস্থাপন (অ্যাসপিরেটর ও ক্যানুলা)

সঠিকভাবে ব্যবহার, রক্ষণাবেক্ষণ এবং স্টোরেজসহ, এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর গড়ে ২৫ বার ব্যবহার করা যেতে পারে। ক্যানুলা কম টেকসই হতে পারে এবং আরও ঘন ঘন বদলানোর (Replace) প্রয়োজন হতে পারে।

নিম্নলিখিত অবস্থায় যন্ত্রগুলিকে বাতিল করে প্রতিস্থাপন করা উচিত:

ক. অ্যাসপিরেটর:

- সিলিন্ডার ফেটে যাওয়া বা ভঙ্গুর হয়ে যাওয়া।
- ভালভের অংশগুলিতে ফাটল ধরা, বেঁকে যাওয়া বা ভেঙে যাওয়া।
- বোতাম ভেঙে যাওয়া।
- প্লাঞ্জারের বাহু যদি আটকানো না যায়।
- অ্যাসপিরেটর যদি বায়ুশূন্যতা ধরে রাখতে না পারে।
- অ্যাসপিরেটরের ভেতরে মিনারেল জমে যদি প্লাঞ্জারকে চলতে বাধা দেয়।

খ. ক্যানুলা:

ক্যানুলা ভঙ্গুর হয়ে যায়

- ক্যানুলা ফেটে যায়, ভাঁজ হয়ে যায় বা বাঁকা হয়ে যায় (বিশেষ করে ছিদ্রের চারপাশে)।
- পরিষ্কার করার সময় ক্যানুলার ভেতর থেকে টিস্যু যদি অপসারণ করা না যায়।

ব্যবহার অযোগ্য অ্যাসপিরেটর এবং ক্যানুলা অপসারণ করার সময়, তাদেরকে সংক্রামক বর্জ্য হিসেবে বিবেচনা করে অবশ্যই সংক্রমক বর্জ্য অপসারণের যথাযথ প্রোটোকল অনুসরণ করতে হবে

৬.১০ মাসিক নিয়মিতকরণ (Menstural Regulation-MR) প্রক্রিয়ার আগে গৃহীত ধাপসমূহ

ধাপ ১: সেবাগ্রহণকারীর এমআর পূর্ববর্তী মূল্যায়ন

- এমআর পূর্ববর্তী মূল্যায়ন করার ক্ষেত্রে সেবাগ্রহণকারীর কোনো বিরূপ প্রতিক্রিয়া, বিশেষ সতর্কতা, বিপদচিহ্ন ইত্যাদি আছে কিনা তা নির্ণয় করার জন্য লিখিত অবহিত সম্মতি গ্রহণ করতে হবে।
- জরায়ু ইভাকুয়েশন করা যথাযথ হবে কি না নিশ্চিত করতে জরায়ুর আকার এবং জরায়ুর অবস্থান নিশ্চিত করতে হবে। জরায়ুর অসঙ্গতি এবং বড় ফাইব্রয়েড ইত্যাদি অবস্থা বর্তমান থাকলে সেক্ষেত্রে এমআর করা কঠিন।
- যদি পূর্বে বিদ্যমান কোনো অবস্থা শনাক্ত করা হয় যা জটিলতার কারণ হতে পারে বা জটিলতা বাড়িয়ে তুলতে পারে, তাহলে সেবাগ্রহণকারীকে একটি উপযুক্ত কেন্দ্রে রেফার করে বা প্রয়োজন অনুসারে ইভাকুয়েশন পদ্ধতি পরিবর্তন করতে হবে।

ধাপ ২: নিম্নলিখিত ক্লিনিক্যাল এবং প্রক্রিয়াগত সমস্যাগুলি বিবেচনা করতে হবে

- নিশ্চিত করতে হবে যে সংক্রমণ প্রতিরোধ প্রক্রিয়া যথাযথভাবে অনুসরণ করা হয়েছে।
- নিশ্চিত করতে হবে যে সুপারিশকৃত সরঞ্জামের সরবরাহ রয়েছে।
- প্রয়োজন হলে জরায়ুমুখের প্রস্তুতি/প্রশস্তকরণ সম্পন্ন করতে হবে। এটি বিশেষ ক্ষেত্রে প্রয়োজন হতে পারে। জরায়ু মুখের প্রস্তুতি জরায়ুমুখকে নরম করে এবং জরায়ুমুখের ছিদ্রের প্রসারণকে সহজ করে তোলে। জরায়ুর আকার ১২ সপ্তাহের কম (<১২) হলে নিয়মিত জরায়ুমুখের প্রস্তুতির প্রয়োজন নেই। জরায়ুমুখ বা জরায়ুমুখের ছিদ্রটি শক্ত, যেমন অল্প বয়স্ক নারীদের ক্ষেত্রে, জরায়ুমুখের স্টেনোসিস বা জরায়ুর অসামঞ্জস্যতা এবং যেখানে জরায়ুর ছিদ্র হবার সম্ভাবনা বেশি– এসব ক্ষেত্রে জরায়ুমুখের প্রস্তুতির ধাপটি সম্পন্ন করা প্রয়োজন।

ধাপ ৩: ওষুধ প্রয়োগ

অ্যান্টিবায়োটিকের ব্যবস্থা করা: নিরাপদ এমআর প্রক্রিয়ার পরেও জরায়ুতে সংক্রমণের সুযোগ থাকে তাই প্রক্রিয়া শুরুর পূর্বে অ্যান্টিবায়োটিক প্রদান করা উচিত। সেবাদানকারীর লক্ষ্য করা উচিত, সেবাগ্রহণকারীর এইচআইভি সংক্রমণ রয়েছে কি না যাদের রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা কম তাদের ক্ষেত্রে আরও অ্যাডভান্স চিকিৎসা প্রয়োজন হতে পারে।

প্রতিষেধমূলক অ্যান্টিবায়োটিক প্রদান: জরায়ু ইভাকুয়েশেনের পূর্বে প্রতিষেধকমূলক অ্যান্টিবায়োটিক দেওয়া হলে তা উল্লেখযোগ্যভাবে সংক্রমণের ঝুঁকি কমাতে পারে (*Sawaya, 1996*)। প্রক্রিয়া শুরুর ৩০ মিনিট থেকে ১ ঘণ্টা আগে অ্যান্টিবায়োটিকের প্রথম ডোজ দেওয়া আদর্শ প্র্যাকটিস।

সুপারিশকৃত ডোজ (RCOG সুপারিশকৃত):

- ডক্সিসাইক্লিন ২০০ মিগ্রা মুখে খাবার একক মাত্রা, প্রক্রিয়া শুরুর ২ ঘণ্টার মধ্যে, অথবা
- এজিথ্রোমাইসিন ৫০০ মিগ্রা মুখে খাবার একক মাত্রা, প্রক্রিয়া শুরুর ২ ঘণ্টার মধ্যে, অথবা
- মেট্রোনিডাজল ৫০০ মিগ্রা মুখে খাবার একক মাত্রা, প্রক্রিয়া শুরুর আগে

চিকিৎসার আগে ২০০ মিগ্রা বা এর অধিক মাত্রায় মুখে খাবার ডক্সিসাইক্লিন দিলে বমি বমি ভাব বা বমি হতে পারে, তাই বমি নিরোধক ওষুধ প্রদানের কথা বিবেচনায় রাখতে হবে।

সংক্রমণ ধরা পড়েছে বা সন্দেহ করা হয়েছে এমন সেবাগ্রহণকারীকে চিকিৎসকের পরামর্শ অনুয়ায়ী জাতীয় এসটিআই/ আরটিআই– এর সিনড্রোমিক গাইডলাইন অনুসারে অ্যান্টিবায়োটিক দেওয়া উচিত।

ব্যথার ওষুধ:

- ট্যাবলেট আইবুপ্রোফেন ৪০০-৮০০ মিলিগ্রাম মুখে খাবার ট্যাবলেট ও ওমিপ্রাজল ২০ মিলিগ্রাম প্রক্রিয়া শুরুর আধা ঘণ্টা আগে এবং/অথবা।
- Anxiolytics/Sedatives ওষুধ যেমন, ডায়াজিপাম ৫-১০ মিলিগ্রাম প্রক্রিয়া শুরুর আধা ঘণ্টা আগে, সেবাগ্রহণকারী যদি উদ্বিগ্ন থাকে।

জরায়ুমুখের প্রস্তুতকরণ: (Cervical Preparation)

- ১২ সপ্তাহ গর্ভাবস্থায় নিয়মিতভাবে জরায়ুমুখের প্রস্তুতির সুপারিশ করা হয়। ১২-১৪ সপ্তাহের গর্ভাবস্থার আগে, জরায়ুমুখের প্রস্তুতির প্রয়োজন নেই তবে ক্ষেত্র বিশেষণে বিবেচনা করা যেতে পারে।
- জরায়ুমুখের প্রস্তুতির জন্য সুপারশকৃত পদ্ধতিগুলো রয়েছে:
- মিসোপ্রোস্টল ৪০০ মাইক্রোগ্রাম, জিহ্বার নিচে, প্রক্রিয়া শুরুর ১-৩ ঘণ্টা আগে।
- মিসোপ্রোস্টল ৪০০ মাইক্রোগ্রাম, যোনিপথে বা গালের ভিতরে, প্রক্রিয়া শুরুর ৩ ঘণ্টা আগে।
- অসমোটিক ডাইলেটরগুলি প্রক্রিয়া শুরুর ৬-২৪ ঘণ্টা আগে জরায়ুমুখে স্থাপন করা হয়।
- মিফেপ্রিস্টোন ২০০ মিগ্রা প্রক্রিয়া শুরুর ১-২ দিন আগে মুখে খেতে হবে।

৬.১১ MVA সম্পাদনের ধাপ

এমভিএ সম্পাদনের ধাপসমূহ

১. যন্ত্রপাতি প্রস্তুত করা।
২. সেবাগ্রহণকারীকে প্রস্তুত করা।
৩. অ্যান্টিসেপটিক দিয়ে জরায়ুমুখ প্রস্তুতকরণ।
৪. প্যারাসারভিক্যাল ব্লক সম্পন্ন করা।
৫. জরায়ুমুখ প্রসারিত করা।
৬. ক্যানুলা প্রবেশ করানো।
৭. জরায়ুর উপাদানগুলো ইভাকুয়েশন করা।
৮. টিস্যুগুলো পর্যবেক্ষণ করা।
৯. পাশাপাশি অন্য কোনো প্রক্রিয়া সম্পন্ন করা।
১০. যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণসহ অবিলম্বে প্রক্রিয়া পরবর্তী পদক্ষেপগুলো গ্রহণ করা।

ধাপ ১: যন্ত্রপাতি প্রস্তুতকরণ

MVA পদ্ধতি শুরু করার আগে সেবাদানকারীর অ্যাসপিরেটর পরীক্ষা করে দেখা উচিত সেটি প্রয়োজনীয় বায়ুশূন্যতা ধরে রাখতে পারছে কি না, এবং তারপর নিষ্কাশন প্রক্রিয়ার জন্য বায়ুশূন্যতা তৈরি করতে হবে।

যখন জরায়ুর ভেতরে প্রচুর পরিমাণে উপাদান থাকার সম্ভাবনা থাকে (যেমন, হাইডাটিডিফর্ম মোলের ক্ষেত্রে), সেক্ষেত্রে একাধিক এমভিএ অ্যাসপিরেশন যন্ত্র ব্যবহারের জন্য প্রস্তুত রাখলে সহায়ক হতে পারে। একটি অতিরিক্ত অ্যাসপিরেটর হাতে রাখা খুবই ভালো একটি চর্চা। শুধুমাত্র মোলের ক্ষেত্রেই নয়, কোনো কারণে হঠাৎ করে অ্যাসপিরেটরটির যান্ত্রিক ত্রুটি হয়ে গেলেও দ্বিতীয় যন্ত্রটি কাজে আসবে। অন্যথায়, প্রয়োজনমাফিক সেবাদানকারীকে দ্রুত অ্যাসপিরেটরটি খালি করে পুনঃব্যবহারের জন্য প্রস্তুত করতে হবে।

MVA প্রক্রিয়া শুরু করার পূর্বে নিম্নলিখিত যন্ত্রপাতিগুলো প্রস্তুত রাখতে হবে।

- এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর।
- ইজি গ্রিপ ক্যানুলা।
- কাসকোস বাইভাল্ব ভ্যাজাইনাল স্পেকুলাম।
- স্পঞ্জ হোল্ডিং ফরসেফ।
- টেনাকোলাম।
- গ্যালিপট।
- কটন বল।
- কিডনি ট্রে।
- গ্লাস বোল।
- ছাকনি।
- লাইট বক্স।

এমআর পদ্ধতি সম্পন্ন করার ক্ষেত্রে জরায়ুর আকারের সাথে সমন্বয় রেখে ক্যানুলার আকার বেছে নেওয়া হয়। উদাহরণস্বরূপ, যদি জরায়ুর আকার ৭ সপ্তাহ হয়, তাহলে ৭ মিমি সাইজের ক্যানুলা ব্যবহার করা যেতে পারে। তবে প্রয়োজনে ক্যানুলার আকার কিছুটা ছোট বা কিছুটা বড় হতে পারে। খুব ছোট ক্যানুলা ব্যবহার করলে প্রক্রিয়াটি অকার্যকর হতে পারে এবং এর ফলে অসম্পূর্ণ গর্ভপাত বা জরায়ুর ভেতরে টিস্যু থেকে যেতে পারে।

অ্যাসপিরেশন প্রক্রিয়ার জন্য ক্যানুলার আকার নির্বাচন করা

জরায়ুর আকার (এলএমপি থেকে কত সপ্তাহ)	প্রস্তাবিত ক্যানুলার আকার (মিমি)
৪-৬	৪-৭
৭-৯	৫-১০
৯-১২	৮-৯

ধাপ ২: সেবাগ্রহণকারীর প্রস্তুতি

প্রক্রিয়া শুরু করার আগে, নিশ্চিত হতে হবে যে সেবাগ্রহণকারীকে প্রক্রিয়া সম্পর্কে বুঝতে পেরেছেন কি না। সেবাগ্রহণকারীর কোনো প্রশ্ন থাকলে তাকে স্পষ্টভাবে উত্তর দিতে হবে এবং তিনি উপযুক্ত সময়ে তার ব্যথার ওষুধ পেয়েছেন কি না তা নিশ্চিত করতে হবে।

অতঃপর প্রক্রিয়াটির নিম্নলিখিত পদক্ষেপগুলো অনুসরণ করে প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন করতে হবেঃ

ধাপ ৩: জরায়ুমুখের অ্যান্টিসেপটিক প্রস্তুতি সম্পাদন

১. সেবাগ্রহণকারীকে প্রস্রাব করে তার মূত্রাশয় খালি করতে হবে। তারপর সাবধানে তাকে প্রসিডিওর টেবিলে উঠিয়ে এবং লিথোটমি পজিশনে শুতে সাহায্য করতে হবে।

২. সেবাদানকারী হাত ধুয়ে এবং গ্লাভসসহ সংক্রমণ প্রতিরোধের অন্যান্য উপকরণগুলো ব্যবহার করবেন (সংক্রমণ প্রতিরোধের পদ্ধতিগুলি সাবধানে অনুসরণ করতে হবে)।

৩. পূর্বে রেকর্ডকৃত তথ্যসমূহ যাচাই এবং সেবাগ্রহণকারীর সর্বশেষ অবস্থা নিরূপণ করার জন্য বাইম্যানুয়াল পরীক্ষা করতে হবে। এমআর, প্যাক সেবা প্রদানের আগে সেবাগ্রহণকারীর জরায়ুর আকার এবং অবস্থান বিষয়ে সঠিক মূল্যায়ন করা প্রয়োজন।

৪. স্পেকুলামটি যোনীপথে স্থাপন করতে হবে।

স্পর্শহীন কৌশল (নো-টাচ টেকনিক) :

স্পর্শহীন কৌশল অনুসরণ করে, সেবাদানকারীএকটি অ্যান্টিসেপটিকে ভেজানো তুলো দিয়ে জরায়ুর মুখ একবার পরিষ্কার করে নিতে হবে। মনে রাখতে হবে যে, পুরো প্রক্রিয়াটি স্পর্শহীন কৌশল অবলম্বন করে সম্পন্ন করতে হবে, যাতে বাইরের কোনো জীবাণু সংক্রমণের কারণ না হয়।

সংক্রমণ কমানোর জন্য নির্বীজিত বা উচ্চমাত্রার সংক্রমণমুক্তকরণকৃত যন্ত্রপাতি, প্রতিষেধমূলক অ্যান্টিবায়োটিক এবং স্পর্শহীন কৌশল ব্যবহার করা হয়। স্পর্শহীন কৌশল হচ্ছে– কোনো যন্ত্র জরায়ুতে প্রবেশের আগে বাইরের কোনো বস্তু (জীবাণুমুক্ত নয় এমন বস্তু) এমনকি সেবাগ্রহণকারীর যোনিপথও স্পর্শ করেনি এমন যন্ত্রের নিরাপদ ব্যবহার।

স্পর্শহীন কৌশল অনুসরণ করে এমআর প্রক্রিয়ার ক্ষেত্রে সেবাদানকারী:

- ডাইলেটরের মাঝামাঝি অংশ ধরবে বা স্পর্শ করবে।
- ক্যানুলার অগ্রভাগ স্পর্শ না করে প্রান্তভাগ ধরে অ্যাসপিরেটরের সাথে ক্যানুলা সংযুক্ত করবে।
- ট্রেতে থাকা জীবাণুমুক্ত যন্ত্রগুলো থেকে ব্যবহৃত যন্ত্রগুলো থেকে দূরে রাখবে।

ধাপ ৪: প্যারাসারভিক্যাল ব্লক সম্পাদন করুন

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (অ্যাবরশন কেয়ার গাইডলাইন-২০২২) সকল MVA প্রক্রিয়ার জন্য প্যারাসারভিক্যাল ব্লক ব্যবহার করাকে সুপারিশ করেছে। প্যারাসারভিক্যাল ব্লক হিসেবে ১% বা ২% লিডোকেইন ব্যবহার সুপারিশকৃত।

সর্তকর্তা:

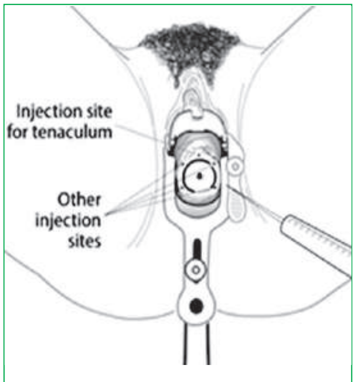
লোকাল অ্যানেস্থেসিয়া দেওয়ার সময় সুঁই প্রবেশের পর প্লাঞ্জারটিকে পিছনের দিকে টেনে দেখতে হবে যে, সুঁই রক্তনালিতে প্রবেশ করেছে কি না। রক্তনালিতে যদি সুঁই প্রবেশ করে থাকে তবে সিরিঞ্জের গায়ে রক্ত দেখা যাবে। সেক্ষেত্রে সুঁই তৎক্ষণাৎ বের করে ফেলতে হবে এবং অ্যানেস্থেসিয়া দেওয়ার জন্য নতুন একটা জায়গা বেছে নিতে হবে। পুনরায় ইনজেকশন দেওয়ার আগে প্লাঞ্জারটি টেনে দেখতে হবে।

প্যারাসারভিক্যাল ব্লক প্রদানের ধাপসমূহ

১. ২০ মিলি ১% লিডোকেইন বা ১০ মিলি ২% লিডোকেইন একটি ২০ মিলি সিরিঞ্জে নিতে হবে।

২. জরায়ুমুখে যেখানে টেনাকুলাম স্থাপন করা হয়, (জরায়ুর মুখে ঘড়ির কাঁটার ১২ টার অবস্থানে) সেখানে ২ মিলি লিডোকেইন।

৩. এরপর এনেস্থেশিয়া দেয়া স্থানে টেনাকুলামটি স্থাপন করতে হবে। টেনাকুলামটি সামান্য টেনে জরায়ুমুখ এবং জরায়ুর এপিথেলিয়াম যেখানে যোনিপথের টিস্যুর সাথে মিলেছে ওই স্থানটি নির্দিষ্ট করতে হবে। পরবর্তী ইনজেকশন দেওয়ার জন্য ওই অংশটিই উপযোগী। যা তুলনামূলকভাবে জরায়ুর টিস্যুর চাইতে যোনিপথের আবরণ ভাঁজবিশিষ্ট এবং ইলাস্টিক গুণ বিশিষ্ট।



প্যারাসারভাইক্যাল ব্লক

৪. বাকি ১৮ মিলি লিডোকেইন জরায়ু ও যোনিপথের সংযোগস্থলে ঘড়ির কাঁটার ২, ৪, ৮ ও ১০টার অবস্থানে সমান ভাগে দিতে হবে। ৩ সেন্টিমিটারের বেশি গভীরতায় ইনজেকশনের সুঁই ঢোকানো যাবে না। ইনজেকশন ধীরে ধীরে উপর থেকে গভীরে দিতে হবে যেন সেবাগ্রহণকারীর ব্যথা কম লাগে। মনে রাখতে হবে যে সিরিঞ্জের প্লাঞ্জারটি পেছনের দিকে সামান্য টেনে সিরিঞ্জের ভেতরে রক্ত আসে কি না তা দেখে নিতে হবে যাতে রক্তনালির ভিতরে ইনজেকশন চলে না যায়।

৫. ১% লিডোকেইন না পাওয়া গেলে, ২% লিডোকেইন ১০ মিলি করে দেয়া যাবে (যদিও প্রমাণ আছে যে ২% লিডোকেইন নিয়মিতভাবে ব্যবহৃত হয় না)। প্যারাসারভিক্যাল ব্লক দেবার ক্ষেত্রে দুই পয়েন্ট (ঘড়ির কাঁটার ৪টা এবং ৮ তার অবস্থানে) বা চার পয়েন্ট কৌশল ব্যবহার করতে হবে। যেখানে প্যারাসারভিক্যাল ব্লক পাওয়া যায় বা যেখানে সেবাদানকারীরা প্রশিক্ষিত সেখানে লিডোকেইনের সাথে সোডিয়াম বাইকার্বনেট (প্রতি ১০ মিলি লিডোকেইন দ্রবণের সাথে ১ মিলি ৮.৪% সোডিয়াম বাইকার্বনেট) যোগ করা যেতে পারে।

দ্রষ্টব্য: প্রস্তুতকারকদের সুপারিশের ওপর ভিত্তি করে, একজন প্রাপ্তবয়স্কের জন্য লিডোকেইনের সর্বাধিক মাত্রা ৪.৫ মিগ্রা/কেজি এর বেশি হওয়া উচিত নয়। যদি সেবাগ্রহণকারীর ওজন ৪৫ কেজির কম হয়ে থাকে, তবে সুপারিশকৃত ২০ মিলি ১% লিডোকেইন ব্লক দেওয়ার সময় যাতে লিডোকেইনের পরিমাণ ৪.৫ মিগ্রা/কেজি অতিক্রম না করে, সেজন্যে লিডোকেইনের পরিমাণ কমিয়ে নিতে হবে। যদি সেবাগ্রহণকারীর ওজন ৪৫ কেজির বেশি, তাদের ক্ষেত্রে কোনো পরিবর্তনের প্রয়োজন হবে না। লিডোকেইন ব্যবহারে ক্লিনিক্যাল ঝুঁকি কমাতে জনপ্রতি ২০০ মিলি গ্রামের কম ডোজ সুপারিশকৃত কেননা অতিরিক্ত ডোজ মারাত্মক জটিলতা তৈরি করতে পারে।

উদাহরণ স্বরূপ:

একজন সেবাগ্রহীতার ওজন যদি ৪০ কেজি হয় তবে তাকে ১৮ মিলিলিটার ১% লিডোকেইন দিতে হবে।

লিডোকেইনের সঠিক পরিমাপ যেভাবে নির্ণয় করা হয় :

৪০ কেজি এবং ৪.৫ মিলিগ্রাম/কেজি = ১৮০ মিলিগ্রাম/১০মিলিগ্রাম/মিলিলিটার = ১৮ মিলি লিটার

পরিমাপ নির্ণয়ের উপায়: (লিডোকেইনের সর্বমোট পরিমাণ)

$$= \frac{\text{রোগীর ওজন এবং প্রতি কেজি ওজনের জন্য ৪.৫ মিলিগ্রাম ১\% লিডোকেইন (সর্বোচ্চ মাত্রা) = মিলিগ্রামে লিডোকেইনের সর্বোচ্চমাত্রা}}{\text{১\% লিডোকেইনের সর্বোচ্চ ঘনত্ব (১০ মিলগ্রাম/ মিলি)}} = \text{লিডোকেইনের মোট পরিমাণ}$$

আরও উদাহরণ:

রোগীর ওজন	প্যারাসারভাইক্যাল বক্লের জন্য ১% লিডোকেইনের পরিমাপ
৪৫ কেজি	২০ মিলিলিটার
৪০ কেজি	১৮ মিলিলিটার
৩৫ কেজি	১৫.৫ মিলিলিটার

দ্রষ্টব্য: ব্যথা ব্যবস্থাপনার জন্য অন্যান্য বিকল্পগুলি ব্যথা ব্যবস্থাপনা অধ্যায়ে বর্ণনা করা হয়েছে।

ধাপ ৫: জরায়ুমুখ প্রশস্তকরণ

জরায়ুমুখ বন্ধ বা অপর্যাপ্তভাবে প্রশস্ত থাকলে জরায়ুমুখকে প্রশস্ত করা একটি অপরিহার্য পদক্ষেপ। জরায়ুমুখে যদি উপযুক্ত আকারের ক্যানুলাটি সহজে ঢুকতে পারে, তাহলে জরায়ুমুখ প্রশস্ত করার প্রয়োজন নেই। জরায়ুরমুখটি শক্ত হবার সম্ভাবনা থাকলে তাকে নরম করার জন্য সুনির্দিষ্ট ক্ষেত্রে মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করে জরায়ুমুখের প্রসারণ করা যেতে পারে। জরায়ুমুখ প্রশস্তকরণ বা প্রস্তুত করার জন্য নিম্ন লিখিত পদ্ধতিগুলো ব্যবহৃত হয়ে থাকে:

- মিসোপ্রোস্টল ৪০০ মি.গ্রা. সেবাদানের ৩ ঘণ্টা আগে যোনিপথে বা মাড়ি ও গালের মাঝে ব্যবহার।
- মিফিপ্রিস্টোন ২০০ মি.গ্রা. সেবাদানের ২৪ থেকে ৪৮ ঘণ্টা আগে মুখে ব্যবহার।

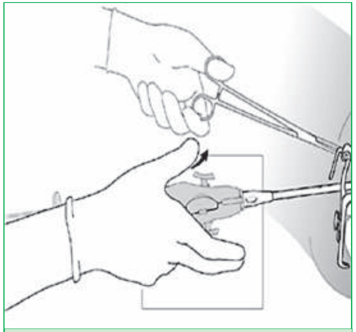
১. জরায়ু এবং জরায়ুমুখের অবস্থান সাবধানে পরীক্ষা করতে হবে। সেবাদানকারী জরায়ুমুখ প্রশস্থকরণ প্রক্রিয়া যত্নের সাথে করবেন, কখনো বল প্রয়োগ করবেন না। সোজা রাখতে জরায়ুমুখে দৃঢ়ভাবে স্থাপিত টেনাকুলাম দিয়ে ক্রমাগত টান প্রয়োগ করতে হবে।

২. প্রাথমিকভাবে জরায়ুমুখটি খুঁজে পেতে সবচেয়ে ছোট ডাইলেটর (বা প্রয়োজনে ও সহজলভ্য হলে, একটি প্লাস্টিকের অস ফাইন্ডার) ব্যবহার করতে হবে।

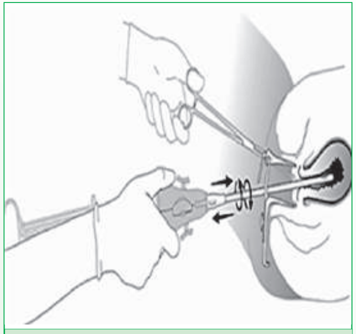
৩. মেকানিক্যাল ডাইলেটর ব্যবহারের সময় একইসাথে টেনাকুলাম দিয়ে জরায়ুমুখটিকে আলতো করে টেনে ধরে স্থিতিশীল রাখার সময় কখনো বল প্রয়োগ না করে এবং স্পর্শহীন কৌশলে আলতোভাবে জরায়ুমুখটিকে প্রসারিত করতে হবে।

- সবচেয়ে সরু ডাইলেটরটির মাঝ বরাবর ধরতে হবে।
- ডাইলেটরটির নিচপ্রান্তে বুড়ো আঙুল ও তর্জনীর সাহায্যে ধরতে হবে।
- যতক্ষণ না ডাইলেটরটি অভ্যন্তরীণ জরায়ুমুখে পৌঁছে ততক্ষণ আলতোভাবে প্রবেশ করাতে হবে।
- বুড়ো আঙুল এবং তর্জনী দিয়ে ডাইলেটরটিকে মাঝখানে ধরে রেখেই বের করে নিয়ে আসতে হবে।

৪. জরায়ুমুখটি নির্বাচিত ক্যানুলা প্রবেশের মতো প্রশস্ত হওয়া পর্যন্ত ক্রমান্বয়ে বড় ডাইলেটর ব্যবহার করতে থাকতে হবে। জরায়ুমুখের দৃশ্যমান হওয়া, মৃদুভাবে কাজের কৌশল ও জরায়ুর অবস্থান বিষয়ক জ্ঞানের ওপর নিরাপদ প্রশস্তকরণের প্রক্রিয়াটি নির্ভরশীল। যদি প্রসারণ করা কঠিন হয়ে পড়ে, তবে ডাইলেটরটি বলপ্রয়োগের মাধ্যমে ব্যবহার করা যাবে না। তার পরিবর্তে, জরায়ুমুখ খুঁজে বের করতে কোণ বা পথ পরিবর্তন করে, বা জরায়ুর অবস্থান যাচাই করতে পুনরায় বাইম্যানুয়াল (দ্বিমুখী) পরীক্ষা করতে হবে। অনেক সময় একটি ছোট ব্লেডের স্পেকুলাম ব্যবহার করলে জরায়ুমুখের কোণটি আরও জায়গা পায় ফলে সোজা এবং নমনীয় হতে পারে। তারপরেও যদি জরায়ুমুখের প্রশস্তকরণ



ভাল্ব বাটনে চাপ দেওয়া

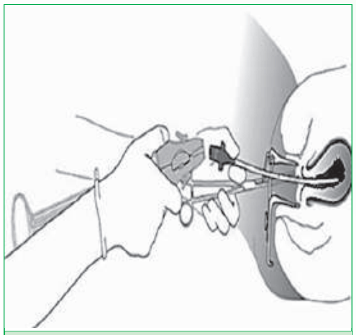


জরায়ুর ভেতরে উপাদান শোষণ

জটিল হয়ে যায়, তাহলে মিসোপ্রোস্টল ব্যবহারের কথা বিবেচনা করতে হবে এবং পরবর্তী সময়ে তিন ঘণ্টা পরে প্রক্রিয়াটি শুরু করতে হবে; অথবা যদি কোনো সহকর্মী থাকে তবে তার কাছে সাহায্য নিতে হবে। সেবাদানকারী সেবাগ্রহণকারীকে অবশ্যই কাউন্সেলিং করে জরায়ুমুখের প্রস্তুতিতে মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার ও ব্যথা, রক্তপাত বা অন্যান্য পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া সম্পর্কে জানাবেন।

ধাপ ৬: ক্যানুলা প্রবেশ করানো

জরায়ুমুখে আলতোভাবে টেনে ধরা অবস্থায়, জরায়ুমুখের মধ্য দিয়ে জরায়ুর ভেতরে ক্যানুলা প্রবেশ করাতে হবে। পর্যায়ক্রমে, যতক্ষণ না এটি ফান্ডাস স্পর্শ করে, ক্যানুলা ধীরে ধীরে জরায়ু গহ্বরে প্রবেশ করাতে হবে, এবং তারপর কিছুটা বের করে ফেলতে হবে। ক্যানুলা ঘুরিয়ে আস্তে আস্তে চাপ প্রয়োগ করলে প্রায়ই ক্যানুলা ঢুকতে সহায়ক হয়। জরায়ুমুখে অসের ভেতরে জোর করে ক্যানুলা প্রবেশ করানো যাবে না। এতে জরায়ুমুখের ক্ষতি বা জরায়ু ছিদ্র হয়ে যেতে পারে এবং পেলভিক অঙ্গ এবং রক্তনালির ক্ষতি হতে পারে। প্রক্রিয়া চলাকালীন জরায়ু ছিদ্র হয়ে যাবার কোনো লক্ষণ আছে কি না তা সতর্কতার সাথে নির্ণয় করতে হবে।


জরায়ুর ভেতর ক্যানুলা প্রবেশ

এমন কিছু লক্ষণ দেখলে অবিলম্বে ইভাকুয়েশন বন্ধ করতে হবে। জরায়ুর আকার এবং জরায়ুমুখের প্রসারণের পরিমাণের ওপর নির্ভর করে উপযুক্ত সাইজের ক্যানুলা ব্যবহার করা গুরুত্বপূর্ণ। খুব ছোট ক্যানুলা ব্যবহার করলে টিস্যু রয়ে যেতে পারে ফলে ইভাকুয়েশন অসম্পূর্ণ থাকতে পারে।

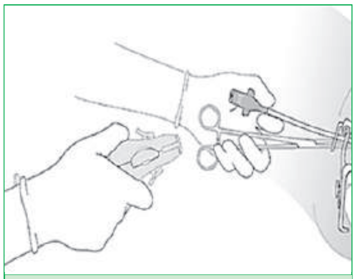
ধাপ ৭: জরায়ুর ভেতরের উপাদানগুলো ইভাকুয়েশন করা বা বের করে আনা

এমভিএ অ্যাসপিরেটরটি ক্যানুলার সাথে যুক্ত করতে হবে। টেনাকুলাম ও ক্যানুলার শেষ প্রান্তটি এক হাতে এবং অন্য হাতে অ্যাসপিরেটরটি ধরে ক্যানুলার সাথে যুক্ত করতে হবে। বোতামে চাপ দিলে সাথে সাথেই সাকশন শুরু হয়ে যাবে। উভয় বোতামে চাপ দিয়ে বায়ুশূন্যতার চাপ ছেড়ে দিন।

ক্যানুলাটিকে ১৮০ ডিগ্রিতে ধীরে ধীরে, আলতো করে প্রত্যেক দিকে আগেপিছে করে ঘুরিয়ে জরায়ুর ভেতরের উপাদান খালি করে নিয়ে আসতে হবে।

ক্যানুলার মাধ্যমে অ্যাসপিরেশন ডিভাইসের সিলিন্ডারে রক্ত এবং টিস্যু ঢুকছে তা দেখা যাবে। ক্যানুলার শেষ প্রান্ত জরায়ুমুখের অসের বাইরে না নিয়ে আসাটা গুরুত্বপূর্ণ, কারণ এর ফলে বায়ুশূন্যতা নষ্ট হয়ে যায়। যদি সেটা হয়েই যায় বা অ্যাসপিরেটর পূর্ণ হয়, তাহলে ক্যানুলাটিকে অ্যাসপিরেটর থেকে খুলে ফেলতে হবে এবং পুনরায় বায়ুশূন্যতা তৈরি করতে হবে।

ইজিগ্রিপ ক্যানুলা ভাল্বের সঙ্গে যেন দৃঢ়ভাবে সংযুক্ত হয় এ ব্যাপারে সচেতন থাকতে হবে। অ্যাসপিরেটর থেকে ক্যানুলাকে খুলে ফেলার সময় যত্নশীল হতে হবে।


ক্যানুলা থেকে অ্যাসপিরেটর বিচ্ছিন্ন করা।

নিম্নলিখিত লক্ষণগুলি নির্দেশ করে যে জরায়ু উপাদান সম্পূর্ণ বের হয়েছেঃ

১. লাল বা গোলাপি ফেনা দেখা যাবে, এবং আর কোনো টিস্যুকে ক্যানুলার মাধ্যমে আসতে দেখা যাবে না।

২. খালি জরায়ুর মধ্যে ক্যানুলা প্রবেশ করালে 'gritty sensation' বা খরখরে ভাব অনুভূত হবে।

৩. জরায়ু সংকুচিত হয়ে ক্যানুলাকে চারপাশে চেপে ধরবে।

৪. সেবাগ্রহণকারীকে মোচড়ানো বা ব্যথা অনুভব করবে যা থেকে বোঝা যায় যে, জরায়ু সংকুচিত হচ্ছে।

প্রক্রিয়াটি শেষ হয়ে গেলে, বোতামগুলোতে চাপ দিয়ে ক্যানুলা থেকে বিচ্ছিন্ন করতে হবে। এক্ষেত্রে উইংসগুলো সহায়ক হতে পারে। তারপর, ক্যানুলা খুলে ফেলতে হবে। অথবা, সাবধানে বোতামগুলিকে না চেপেই ক্যানুলা এবং অ্যাসপিরেটর একসাথে খুলে নিতে হবে। যন্ত্রপাতিগুলোকে পুনরায় ব্যবহারের জন্য প্রস্তুত করে রাখতে হবে।

ধাপ ৮: টিস্যু পর্যবেক্ষণ করা

ক্যানুলা খুলে ফেলে অ্যাসপিরেটরের ভিতরের উপাদানকে একটি উপযুক্ত পাত্রে ফেলতে হবে। যদি এখনো ক্যানুলাটি সংযুক্ত থাকে তাহলে বোতাম চেপে এবং আলতো করে প্লাঞ্জারটি সম্পূর্ণভাবে সিলিন্ডারের ভিতরে ঠেলে দিতে হবে। ক্যানুলার ভিতরে কখনো জরায়ু হতে বের হওয়া উপাদানগুলো ঢুকানো যাবে না, এতে ক্যানুলাটি সংক্রমিত হতে পারে। পুনরায় ইভাকুয়েশনের প্রয়োজন হতে পারে। তাই অতিরিক্ত যন্ত্র প্রস্তুত রাখতে হবে।

টিস্যু পর্যবেক্ষণের সময় নিম্নের বিষয়গুলো খেয়াল রাখতে হবে:

- টিস্যু উপাদানের পরিমাণ এবং উপস্থিতি।
- ইভাকুয়েশন সম্পন্ন হয়েছে কি না।
- মোলার গর্ভাবস্থা।

টিস্যু পর্যবেক্ষণ

চোখে দেখে যদি কোনো সিদ্ধান্তে আসা না যায় তবে টিস্যুর উপাদানগুলো ছেঁকে পানি বা ভিনেগারে ডুবাতে হবে, এবং আলো ফেলে নিচ থেকে দেখতে হবে। প্রয়োজনে ল্যাবরেটরি পরীক্ষার জন্য নমুনা পাঠাতে হবে।

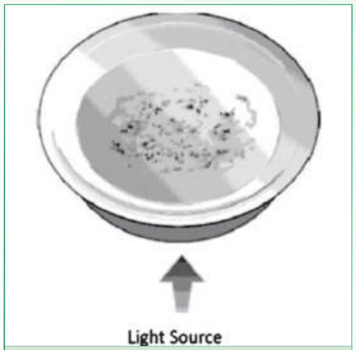
টিস্যু পর্যবেক্ষণ

টিস্যুতে ভিলাই এবং ডেসিডুয়া দেখা যাবে এবং টিস্যুর পরিমাণ জরায়ুর আকারের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ হওয়া উচিত। মোলার গর্ভাবস্থার ক্ষেত্রে, সাধারণত আঙ্গুরের মতো দেখতে কোরিওনিক ভিলাই পাওয়া যায়।

যদি কোনো জরায়ুর উপাদান দেখা না যায়, জরায়ু থেকে প্রত্যাশার চেয়ে কম টিস্যু বের হয়ে থাকে অথবা নমুনাটি থেকে সিদ্ধান্তে আসা না যায় তবে বুঝতে হবে যে–

- অসম্পূর্ণ এমআর প্রক্রিয়া: জরায়ু গহ্বরে এখনোও উপাদান আছে, যদিও এটি প্রক্রিয়া শেষে খালি বলে মনে হয়েছিল। এটি একটি খুব ছোট ক্যানুলা ব্যবহার করার ফলে হতে পারে বা প্রক্রিয়াটি শেষ না হতেই সাকশন বন্ধ করে দেওয়ার কারণে হতে পারে।
- একটি স্বতঃস্ফূর্ত গর্ভপাত ছিল যা ইতোমধ্যেই সম্পন্ন হয়েছে।

- একটি ব্যর্থ এমআর প্রক্রিয়া।
- সন্দেহজনক একটোপিক গর্ভাবস্থা: যখন কোনো ভিলাই বা ডেসিডুয়া দেখা যায় না, তখন একটোপিক গর্ভাবস্থার সম্ভাবনা থাকে, অবিলম্বে এটি ফলোআপ করা উচিত।
- এনাটমিক্যাল অসঙ্গতি: উদাহরণস্বরূপ, একটি দ্বিকোষীয় জরায়ু/ বাইকোর্নুয়াট বা সেপ্টেট জরায়ুতে, ক্যানুলাটি জরায়ুর এমন অংশে ঢোকানো হয়ে থাকতে পারে যেখানে গর্ভাবস্থা নেই।



টিস্যু পরিদর্শণ

যদি টিস্যু পর্যবেক্ষণের পরে বুঝা যায় যে, জরায়ুতে এখনো টিস্যু থাকতে পারে, তবে পুনরায় ইভাকুয়েশন করতে হবে।

স্পেকুলাম অপসারণ করার আগে, জরায়ুমুখ বা অন্য কোনো উৎস থেকে যদি রক্ত আসতে থাকে, তাহলে রক্তের পরিমাণ নির্ণয় করতে একটি পরিষ্কার তুলার সোয়াব দিয়ে জরায়ুমুখ পরিষ্কার করতে হবে। যদি উল্লেখযোগ্য পরিমাণে রক্তপাত অব্যাহত থাকে বা অন্য কোনো সমস্যা থাকে তাহলে সেবাদানকারীকে প্রয়োজন অনুযায়ী ব্যবস্থা নিতে হবে। (আরও তথ্যের জন্য জটিলতা অধ্যায় দেখুন)।

জরায়ুর আকার ও দৃঢ়তা নির্ধারণের জন্য দ্বিমুখী পরীক্ষা করা দরকার আছে কি না, তা ক্লিনিক্যাল বিবেচনা দিয়ে নির্ধারণ করতে হবে।

ধাপ ৯: অন্য যেকোনো প্রয়োজনীয় প্রক্রিয়া সম্পাদন

এমভিএ পদ্ধতি সম্পন্ন হলে, জন্মবিরতিকরণ বা অন্য কোনো প্রয়োজনীয় প্রক্রিয়া সম্পাদন করতে হবে। যেমন: IUD পরানো, মহিলা স্থায়ী পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি করা বা জরায়ুমুখের ছেঁড়া অংশ মেরামত করা।

ধাপ ১০: যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণসহ অবিলম্বে প্রক্রিয়া পরবর্তী পদক্ষেপ গ্রহণ

জরায়ু ইভাকুয়েশন এবং অতিরিক্ত প্রক্রিয়াগুলো সম্পন্ন হবার পর, সেবাকারীদেরকে নিম্নলিখিত পদক্ষেপ নিতে হবে:

- যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণ পদ্ধতি অনুসরণ করে অ্যাসপিরেটর ও ক্যানুলাসহ সমস্ত যন্ত্রপাতি অবিলম্বে প্রক্রিয়াজাতকরণ করতে হবে।
- গ্লাভস, গাউন ইত্যাদি খুলে ফেলে হাত ধুয়ে নিতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীকে আশ্বস্ত করতে হবে যে প্রক্রিয়াটি শেষ হয়েছে।
- সেবাগ্রহণকারীকে আরামদায়ক অবস্থানে বিশ্রাম নিতে সাহায্য করতে হবে।
- তাকে রিকভারি এলাকায় স্থানান্তর করতে সহায়তা করতে হবে।
- প্রোটোকল অনুযায়ী, প্রক্রিয়াটি সম্পর্কে তথ্য রেকর্ড করতে হবে।

৬.১২ রিকভারি এবং ছুটি দেওয়া

বেশিরভাগ সেবাগ্রহণকারীর জন্য, ৩০ মিনিট থেকে এক ঘণ্টা পর্যন্ত স্বাস্থ্যকেন্দ্রের রিকভারি এলাকায় থাকার প্রয়োজন হয়। সম্পূর্ণ রিকভারির অর্থ হচ্ছে সেবাগ্রহণকারীকে জাগ্রত, চারপাশ সম্পর্কে অবহিত করা এবং সাহায্য ছাড়া হাঁটতে পারে, গুরুত্বপূর্ণ শারীরিক লক্ষণগুলো (ভাইটাল সাইন) যেমন, রক্তচাপ, নাড়ির গতি, শ্বাসের গতি ইত্যাদি স্বাভাবিক হয়েছে এবং তিনি চলে যেতে প্রস্তুত আছেন বলে সম্মত। এছাড়াও দেখতে হবে জরায়ু নিষ্কাশন ও অন্যান্য প্রক্রিয়া থেকে স্বাভাবিক রিকভারির চিহ্ন হিসেবে তার রক্তক্ষরণ কমে গেছে ও পেটের ব্যথাও কমে গেছে।

শারীরিক অবস্থা স্থিতিশীল হওয়া মাত্র এবং ছুটিকালীল পরামর্শ ও প্রয়োজনে ফলোআপে আসার তথ্য, জটিলতার তথ্য ইত্যাদি প্রয়োজনীয় সব তথ্য সেবাগ্রহণকারীকে জানিয়ে তাকে ছুটি দিতে হবে। এমআর, প্যাক সেবাগ্রহণকারীকে সকল তথ্য পরিষ্কার, সহজ ভাষায় মৌখিক ও লিখিতভাবে দিতে হবে যাতে সেবাগ্রহণকারীকে সেবাকেন্দ্র থেকে চলে যাবার পর নিজের যত্ন ও চিকিৎসা ব্যবস্থাপনা সম্পর্কে, জটিলতা হলে কী করতে হবে বুঝতে পারে।

অধ্যায়: ৭

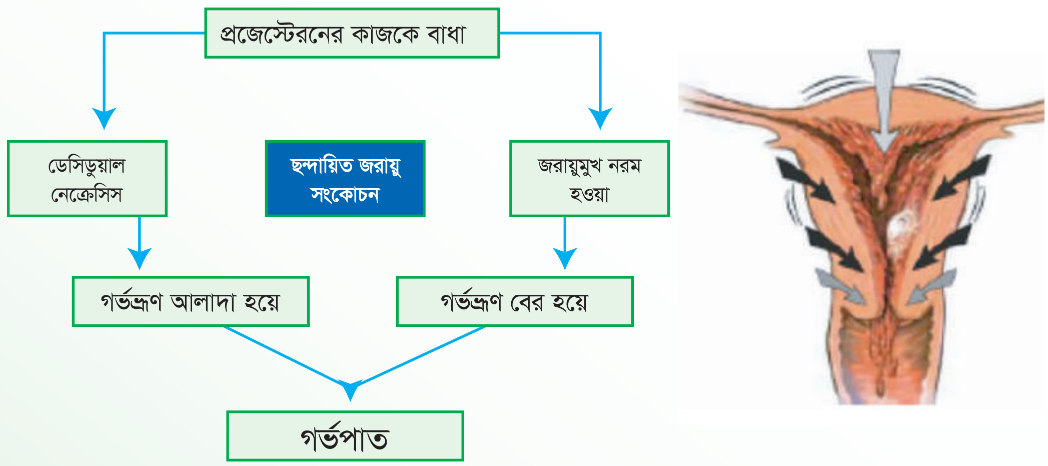
ওষুধের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআরএম)

৭.১ ভূমিকা

মিফিপ্রিস্টন এবং মিসোপ্রোস্টল জরায়ুর ইভাকুয়েশনের জন্য ব্যবহার করা হয় যা বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা কর্তৃক সুপারিশকৃত। মাসিক নিয়মিতকরণের ক্ষেত্রে একটি ওষুধ একক প্রয়োগ করার চাইতে মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল একত্রে ব্যবহার অধিক কার্যকরী। প্রথম ট্রাইমেস্টারে মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল একত্রে ব্যবহারের সফলতা অধিক। ৯৫%-এর বেশি ক্ষেত্রে পুনরায় আর জরায়ু ইভাকুয়েশনের প্রয়োজন হয় না। Mifepristone প্রথমে ফ্রান্সে তৈরি হয়, এর নাম ছিল RU-486। ১৯৮৮ সালে প্রথমবারের মতো ক্লিনিক্যাল ব্যবহারের জন্য অনুমোদিত হয়। মিফিপ্রিস্টন জরায়ুতে প্রোজেস্টেরনের কার্যকারিতাকে বাধা দেয় ফলে গর্ভস্থ ভ্রূণ জরায়ু থেকে বিছিন্ন হয়ে যায়। মিফিপ্রিস্টন জরায়ুর সংবেদনশীলতা বাড়ায় এবং জরায়ুমুখকে নরম করে। মিসোপ্রোস্টল একটি কৃত্রিম (সিন্থেটিক) প্রোস্টাগ্ল্যান্ডিন, যা জরায়ু মুখকে নরম করে এবং জরায়ু সংকোচনের মাধ্যমে জরায়ুর ভেতরের উপাদানকে বের করে দিতে সহায়তা করে। মিফিপ্রিস্টন প্রোস্টাগ্ল্যান্ডিনের প্রতি জরায়ুর সংবেদনশীলতাকে বাড়িয়ে দেয় ফলে মিসোপ্রোস্টল দ্রুত কাজ করে।

ওষুধের মাধ্যমে জরায়ু ইভাকুয়েশন

চিত্র ৯: নিচের ছবিটি দুটি ওষুধের সম্মিলিত ক্রিয়ার চিত্র তুলে ধরে।



মিসোপ্রোস্টল দামে সস্তা ও সহজলভ্য। অনেক দেশে গ্যাস্ট্রিক আলসার প্রতিরোধ ও চিকিৎসার জন্য ব্যবহার করা হয়। ঘরের স্বাভাবিক তাপমাত্রায় মিসোপ্রোস্টল স্থিতিশীল, তবে প্যাকেজিং কিংবা উচ্চ তাপ বা আর্দ্রতার সংস্পর্শে এলে মিসোপ্রোস্টলের ক্ষমতা হ্রাস পেতে পারে (Hall 2011)।

২০০৯ সালে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) ও অসম্পূর্ণ গর্ভপাত চিকিৎসার জন্য এবং ২০১১ সালে প্রসব পরবর্তী রক্তক্ষরণ প্রতিরোধের জন্য মিসোপ্রোস্টলকে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা কর্তৃক অত্যাবশ্যকীয় ওষুধের তালিকায় অন্তর্ভুক্ত করা হয়। মিসোপ্রোস্টল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন এবং জরায়ুর অভ্যন্তরের অন্যান্য প্রসিডিউর করার আগে জরায়ুমুখ নরম ও উপযোগী করার জন্য, প্রসব ব্যথা ত্বরান্বিত করার জন্য এবং প্রসব পরবর্তী রক্তপাত রোধের জন্য ব্যবহার করা হয়।

৭.২ প্রস্তুতি

ওষুধ প্রয়োগ করার আগে:

- সেবাগ্রহণকারীকে কাউন্সেলিং করতে হবে এবং অবহিত সম্মতি নিতে হবে (অনুগ্রহ করে অবহিত সম্মতি, তথ্য এবং কাউন্সেলিং অধ্যায় দেখুন।)
- শারীরিক পরীক্ষাসহ ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন করতে হবে (অনুগ্রহ করে ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অধ্যায় দেখুন।)
- সেবাগ্রহণকারীর জন্মবিরতিকরণ চাহিদা নিয়ে আলোচনা করতে হবে (অনুগ্রহ করে জন্মবিরতিকরণ সেবা অধ্যায় দেখুন।)

৭.২.১ সেবাগ্রহণকারীকে এমআরএম পদ্ধতি ব্যাখ্যা করা

ওষুধ গ্রহণ করার আগে, ফলাফল কী হতে পারে সে সম্পর্কে সেবাগ্রহণকারীকে পর্যাপ্ত তথ্য দিতে হবে– যেমন, কোন বড়িগুলি খেতে হবে, কখন এবং কিভাবে সেগুলি খেতে হবে, কখন ফলোআপে আসতে হবে এবং কখন এবং কী সমস্যা হলে কোথায় চিকিৎসা সহায়তা নিতে যেতে হবে। কিছু শব্দ সম্ভবত তার কাছে অপরিচিত (যেমন, সাবলিঙ্গুয়াল বা বাক্কাল); তাই সেবাদানকারীদের সহজ ভাষা ব্যবহার করা উচিত (যেমন, জিহ্বার নিচে বা গালের ভিতরে) এবং এমনকি বাড়িতে বা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে কিভাবে ওষুধ গ্রহণ করা উচিত প্রয়োজনে তাকে ছবি এঁকে বোঝাতে হবে।

রক্তপাত এবং তলপেট মোচড়ানো

সেবাদানকারী ও সেবাগ্রহণকারীর কাছে এমআরএম একটি নতুন পদ্ধতি। তাই তাদের উৎকণ্ঠা ও প্রশ্ন থাকা স্বাভাবিক। সেক্ষেত্রে সেবাদানকারী সেবাগ্রহণকারীর প্রশ্ন না এড়িয়ে বুঝিয়ে বলবেন, যেমন: স্বাভাবিক ও অস্বাভাবিক রক্তপাত এবং ব্যথার মধ্যে পার্থক্য কিভাবে বুঝবেন তা সেবাগ্রহণকারীকে বুঝিয়ে বলবেন। এমআরএম গ্রহণের ফলে সেবাগ্রহণকারীর রক্তপাত হবে এবং ব্যথা অনুভব করতে পারে, সে তথ্য সেবাগ্রহণকারীকে দিতে হবে। এই বিষয়গুলো সম্পর্কে আগে থেকে তথ্য দিলে সেবাগ্রহণকারীকে ভয় বা দুশ্চিন্তায় কম ভুগবে ফলে উপসগগুলোর প্রকোপ কমে যাবে।

মেডিকেল এমআরএ জরায়ু খালি হতে কত সময় লাগে:

শেষ মাসিকের ১০ সপ্তাহের মধ্যে মিফিপ্রিস্টন এবং মিসোপ্রোস্টল গ্রহণ করলে, জিহ্বার নিচে মিসোপ্রোস্টল ব্যবহারকারীদের ক্ষেত্রে সাধারণত ৩ ঘণ্টার মধ্যে জরায়ুর ভেতরের উপাদান বের হয়ে যায় এবং। গালের মধ্যে ব্যবহার করলে সাধারনত ৪ ঘন্টা সময় প্রয়োজন হয়।

সাধারণত, সেবাগ্রহণকারীকে যেদিন মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করে, তার পরের দিন থেকে ভালো বোধ করতে থাকে। মিসোপ্রোস্টল গ্রহণের কয়েক দিনের মধ্যে নারীরা তাদের স্বাভাবিক কার্যক্রম পুনরায় শুরু করতে পারেন। দুই ক্ষেত্রেই বমি বমি ভাব এবং বমি, যা মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার এবং গর্ভাবস্থায় লক্ষণ থাকে, সাধারণত মিসোপ্রোস্টল ব্যবহারের এক থেকে দুই দিনের মধ্যেই তা ঠিক হয়ে যায়। এমআরএম-এ ব্যবহৃত ওষুধের জন্য তলপেটে মোচড়ানো ব্যথা হতে পারে।

সফল মাসিক নিয়মিতকরণের চিহ্ন

বেশীরভাগ এমআরএম গ্রহীতাই জরায়ু থেকে বের হয়ে আসা গর্ভ উপাদান দেখতে পারেন না কিন্তু যোনিপথে রক্তস্রাব এবং জমাট বাধা রক্ত ও কোন কোন ক্ষেত্রে বড় জমাট বাধা রক্তপিণ্ড যাওয়া দেখতে পারেন। যেসকল গ্রহীতার ৮-৯ সপ্তাহ পর্যন্ত মাসিক বন্ধ থাকে, তাদের কেউ কেউ জরায়ুর সংকোচনের ফলে বের হয়ে আসা গর্ভ উপাদান শনাক্ত করতে পারেন যদিও তা রক্তের চাকার চেয়ে আলাদাভাবে চেনা যায় না। যদি কোনো এমআরএম গ্রহীতা জরায়ু সংকোচনের ফলে বের হয়ে আসা গর্ভ উপাদান সম্পর্কে বেশি উদ্বিগ্ন থাকেন বিশেষ করে মাসিক বন্ধের ৮ সপ্তাহ পর তবে সেবাপ্রদানকারী তাকে এ সম্পর্কে চিত্র এঁকে ধারণা দিতে পারেন। গ্রহীতার ১০ সপ্তাহের মাসিক বন্ধ থাকলে এক ইঞ্চির চেয়ে সামান্য ছোট (২.৩ সে.মি) জমাট বাঁধা রক্তপিণ্ড যাওয়া দেখতে পারে।

গর্ভ উপাদান অপসারণ

সেবাগ্রহণকারীকে বের হওয়া গর্ভ উপাদান টয়লেটে ফ্লাশ করতে পারেন বা স্বাভাবিক মাসিকের পর যেভাবে স্যানিটারি প্যাড অপসারণ করে থাকেন, সেভাবেও করতে পারেন।

৭.২.২ ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন: শারীরিক পরীক্ষা

মেডিকেল পদ্ধতিতে জরায়ু ইভাকুয়েশন আগে ক্লিনিক্যাল মূল্যায়নের মধ্যে রয়েছে শেষ মাসিকের তারিখ এবং জরায়ুর আকার নিরূপণ, সেবাগ্রহণকারীকে সাধারণ স্বাস্থ্যগত অবস্থা মূল্যায়ন এবং ওষুধে যেকোনো প্রতি নির্দেশ (contraindication) বা সতর্কতা (precaution)।

উপযুক্ততা যাচাই

ক. নির্দেশনা (indication)

শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে ১০ সপ্তাহ পর্যন্ত জরায়ুর উপাদান ইভাকুয়েশন করা যাবে।

খ. এমআরএম এর জন্য প্রতি নির্দেশনা (contraindication)

যদি কোনো সেবাগ্রহণকারীকে নিম্নলিখিত বিশেষ অবস্থা থাকে, তাকে কোন অবস্থাতেই সেবা দেওয়া উচিত নয়। তাকে ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের জন্য বিবেচনা করা উচিত বা তাকে এমন একটি কেন্দ্রে রেফার করতে হবে যেখানে তাকে বিকল্প সেবা দেওয়া যেতে পারে। প্রতি নির্দেশনাগুলো হচ্ছে–

- ব্যবহার্য কোনো একটি ওষুধে পূর্বে অ্যালার্জির ইতিহাস।
- উত্তরাধিকারসূত্রে প্রাপ্ত পোরফাইরিয়া (**Inherited Porphyria**)।
- ক্রনিক অ্যাড্রিনাল ফেইলিওর (**Chronic Adrenal Failure**)।
- একটোপিক গর্ভাবস্থা (**known or suspected ectopic pregnency**)।

গ. এমআরএম-এর জন্য সতর্কতা

যদি কোনো সেবাগ্রহণকারীর নিম্নলিখিত নির্দিষ্ট অবস্থা থাকে তাহলে এমআরএম-এর ঝুঁকি স্বাভাবিকের চেয়ে বেশি এবং অবশ্যই বিকল্প কোনো ব্যবস্থা বিবেচনায় আনতে হবে। এমআরএম সেবা দিতে উচ্চমান সম্পন্ন ক্লিনিক্যাল বিচক্ষণতা, দক্ষতা এবং মনিটরিং এর দরকার হতে পারে। এক্ষেত্রে, উচ্চতর সেবা কেন্দ্রে রেফার করা যথাযথ। যেসব ক্ষেত্রে সাবধানতা প্রয়োজন–

- **জরায়ুতে আইইউডির উপস্থিতি:** একটোপিক গর্ভ আছে কি না মূল্যায়ন করুন। যদি না হয়, IUD বের করে সেবা দেওয়া যেতে পারে।

- **মারাত্মক অনিয়ন্ত্রিত হাঁপানি বা দীর্ঘমেয়াদি কর্টিকোস্টেরয়েড গ্রহণ:** স্টেরয়েড নির্ভরশীল সেবাগ্রহণকারীর মধ্যে মিফিপ্রিস্টন ব্যবহারে নিষেধাজ্ঞা সম্পর্কিত কোনো গবেষণা নাই। নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণের অন্য কোনো বিকল্প না থাকলে সেবাদানকারীদের ক্লিনিক্যাল বিবেচনা প্রয়োগ করতে হবে। ৩-৪ দিনের জন্য স্টেরয়েডের ডোজ বাড়িয়ে এবং সেবাগ্রহণকারীকে নিবিড়ভাবে পর্যবেক্ষণ করতে হবে। হাঁপানি নিয়ন্ত্রণে না থাকলে এমআরএম-এর পর তা আরও অবনতি হতে পারে।

- **গুরুতর/অস্থিতিশীল স্বাস্থ্য সমস্যা যার মধ্যে রক্তক্ষরণজনিত ব্যাধি, হৃদ্‌রোগ এবং মারাত্মক রক্তস্বল্পতাসহ আরও কিছু সমস্যা থাকতে পারে।** রক্তক্ষরণজনিত ব্যাধি, হৃদ্‌রোগ, মারাত্মক রক্তস্বল্পতা বা গুরুতর/অস্থিতিশীল স্বাস্থ্য সমস্যায় আক্রান্ত সেবাগ্রহণকারীদের এমআরএম প্রয়োগের ক্ষেত্রে কোনো গবেষণালব্ধ প্রমাণ নেই। এই সেবাগ্রহণকারীদের এমআরএম দেওয়া যাবে কি না তা নির্ভর করবে এমআর সেবার বিকল্প, রেফারেল এবং সেবাদানকারীর ক্লিনিক্যাল মূল্যায়নের ওপর। এমআরএম দেওয়া হলে তাকে নিবিড় পর্যবেক্ষণে রাখা উচিৎ।

৭.৩ বিশেষ সতর্কতা : জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ (একটোপিক গর্ভাবস্থা)

যে সেবাগ্রহণকারীকে গর্ভবতী এবং পূর্বে একটোপিক গর্ভাবস্থার ইতিহাস আছে, টিউবাল সার্জারি বা জরায়ুতে আইইউডি আছে, তারা একটোপিক/ জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণের, উচ্চ ঝুঁকিতে থাকেন। যখন একটি নিষিক্ত ডিম্বাণু জরায়ুর বাইরে ফ্যালোপিয়ান টিউবে যুক্ত হয়, তখনই জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ/ একটোপিক গর্ভ ঘটে। এমআর এর জন্য আসা নারীদের ১%-এরও কম নারীদের মধ্যে একটোপিক গর্ভাবস্থা ঘটে (Edwards & Creinin 1997)। যদি একটোপিক গর্ভাবস্থা নির্ণয় করা না যায়, তাহলে জরায়ু ফেটে যাওয়া এবং রক্তক্ষরণের মাধ্যমে সেবাগ্রহণকারীর মৃত্যু পর্যন্ত ঘটতে পারে। এই কারণে, একটোপিক গর্ভাবস্থা প্রথম ট্রাইমেস্টারে মাতৃ মৃত্যুর একটি প্রধান কারণ (Khan 2006, WHO 1985)। অতএব, এমআরএম সেবা দেওয়ার আগে সেবাদানকারীরা সেবাসেবাগ্রহণকারীর একটোপিক গর্ভাবস্থার ঝুঁকি আছে কি না সেটা মাথায় রেখে সতর্কতার সাথে সেবাদান করবেন। একটোপিক গর্ভাবস্থায় এমআর করার ক্ষেত্রে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন কিংবা ওষুধ ব্যবহার করে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) প্রক্রিয়ার কোনোটি কার্যকরী নয়।

৭.৪ এমআরএম-এর জন্য বিশেষ বিবেচ্য বিষয়

নিচের তালিকাভুক্ত সেবাগ্রহণকারীদের মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল প্রয়োগ করে এমআর দেওয়া যেতে পারে: **ক। অল্প বয়সী নারী**

MRM কিশোরীদের জন্য নিরাপদ ও কার্যকরী (Phelps 2001)। যারা আগে সন্তান জন্ম দেননি তাদের ক্ষেত্রে এমআরএম আরও বেশি কার্যকরী (Chien 2009, Le Febvre 2008)। বেশি বয়সী সেবাগ্রহণকারীকে, পূর্বের স্বতঃস্ফূর্ত এমআর-এর ইতিহাস, অধিক সন্তান প্রসব এবং নির্ধারিত সময়ের আগে ফলোআপ ভিজিটে আসার সাথে এমআরএম কার্যকরী না হবার সম্পর্ক দেখা গেছে (Haimov-Kochman 2007)। একটি ফিনিশ গবেষণায় দেখা গেছে যে, সার্জিক্যাল ও মেডিকেল এমআর নিতে আসা কিশোরীদের অসম্পূর্ণ গর্ভপাত কম হয়েছে, পুনরায় ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন প্রয়োজন কম হয়েছে, কম রক্তক্ষরণ হয়েছে, এবং সার্জিক্যাল ও মেডিকেল এমআর-এর ক্ষেত্রে বয়স্কদের তুলনায় জটিলতা কম হয়েছে (Niinimaki 2011)।

খ. হাঁপানি

যেসকল সেবাগ্রহণকারীকে হাঁপানির জন্য কর্টিকোস্টেরয়েডসহ ইনহেলার ব্যবহার করেন, তারা এমআরএম সেবা নিতে পারবেন, কেননা ইনহেলারের ওষুধগুলি তন্ত্রে শোষিত হয় না। যদিও কিছু প্রোস্টাগ্ল্যান্ডিন রক্তনালিকে সংকুচিত করে, কিন্তু মিসোপ্রোস্টল হলো এক ধরনের প্রোস্টাগ্ল্যান্ডিন যা শ্বাসনালিকে প্রসারিত করতে সহায়ক, প্রদাহ কমায় এবং অক্সিজেনের প্রবাহ বৃদ্ধি করে (Bernstein & Kandinow 2004)।

গ. এইচআইভি ও এইডস

এইচআইভি এবং এইডস-এ আক্রান্ত সেবাগ্রহণকারীকে এমআরএম ব্যবহার করতে পারেন। এইচআইভি বা এইডস আক্রান্ত সেবাগ্রহণকারীকে রক্তস্বল্পতার ঝুঁকিতে থাকতে পারে, বিশেষ করে যদি তাদের ম্যালেরিয়া থাকে বা তারা নির্দিষ্ট অ্যান্টিরেট্রোভাইরাল চিকিৎসা নিয়ে থাকেন। (Gangopadhyay 2011)। অন্য যেকোনো নারীর মতো, যদি অতিরিক্ত রক্তপাত হয় তবে অবিলম্বে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে চিকিৎসা দিতে হবে।

ঘ. বুকের দুধ খাওয়ানো

যে সেবাগ্রহণকারীকে শিশুকে বুকের দুধ খাওয়াচ্ছেন তারা এমআরএম এর জন্য মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল নিতে পারেন। দুধ খাওয়াবার ৩০ মিনিটের মধ্যে বুকের দুধে নিম্ন মাত্রায় মিসোপ্রোস্টল পাওয়া যায়; প্রায় ১ ঘণ্টা পর্যন্ত বুকের দুধে সর্বোচ্চ ঘনত্ব থাকে। যদিও শিশুদের মধ্যে এটির কোনো ক্ষতিকর প্রভাব পাওয়া যায়নি। যেসকল মায়েরা বুকের দুধ খাওয়ানোর ব্যাপারে উদ্বিগ্ন থাকেন, তাদেরকে মিসোপ্রোস্টল গ্রহণের আগে অথবা ওষুধ খাবার ৪-৫ ঘণ্টা পরে বুকের দুধ সেবনের পরামর্শ দেওয়া যেতে পারে। (Vogel 2004, Abdel-Aleem 2003, Saav 2010)।

ঙ. যৌনবাহিত রোগ (STI)

এমআরএম সেবা দেওয়ার সময় কোনো সেবাগ্রহণকারীর যৌনবাহিত রোগ থাকলে তাকে সে অনুযায়ী চিকিৎসা দিতে হবে। যেদিন তিনি সেবা গ্রহণ করবেন, একই দিনে তার যৌনবাহিত রোগের চিকিৎসা আরম্ভ করা যাবে। (Devis & Easterling 2009, Achilles & Reeves 2011)।

চ. স্থূলতা

স্থূল ও স্বাভাবিক ওজনের সেবাগ্রহণকারীদের মধ্যে মিফিপ্রিস্টন এবং মিসোপ্রোস্টল-এর কার্যকারিতার কোনো পার্থক্য নেই। (Strafford 2009)। সুতরাং এক্ষেত্রে মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল-এর মাত্রা সমন্বয়ের কোনো প্রয়োজন নাই।

ছ. একাধিক গর্ভধারণ

সেবাগ্রহণকারীর যদি যমজ (বা একাধিক গর্ভাবস্থা) গর্ভ থাকে, তাহলে তিনি ওষুধের আদর্শ মাত্রায় মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল গ্রহণ করতে পারেন। একক ও একাধিক গর্ভের ক্ষেত্রে সাফল্যের হার সমভাবে প্রযোজ্য। (Hayes 2011)।

৭.৫ ওষুধের সাহায্যে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআরএম)-এর প্রোটোকল

সুপারিশকৃত মিফিপ্রিস্টন প্লাস মিসোপ্রোস্টল রেজিমেন

বিশ্বে মেডিকেল এমআর-এর জন্য বিভিন্ন পদ্ধতিতে মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করা হয়। ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল ও প্রমাণ-ভিত্তিক অনুশীলনে ব্যবহৃত রেজিমেন-এর ওপর ভিত্তি করে নিম্নলিখিত নির্দেশাবলি তৈরি করা হয়েছে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (অ্যাবরশন কেয়ার গাইডলাইন ২০২২) মেডিকেল এমআর-এর জন্য মিসোপ্রোস্টল ও মিফিপ্রিস্টন ব্যবহার সুপারিশ করেছে।

সেবাগ্রহণকারীকে মিফিপ্রিস্টন প্রদানের পূর্বে নিম্নলিখিত তথ্য প্রদান করতে হবে:

- কখন এবং কিভাবে ওষুধ খেতে হবে।
- মাসিক নিয়মিতকরণের প্রক্রিয়ায় নারী কী অনুভব করবেন এবং কী দেখবেন।
- সতর্ক সংকেত এবং সম্ভাব্য সমস্যা হিসেবে কী কী পর্যবেক্ষণ করতে হবে।
- প্রশ্ন থাকলে বা জরুরি পরিস্থিতিতে কার সাথে যোগাযোগ করতে হবে।
- ব্যথা প্রশমনের জন্য কোনো ওষুধ খেতে হবে।

শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে ১০ সপ্তাহ (এলএমপির ৭০ দিন পর্যন্ত) পর্যন্ত এমআরএম-এর জন্য মিফেপ্রিস্টন এবং মিসোপ্রোস্টল ব্যবহারের রেজিমেন:

শেষ মাসিকের প্রথম দিন (LMP) থেকে মাসিক বন্ধ হবার সময়	ওষুধের মাত্রা, প্রয়োগ পথ এবং সময়	
	মিফিপ্রিস্টন	মিসোপ্রোস্টল
১০ সপ্তাহ পর্যন্ত	২০০ মিগ্রা (১ বড়ি) মুখে এক মাত্রা	মিফিপ্রিস্টন প্রয়োগের ২৪-৪৮ ঘণ্টার মধ্যে; ৮০০ মাইক্রোগ্রাম (২০০ মাইক্রোগ্রামের ৪টি বড়ি) গাল ও মাড়ির মাঝে অথবা জিহ্বার নিচে অথবা যোনিপথে ব্যবহার করতে হবে*

**এমআরএম পদ্ধতি সফলতার উপর নির্ভর করে বিবেচনা করতে হবে যে মিসোপ্রোস্টলের ডোজ সেবাগ্রহণকারীকে পুনরায় দিতে হবে কি না।*

৭.৫.১ ওষুধের প্রয়োগ পথ

- **মিফিপ্রিস্টন**

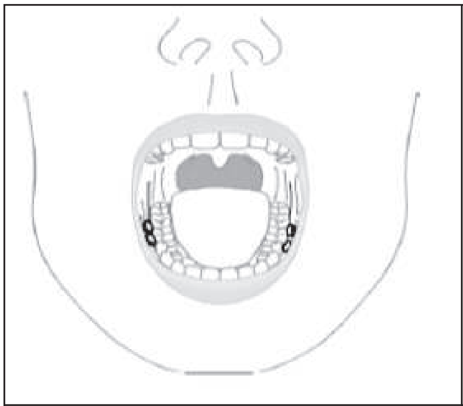
  মিফিপ্রিস্টন ২০০ মি.গ্রা. (এক বড়ি) মাসিক নিয়মিতরণের প্রথম দিন মুখে (বড়ি গিলে ফেলা) খেতে হবে।

- **মিসোপ্রোস্টল**

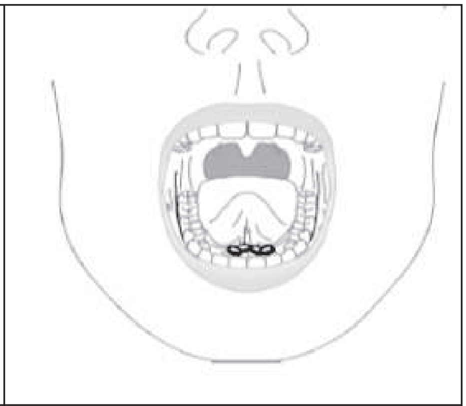
  মিসোপ্রোস্টলের প্রয়োগ পথ, মাত্রা এবং সময় নির্ধারণের ভিন্নতা রয়েছে। ১০ সপ্তাহ মাসিক বন্ধ থাকলে গাল ও মাড়ির মাঝে কিংবা জিহ্বার নিচে ব্যবহার করার সুপারিশ করা হয়।

ক। মিসোপ্রোস্টল, গাল এবং মাড়ির মাঝে ব্যবহার

- উভয় পাশের গাল এবং মাড়ির মাঝে দুটি করে বড়ি রাখতে হবে (মোট চারটি)।
- ৩০ মিনিটের পরে, কোনো বড়ির টুকরো অবশিষ্ট থাকলে তা পানি দিয়ে গিলে ফেলতে হবে।



মাড়ি ও গালের মাঝে মিসোপ্রাস্টলের ব্যবহার



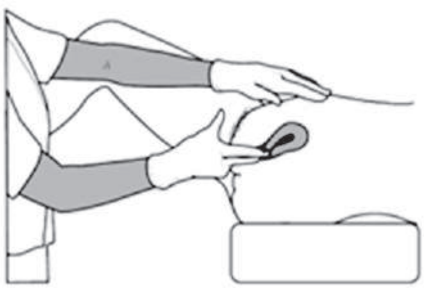
জিহ্বার নিচে মিসোপ্রাস্টলের ব্যবহার

খ. মিসোপ্রোস্টল, জিহ্বার নিচে ব্যবহার

জিহ্বার নিচে ৪টি বড়ি রাখতে হবে। ৩০ মিনিট পরে, কোনো অবশিষ্ট অংশ থাকলে পানি দিয়ে গিলে ফেলতে হবে।

গ. মিসোপ্রোস্টল, যোনিপথে ব্যবহার

- সেবাগ্রহণকারীকে প্রস্রাব করে চিত হয়ে শুতে হবে।
- সেবাদানকারীকে হাত ধুয়ে পরিষ্কার গ্লাভস পরে বড়ি যোনিপথে প্রবেশ করাতে হবে।
- সবগুলো মিসোপ্রোস্টল বড়ি ঢোকাতে হবে।



- যোনিপথের ভেতরে যতদূর সম্ভব বড়িগুলি প্রবেশ করাতে হবে; (তবে যোনির ভেতরে বিশেষ কোনো স্থানে রাখবার প্রয়োজন নাই)।
- প্রায়শই বড়িগুলো মিশে যায় না তবে ওষুধটি ঠিকই শোষিত হয়।
- বড়িগুলোর টুকরো অংশ কয়েক ঘণ্টা পরেও যোনিপথে দেখা যেতে পারে।
- ৩০ মিনিট শুয়ে থাকার পর, যদি কোনো সেবাগ্রহণকারীকে উঠে দাঁড়ানোর সময় বা বাথরুমে বড়ি বাইরে পড়ে যায়, তাহলে বড়িগুলি পুনরায় ঢোকানোর দরকার নেই; কারণ ওষুধের সক্রিয় অংশ ততক্ষণে শোষিত হয়েছে।

৭.৬ এমআরএম-এর পরে প্রতিক্রিয়া

একজন সেবাগ্রহণকারীকে মাসিক নিয়মিতকরণের জন্য মিসোপ্রোস্টল গ্রহণ করলে, তীব্র মাসিকের মতো বা স্বতঃস্ফূর্ত এমআর-এর অনুরূপ অনুভূতি হতে পারে, তলপেটের মোচড়ানো ব্যথা ও অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ হতে পারে। তবে এই রক্তস্রাব ও তলপেটের ব্যথা ওষুধের পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া কিংবা সম্ভাব্য জটিলতার সতর্ক চিহ্ন কি না তা অবশ্যই আলাদাভাবে গনাক্ত করতে হবে।

৭.৬.১ ব্যথা এবং তলপেট মোচড়ানো

মেডিকেল পদ্ধতিতে জরায়ু ইভাকুয়েশন সময় অধিকাংশ সেবাগ্রহণকারীকে ব্যথা ও তলপেট মোচড়ানোর অনুভূতি অনুভব করেন যা স্বাভাবিক নিয়মিত মাসিকের ব্যথা ও তলপেট মোচড়ানোর চেয়ে কিছুটা বেশি, কারণ জরায়ুর ভিতরের উপাদান বের করার জন্য জরায়ু সংকুচিত হয়। সাধারণত মিসোপ্রোস্টল গ্রহণের ১-৩ ঘণ্টার মধ্যেই তলপেট মোচড়ানো শুরু হয়। জরায়ুর সংকোচনের মাধ্যমে জরায়ুর ভিতরের উপাদান জরায়ুর মুখ দিয়ে বের হয়ে আসে এবং এই সংকোচনের জন্যই তলপেট মোচড়ানো ব্যথা শুরু হয়। জরায়ুর ভিতরের উপাদান সম্পূর্ণ বের হয়ে গেলে এই ব্যথা ধীরে ধীরে কমে যায়। এই ব্যথার পরিমাণ সেবাগ্রহণকারী ভেদে কম-বেশি অনুভব করতে পারে।

তবে বিশেষ ক্ষেত্রে ব্যথার পরিমাণ আগে থেকে ধারণা করা যায়, যেমন বয়স্ক সেবাগ্রহণকারীদের, আগে সন্তান জন্মদান করেছেন কিংবা অধিক সন্তান জন্মদান করেছেন এমন সেবাগ্রহণকারীদের এমআরএম সেবায় ব্যথা সাধারণত কম হয়ে থাকে, অপর দিকে অল্প বয়সী সেবাগ্রহণকারীদের এবং যারা কখনো গর্ভধারণ করেননি তাদের ক্ষেত্রে ব্যথা বেশি অনুভূত হয়ে থাকে। যেসব নারীদের মাসিকের সময় ব্যথা হয় তাদের মেডিকেল এমআর-এর সময়ও স্বাভাবিকের চেয়ে বেশি ব্যথা হয়ে থাকে এবং তা তাদের বয়স বা প্রজনন ইতিহাসের ওপর নির্ভর করে না।

৭.৬.২ ব্যথা ব্যবস্থাপনা

অধিকাংশ সেবাগ্রহণকারীকে মেডিকেল পদ্ধতিতে জরায়ু ইভাকুয়েশন সম্পর্কিত ব্যথা সহ্য করতে পারেন। বিশেষ করে সেবাকেন্দ্রে মেডিকেল এমআর সেবায় ওষুধ প্রদানের সময় এ ব্যাপারে বিস্তারিত জানালে পুরো প্রক্রিয়ার সাথে সেবাগ্রহণকারীকে খাপ খাইয়ে নিতে পারেন। সেবাগ্রহণকারীকে প্রথমবার সেবাকেন্দ্রে আসার পর বেদনা নাশক ওষুধ অথবা প্রেসক্রিপশন দিতে হবে। মেডিকেল এমআর সম্পর্কিত ব্যথা উপশমের জন্য সবচেয়ে ভালো রেজিমেন এখনো প্রতিষ্ঠিত নয়। এক্ষেত্রে প্যারাসিটামল (অ্যাসিটামিনোফেন) এর চেয়ে আইবুপ্রোফেন ভালো কাজ করে।

মিসোপ্রোস্টলের সাথে অথবা তলপেটে মোচড়ানো শুরু হওয়ামাত্র আইবুপ্রোফেন দেওয়া যাবে। (Livshits 2009)। আইবুপ্রোফেন মেডিকেল এমআর প্রক্রিয়ায় বা ওষুধের কার্যকারিতায় কোনো প্রভাব ফেলে না। নারকোটিক বেদনানাশক ব্যথা কমানোর আরেকটি বিকল্প হতে পারে যদিও সর্বাপেক্ষা উপযোগী ওষুধ, ওষুধের মাত্রা এবং কখন খেতে হবে তা জানা যায়নি। অপর সম্ভাব্য বিকল্প হচ্ছে সেবাগ্রহণকারীকে একসাথে এনএসএআইডি (আইবুপ্রোফেন) ও নারকোটিক বেদনানাশক দিয়ে মিসোপ্রোস্টলের সাথে অথবা তলপেটে মুচড়ানো আরম্ভ হলে আইবুপ্রোফেন খেতে পরামর্শ দেওয়া অথবা ব্যথার তীব্রতার ওপর নির্ভর করে ব্যথা না কমা পর্যন্ত এ দুটি ওষুধ পালাক্রমে চালিয়ে যেতে পারেন। ওষুধ দিয়ে ব্যথা ব্যবস্থাপনার সাথে কাউন্সেলিং, সহায়ক পরিবেশ ও তলপেটে গরম পানির সেঁক সেবাগ্রহণকারীর ব্যথা কমতে সাহায্য করে।

৭.৬.৩ যোনিপথে রক্তস্রাব

রক্তক্ষরণের শুরুর সময়

যোনিপথে রক্তস্রাবের সাথে প্রায়শ চাকা চাকা রক্ত যায়, সাধারণত সাধারণ মাসিকের তুলনায় বেশি রক্তস্রাব হয়, তবে কখনো কখনো হালকা রক্তস্রাবও হতে পারে। মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল একত্রে ব্যবহারের ক্ষেত্রে বেশিরভাগ সময় মিসোপ্রোস্টল খাওয়ার তিন ঘণ্টার মধ্যে রক্তস্রাব শুরু হয় এবং জরায়ুর ভিতরের উপাদান বের হয়ে যাবার পর রক্তস্রাব কমে আসে।

রক্তস্রাবের স্থিতিকাল

মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টলের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণ করলে রক্তস্রাবের গড় স্থিতিকাল ১৪ দিন হয়ে থাকে। শতকরা ২০ ভাগ সেবাগ্রহণকারীকে রক্তস্রাব ও ফোঁটা ফোঁটা রক্তক্ষরণ এমআরএম-এর পর থেকে পরবর্তী মাসিক পর্যন্ত সর্বমোট ৩৫ দিন থেকে ৪২ দিন পর্যন্ত হতে পারে, যা মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) পরবর্তী প্রথম মাসিকের শুরুতেও চলমান থাকে।

ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন এবং ওষুধের সাহায্যে এমআর সেবাগ্রহণকারীদের রক্তস্রাবের ধরনের ওপর কয়েকটি বড় গবেষণার মধ্যে একটিতে দেখা গেছে যে, এমআরএম সেবাগ্রহণকারীদের মধ্যে অতিরিক্ত রক্তস্রাব, মাসিকের মতো রক্তস্রাব এবং ফোঁটা ফোঁটা রক্তস্রাবের স্থিতিকাল উল্লেখযোগ্যভাবে বেশি। রক্তস্রাবের স্থিতিকাল এমআরএম সেবাগ্রহণকারীদের মধ্যে দীর্ঘ হলেও ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন পদ্ধতিতে এমআর সেবাগ্রহণকারীদের তুলনায় এমআরএম সেবাগ্রহণকারীদের হিমোগ্লোবিন (>২ গ্রাম/ডেসিলিটার) উল্লেখযোগ্য হারে কমে না। এই গবেষণার সবচেয়ে উল্লেখযোগ্য দিক হচ্ছে, যেসব সেবাগ্রহণকারীর রক্তস্রাবের স্থিতিকাল এবং মাত্রা সম্পর্কে সঠিক ধারণা রেখেছিলেন তারা এমআরএম নিয়ে সন্তুষ্ট ছিলেন।

৭.৭ এমআরএম সংক্রান্ত অন্যান্য বিষয়

অ্যান্টিবায়োটিক

এমআরএম এর পরে সংক্রমণের হার খুবই কম। নিয়মিত এমআরএম পদ্ধতিতে প্রতিষেধক অ্যান্টিবায়োটিকের (Prophylactic Antibiotic) ব্যবহার সুপারিশ করা হয় না। (WHO অ্যাবরশন কেয়ার গাইডলাইন-২০২২)। নিয়মিতভাবে প্রতিষেধক অ্যান্টিবায়োটিকের (Prophylactic Antibiotic) ব্যবহারে সম্ভাব্য অসুবিধার মধ্যে রয়েছে উচ্চতর সেবা খরচ, ওষুধের ব্যয় অ্যান্টিবায়টিকের অতিরিক্ত ব্যবহার এবং পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া (যা অ্যান্টিবায়োটিক থেকে উদ্ভূত)। কাজেই অপ্রয়োজনীয়ভাবে প্রতিষেধক অ্যান্টিবায়োটিক (Prophylactic Antibiotic) দিয়ে চিকিৎসা না করাই সুবিধাজনক।

Rh ইমিউনোগ্লোবুলিন

Rh ইমিউনোগ্লোবুলিনের অভাব মাসিক নিয়মিতকরণ সেবা প্রদানে বাধা হওয়া উচিত নয়। যেসকল স্থানে Rh নেগেটিভ অবস্থার প্রাদুর্ভাব বেশি এবং Rh ইমিউনোগ্লোবুলিন পাওয়া যায় এবং সাশ্রয়ী, সেখানে Rh নেগেটিভ মহিলাদের মিফিপ্রিস্টন নেওয়ার সময় বা মিসোপ্রোস্টল গ্রহণ করার আগে দেওয়া যেতে পারে।

যেসকল Rh নেগেটিভ নারীরা ১০ সপ্তাহের মধ্যে এমআরএম সেবা নিয়েছে, তাদের সংবেদনশীল হওয়ার ঝুঁকি সম্পর্কিত কোনো উপাত্ত নেই (fiala 2003)। ১০ সপ্তাহের পর পর এমআরএম প্রদান করার সময়, সেবাদানকারীরা যথারীতি জরায়ু নিষ্কাশনের অন্যান্য পদ্ধতির মতো আরএইচ পরীক্ষা এবং Rh নেগেটিভ নারীদের জন্য Rh ইমিউনোগ্লোবুলিন দেওয়ার স্থানীয় নিয়ম অনুসরণ করবেন।

ভ্রূণের বিকৃতির ঝুঁকি

শুধুমাত্র মিফেপ্রিস্টোনের কারণে ভ্রূণের বিকৃতি দেখা যায়নি। যদি মিসোপ্রোস্টল ব্যবহারের পরেও নারীর গর্ভাবস্থা চলমান থাকে এবং গর্ভাবস্থার অবসান না চান, তবে গর্ভস্থ ভ্রূণের বিকৃতির একটি ছোট ঝুঁকি থেকে যায়। মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করার পরেও চলমান গর্ভাবস্থার নারীরা যদি গর্ভাবস্থা চালিয়ে যেতে চান তবে ঝুঁকি সম্পর্কে কাউন্সেলিং করা উচিত।

এমআরএম ওষুধ (Mifepristone এবং misoprostol regimen) বাড়িতে ব্যবহার

ঐতিহ্যগতভাবে, সেবাদানকারীরা মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) প্রক্রিয়া শুরু করার জন্য একটি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সেবা সেবাগ্রহণকারীকে মিফিপ্রিস্টন দিয়ে থাকে। তার ১-২ দিন পরে, সেবাগ্রহণকারীকে স্বাস্থ্য কেন্দ্রে বা তাদের নিজের বাড়িতে বা অন্য কোনো নিরাপদ স্থানে মিসোপ্রোস্টল নিতে পারে। গোপনীয়তা, সাহচর্য ও সময়ের ব্যাপারে সেবাগ্রহণকারীর ব্যক্তিগত পছন্দকে গুরুত্ব দিয়ে সে কোন অবস্থানে বসে মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করতে চায় তা ঠিক করতে হবে।

জরায়ুতে অপারেশনের ইতিহাস আছে এমন সেবা সেবাগ্রহণকারীদের জন্য নিয়ম

জরায়ুতে অপারেশনের ইতিহাস আছে এমন সেবা সেবাগ্রহণকারীদের ক্ষেত্রে মেডিকেল এমআর পদ্ধতিতে কোনো পরিবর্তন নেই।

৭.৮ এমআরএম-এর সম্ভাব্য পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া

নিম্নলিখিত পার্শ্ব প্রতিক্রিয়াগুলো মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার সম্পর্কিত এবং তা মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টলের যৌথ ব্যবহারে হতে পারে:

- বমি বমি ভাব।
- বমি।
- পাতলা পায়খানা।
- জ্বর; গরম বা ঠান্ডা লাগা।
- মাথাব্যথা।
- দুর্বলতা।
- মাথা ঝিমঝিম করা বা ঘুরানো।

উল্লেখিত উপসর্গগুলোর মধ্যে কোন কোন উপসর্গ এমআরএম-এর কারণে না হয়ে গর্ভাবস্থার কারণে হতে পারে। গর্ভাবস্থার উপর্সগগুলো এমআরএম প্রক্রিয়া শুরু করার পর কার্যত চলে যায়। মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করার পর সাময়িক জ্বর ও ডায়রিয়া হতে পারে ও বমি বমি ভাব বা বমি হতে পারে।

মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টলের ক্লিনিক্যাল ট্রায়াল গবেষণায় দেখা গেছে অর্ধেক নারী পরিপাকতন্ত্রের পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া যেমন বমি বমি ভাব, বমি বা ডায়রিয়া হয়েছে বলে জানিয়েছেন। অধিকাংশ নারীরই মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করার পর জ্বর ও কাঁপুনি হয়ে থাকে যা বেশিক্ষণ স্থায়ী হয় না এবং জ্বর কমার ওষুধ খেলে ভালো হয়ে যায়। মাথাব্যথা ও ঝিমঝিম ভাব বা মাথা ঘুরানো খুব সাধারণ পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া। অধিকাংশ পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া আপনা থেকেই ভালো হয়ে যায় বা ঘরে চিকিৎসা করা যায়। তবে মিসোপ্রোস্টল গ্রহণের ২৪ ঘণ্টা পরও যদি কারও এ সকল উপসর্গ তীব্রভাবে থাকে তবে সেবাগ্রহণকারীকে চিকিৎসকের পরামর্শ গ্রহণ করতে হবে।

৭.৯ জটিলতা:

জটিলতা প্রায়শই একটি ধারাবাহিকতায় ঘটে। উদাহরণস্বরূপ, সকল সেবাগ্রহণকারীর রক্তপাত হয়, কিছু সেবাগ্রহণকারীর দীর্ঘস্থায়ী রক্তপাত হয় যা অস্বস্তিকর কিন্তু ক্ষতিকর নয় এবং অল্প কিছু সংখ্যক সেবাগ্রহণকারীর অতিরিক্ত রক্তপাত হয় যাতে মেডিকেল ও সার্জিক্যাল হস্তক্ষেপের প্রয়োজন হয়। জটিলতা খুব কমই হয়। মেডিকেল এমআর-এর জটিলতাগুলো হলো: গর্ভাবস্থা বজায় থাকা, রক্তক্ষরণ ও সংক্রমণ ।

নিম্নলিখিত অভিজ্ঞতা হলে সেবাগ্রহণকারীকে তাৎক্ষণিকভাবে সেবাদানকারীর সাথে যোগাযোগ করবেন:

- **অতিরিক্ত রক্তস্রাব:** পর পর দু-ঘণ্টা প্রতি ঘণ্টায় যদি দুটোর বেশি সেনিটারি ন্যাপকিন ভিজে যায়, বিশেষ করে যদি অতিরিক্ত রক্তপাতের সাথে দীর্ঘায়িত মাথা ঘুরানো, মাথা হালকা অনুভব করা, ক্রমবর্ধমান অবসন্ন থাকা।
- **জ্বর ৩৮ ডিগ্রি সেলসিয়াস (১০০.৪ ডিগ্রি ফারেনহাইট):** মিসোপ্রোস্টল গ্রহণের পর যেকোনো দিন যদি জ্বর আসে।
- **যোনিপথে অস্বাভাবিক বা দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব:** বিশেষ করে যদি সাথে তলপেটে তীব্র মোচড়ানো বা পেট ব্যথা থাকে
- **তীব্র পেটে ব্যথা:** মিসোপ্রোস্টল গ্রহণের পর যেকোনো দিন পেটে ব্যথা হলে।
- **প্রচণ্ড অসুস্থবোধ করা:** মিসোপ্রোস্টল গ্রহণের পরদিন থেকে অনবরত তীব্র বমি বমি ভাব বা বমি ভাব সাথে জ্বর থাকুক বা না থাকুক।

৭.১০ সেবাকেন্দ্র ত্যাগের পূর্বে সেবাগ্রহণকারীর জন্য নির্দেশাবলি:

সেবাকেন্দ্র ত্যাগের পূর্বে সেবাপ্রদানকারী সহজ ভাষায় সেবাগ্রহণকারীকে মেডিকেল এমআর প্রক্রিয়াটি বুঝিয়ে বলবেন। কোন বড়ি গ্রহণ করতে হবে, কখন ও কিভাবে গ্রহণ করতে হবে, প্রয়োজনে ফলোআপ সেবার জন্য কখন আসবেন এবং কোন সমস্যা হলে মেডিকেল সাহায্যের জন্য কখন কোথায় যাবেন এই নির্দেশনাগুলো সেবাগ্রহণকারীকে দিতে হবে।

এই নির্দিষ্ট বিষয়গুলো সংক্ষিপ্ত আকারে লেখা প্যামপ্লেট, কার্ড অথবা হ্যান্ডআউটে দেওয়া হলে তা কার্যকরী। পড়তে জানেন না এমন নারীর জন্যও লিখিত নির্দেশাবলি উপকারী কারণ সেবাগ্রহণকারী কোনো কিছু জানার থাকলে এটি অন্য কেউও পড়ে শোনাতে পারে। যে সকল সেবাগ্রহণকারীকে পড়তে জানেন না তাদের জন্য চিত্র দ্বারা প্রকাশিত উপকরণ যেমন: ওষুধের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) প্রক্রিয়া, পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া এবং সম্ভাব্য জটিলতার সচিত্র গাইড সহায়ক হতে পারে। (যেমন: আইইসি ম্যাটারিয়াল, জব এইড ইত্যাদি)

মেডিকেল এমআর সম্পর্কিত এই তথ্যগুলোও সেবাগ্রহণকারীকে জানাতে হবে :

- নিয়ম ও কার্যকারিতা।
- ওষুধ গ্রহণ করার পর কী কী হতে পারে।
- প্রক্রিয়াটি সম্পূর্ণ হতে সাধারণত কতক্ষণ সময় লাগে।
- সফল এমআর-এর চিহ্নসমূহ।
- প্রত্যাশিত প্রতিক্রিয়া, সম্ভাব্য পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া এবং জটিলতা।
- বিপদ চিহ্নসমূহ এবং কখন সেবাদানকারীর কাছে সাহায্যের জন্য আসতে হবে।
- জরুরি সেবার নিশ্চয়তা দেওয়া।
- জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতির চাহিদা নিরূপণ ও প্রদান।
- যদি প্রয়োজন হয় কখন ও কোথায় ফলোআপ সেবা পাওয়া যাবে।

৭.১১ ফলোআপ সেবা:

যেসকল সেবাগ্রহণকারীকে নিশ্চিতভাবে বুঝতে পারেন যে তাদের মাসিক নিয়মিতকরণ সম্পন্ন হয়েছে তাদের ফলোআপ ভিজিটে আসার প্রয়োজন হয় না (WHO অ্যাবরশন কেয়ার গাইডলাইন-২০২২)। যেসকল সেবাগ্রহণকারীকে বাড়িতে মিসোপ্রোস্টল গ্রহণ করবেন তাকে সেবাদানকারী জরায়ু খালি হবার চিহ্নসমূহ (রক্তস্রাব ও তলপেটে মোচড়ানো ব্যথা) বুঝিয়ে বলবেন। যা থেকে সেবাগ্রহণকারীকে বাড়িতে থেকেও বুঝতে পারবেন যে মাসিক নিয়মিতকরণ সফল হয়েছে কি না।

তবে মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল গ্রহণের পর যদি সেবাগ্রহণকারীর রক্তস্রাব না হয় বা খুব অল্প রক্তস্রাব হয় এবং তখনো তিনি গর্ভবতীর লক্ষণ ও চিহ্ন অনুভব করেন তবে তাকে অবশ্যই সেবাদানকেন্দ্রে ফলোআপ ভিজিটে আসতে হবে। এক্ষেত্রে দেখা প্রয়োজন যে তাঁর মাসিক নিয়মিতকরণ সফলভাবে সম্পন্ন হলো কি না অথবা অন্য কোনো পদ্ধতি দ্বারা মাসিক নিয়মিত করতে চান কি না। সেবাগ্রহণকারী যদি ক্রমাগত রক্তপাত বা অন্যান্য সমস্যা নিয়ে উদ্বিগ্ন থাকেন তাহলে যেকোনো সময় সেবাপ্রদানকারীর কাছে আসতে পারেন। তবে যদি এমআরএম-এর সফলতার ব্যাপারে আশ্বস্ত হতে চান তাহলে মোটামুটি ১ থেকে ২ সপ্তাহ পর ফলোআপ ভিজিটে আসতে পারেন এবং তিনি সেবাপ্রদানকারী কর্তৃক নিশ্চিত হতে পারেন যে তাঁর মাসিক নিয়মিতকরণ সফল হয়েছে এবং পরবর্তী সময়ে তার পছন্দের অন্যান্য সেবাগুলোও নিতে পারবেন।

ফলোআপ সেবার জন্য সেবাকেন্দ্রে এলে সেবাদানকারী যা করবেন:

১। সেবাগ্রহণকারীকে জিজ্ঞাসা করতে হবে এমআরএম পদ্ধতি গ্রহণ করার অভিজ্ঞতা সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করবেন।

২। এমআরএম-এর সফলতা সম্পর্কে নিশ্চিত হবেন।

ক. এমআরএম প্রক্রিয়ার ইতিহাস নেবেন, মিসোপ্রোস্টল খাবার পর সেবাগ্রহণকারীর রক্তস্রাব ও তলপেটে মোচড়ানো ব্যথার পরিমাণ ও স্থিতিকাল এবং রক্তস্রাবের সাথে কোনো জমাট বাঁধা রক্তপিণ্ড গিয়েছিল কি না তা জিজ্ঞাসা করবেন।

খ. সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক পরীক্ষা করে নিশ্চিত হতে হবে যে এমআরএম সফল হয়েছে কি না।

গ. যদি সন্দেহ থাকে সেক্ষেত্রে সেবাপ্রদানকারী নারীর জরায়ুতে ভ্রূণের উপস্থিতি বা গর্ভাবস্থা বজায় আছে কি না তা দেখার জন্য আলট্রাসনোগ্রাম করতে পারেন অথবা আলট্রাসনোগ্রাম করার জন্য রেফার করবেন।

৩। জরায়ুতে গর্ভ উপাদান থাকলে বা মাসিক নিয়মিতকরণ অসম্পূর্ণ থাকলে নিম্নলিখিতভাবে চিকিৎসা করাতে হবে–

ক। এমআরএম প্রক্রিয়ার ইতিহাস নেওয়া, রক্তস্রাব ও তলপেটে মোচড়ানো ব্যথার পরিমাণ ও স্থিতিকাল এবং রক্তস্রাবের সাথে কোনো জমাট বাঁধা রক্তপিণ্ড গিয়েছিল কি না তা জিজ্ঞাসা করতে হবে।

খ। সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক পরীক্ষা করতে হবে।

গ। এমআর সম্পূর্ণ হয়েছে কি না এটা যদি বোঝা না যায় তাহলে আলট্রাসনোগ্রাম করতে হবে।

৪। চিকিৎসা সম্পূর্ণ হওয়া বা চলাকালীন কী হতে পারে তা সেবাগ্রহণকারীকে জানাতে হবে।

৫। সেবাগ্রহণকারীকে ল্যাবরেটরি পরীক্ষার ফলাফল পুনঃমূল্যায়ন করা।

৬। সেবাগ্রহণকারী যদি চায়, জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি দেয়া।

অধ্যায়: ৮

মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার ব্যথা উপশমের ব্যবস্থাপনা

৮.১ ভূমিকা

প্রায় সকল সেবাগ্রহণকারীকেই মাসিক নিয়মিতকরণের/এমআর-এর সময় ব্যথা বা তলপেটে মোচড়ানো ব্যথা অনুভব করবেন। এই গুরুত্বপূর্ণ বিষয়টি উপেক্ষা করলে একজন সেবাগ্রহণকারীর উদ্বেগ ও অস্বস্তি বৃদ্ধি পায়, সেই সাথে প্রক্রিয়াটি সম্পন্ন হতে বিলম্ব হয় এবং সেবাদানের মান নিশ্চিত করা কঠিন হয়।

- জরায়ু ইভাকুয়েশন সময় সেবাগ্রহণকারীকে যে পরিমাণ ব্যথা অনুভব করবেন তা ব্যক্তিভেদে আলাদা হয়ে থাকে।
- প্রতিটি সেবাগ্রহণকারীর ব্যথা উপশমের প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহন করা উচিত।
- এমআর-এর ব্যথা উপশম ওষুধের মাধ্যমে এবং ওষুধবিহীন– এই দুই উপায়ই করা যায়।
- সেবাগ্রহণকারীর মেডিকেল ইতিহাস, অ্যালার্জি ও বর্তমানে ব্যবহৃত ওষুধগুলোর সাথে প্রদত্ত ব্যথানাশক বা এনেস্থেশিয়াতে প্রয়োগকৃত ওষুধের কোনো প্রতিক্রিয়া আছে কি না সেদিকে দৃষ্টি রাখতে হবে। ফলে ব্যথানাশক ওষুধের নিরাপদ ব্যবহার নিশ্চিত করা যাবে।

৮.২ এমআর/ প্যাক সেবা সংশ্লিষ্ট ব্যথা সম্পর্কে ধারণা

মাসিক নিয়মিতকরণ সেবাগ্রহণকারীর পদ্ধতি নিয়ে দুশ্চিন্তা, ভয় ও আশঙ্কা থাকতে পারে ।

- দুশ্চিন্তার কারণে ব্যথার প্রতি বেশি সংবেদনশীলতা হতে পারে।
- খুবই উৎকণ্ঠিত সেবাগ্রহণকারীকে সার্জিক্যাল পদ্ধতিতে এমআর-এর জন্য হয়তো ঠিকভাবে টেবিলে শুয়ে থাকতে পারবেন না, দুশ্চিন্তা দূর না করা পর্যন্ত সে নিরাপদ বোধ করবেন না।

সেবাগ্রহণকারীর মাসিক নিয়মিতকরণের সময় জরায়মুখ প্রশস্তকরণ ও জরায়ুর সংকোচনের কারণে ব্যথা হওয়া স্বাভাবিক।

৮.৩ ব্যথা উপশমের ব্যবস্থাপনার উপায়সমূহ

	সার্জিক্যাল এমআর ও প্যাক (ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন)	মেডিকেল এমআর ও প্যাক
ওষুধবিহীন পদ্ধতি	সেবাগ্রহণকারীর সাথে সম্মানজনক, ও নিরপেক্ষ যোগাযোগ (Non-judgemental communication) স্থাপন করা। • সেবাগ্রহণকারীকে মৌখিকভাবে সমর্থন এবং আশ্বাস প্রদান করা। • সতর্কতার সাথে অপারেটিভ কৌশল অবলম্বন করা।	• সেবাগ্রহণকারীর সাথে সম্মানজনক, নিরপেক্ষ (Non-judgemental communication) যোগাযোগ করা • মৌখিকভাবে সমর্থন এবং আশ্বাস প্রদান করা। • কী হতে যাচ্ছে সেবাগ্রহণকারীকে তা পুঙ্খানুপুঙ্খভাবে বুঝিয়ে বলা।

	সার্জিক্যাল এমআর ও প্যাক (ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন)	**মেডিকেল এমআর ও প্যাক**
	• প্রক্রিয়াটির প্রতিটি ধাপে কী হতে যাচ্ছে তা অগ্রিম সেবাগ্রহণকারীকে জানিয়ে দেওয়া। • একজন সহায়তাকারী ব্যক্তির উপস্থিতি যিনি প্রক্রিয়া চলাকালীন সেবাগ্রহণকারীর সাথে থাকবেন (যদি সেবাগ্রহণকারীকে চায়)। • গভীর ও নিয়ন্ত্রিত শ্বাস-প্রশ্বাস নিতে উৎসাহিত করা। • সেবাগ্রহণকারীকে চাইলে গান শোনানো। • গরম পানির সেক বা হট ওয়াটার ব্যাগ ব্যবহার করা।	• একজন সহায়তাকারী ব্যক্তির উপস্থিতি যিনি প্রক্রিয়া চলাকালীন সেবাগ্রহণকারীর সাথে থাকবেন (যদি সেবাগ্রহণকারী চায়)। • গরম পানির সেক বা হট ওয়াটার ব্যাগ ব্যবহার করা।
ওষুধ মাধ্যমে	ব্যথানাশক (নন-স্টেরয়েডাল অ্যান্টি-ইনফ্ল্যামেটরি ড্রাগস [NSAIDs], যেমন আইবুপ্রোফেন ৪০০- ৮০০ মি.গ্রা.)। • উদ্বেগনাশক/ ঘুমের ওষুধ (যেমন, ডায়াজিপাম ৫-১০ মি.গ্রা.)। • লোকাল এনেস্থেশিয়া [লিডোকেইন ব্যবহারে করে প্যারাসারভিক্যাল ব্লক (সাধারণত ২%-এর ১০ এমএল বা ১%-এর ২০ এমএল)]। • কিছু ক্ষেত্রে সচেতন এনেস্থেশিয়া বা জেনারেল এনেস্থেশিয়া (তবে নিয়মিতভাবে নয়)।	ব্যথানাশক (NSAIDs, যেমন আইবুপ্রোফেন ৪০০- ৮০০ মি.গ্রা.)। • উদ্বেগনাশক/ ঘুমের ওষুধ (যেমন ডায়াজিপাম ৫-১০ মি.গ্রা.)। • মিসোপ্রোস্টলের পার্শ্ব প্রতিক্রিয়ায় (যেমন ডায়রিয়ার জন্য লোপেরামাইড)– নির্দেশিত হলে সহায়ক ওষুধও দেওয়া যেতে পারে।
	• মাসিক নিয়মিতকরণের সময় ব্যথা কমাতে প্যারাসিটামলের সুপারিশ করা হয় না। • পদ্ধতির সময় মুখে খাবার ওষুধগুলির সর্বাধিক কার্যকারিতা নিশ্চিত করতে, পদ্ধতিটি শুরুর ৩০-৪৫ মিনিট আগে ওষুধ প্রয়োগ করতে হবে।	

অধ্যায়ঃ ৯

গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (Post Abortion Care)

৯.১ ভূমিকা

গর্ভপাত পরবর্তী সেবা বা Post Abortion Care (PAC) একটি সমন্বিত প্রয়াস যা সেবাদানের ক্ষেত্রে সেবাগ্রহণকারীদের ব্যক্তিগত শারীরিক-মানসিক চাহিদা ও ক্ষমতা বিবেচনায় এনে সেবা গ্রহণের সুযোগ তৈরি করে। প্যাক সেবা জরুরি প্রসূতিসেবার অন্তর্গত। এর মধ্যে রয়েছে সহমর্মিতাপূর্ণ কাউন্সেলিং, অসম্পূর্ণ ও অনিরাপদ গর্ভপাত সেবা, জন্মবিরতিকরণ সেবাসমূহ, যৌন ও প্রজনন সম্পর্কিত স্বাস্থ্যকেন্দ্রে বা রেফারেলের মাধ্যমে উন্নত সেবাকেন্দ্রে রেফার এবং কমিউনিটি ও সেবাদানকারীর মধ্যে সহযোগিতাপূর্ণ যোগাযোগ।

সমন্বিত গর্ভপাত পরবর্তী সেবার মধ্যে রয়েছে রোগ নিরাময় এবং রোগ প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা।

এর পাঁচটি মূল উপাদান রয়েছেঃ

ক) অসম্পূর্ণ গর্ভপাত ও অনিরাপদ গর্ভপাত এবং জীবনের জন্য মারাত্মকভাবে ঝুঁকিপূর্ণ গর্ভপাতজনিত জটিলতার চিকিৎসা।

খ) কাউন্সেলিংয়ের মাধ্যমে সেবাগ্রহণকারীর মানসিক ও শারীরিক স্বাস্থ্য এবং অন্যান্য সংশ্লিষ্ট বিষয়ের চাহিদা নিরূপণ ও সেই অনুযায়ী সহযোগিতা করা।

গ) জন্মবিরতিকরণ এবং পরিবার পরিকল্পনা সেবাদানের মাধ্যমে সেবাগ্রহণকারীর অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভধারণ ও নির্দিষ্ট সময়ের ব্যবধানে সন্তান নিতে সহায়তা প্রদান করা।

ঘ) প্রজনন স্বাস্থ্য এবং অন্যান্য স্বাস্থ্যসেবা একই কেন্দ্রে প্রদান করা অথবা সেবাদানকারীর আওতাধীন অন্য কোনো কেন্দ্রে রেফার করা যেটি রোগীর জন্য সহজ হয়।

ঙ) কমিউনিটি এবং সেবাদানকারীর মধ্যে সহযোগিতাপূর্ণ যোগাযোগ স্থাপন যার মাধ্যমে অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভ ও অনিরাপদ গর্ভপাত প্রতিরোধ, সম্পদের যথাযথ ব্যবহারের মাধ্যমে সেবাগ্রহণকারীদের গর্ভপাতজনিত জটিলতার উপযুক্ত এবং যথা সময়ে সেবা পাওয়া ও স্বাস্থ্যসেবায় কমিউনিটির প্রত্যাশা ও চাহিদার প্রতিফলন নিশ্চিত করা
(গর্ভপাত পরবর্তী সেবা কনসোর্টিয়াম, ২০০২ থেকে গৃহীত)।

৯.২ গর্ভপাত পরবর্তী সেবাগুরুত্বপুর্ণ কেন

গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (প্যাক) একটি জীবন রক্ষাকারী কার্যক্রম। গর্ভপাত পরবর্তী সেবা জরুরি প্রসূতি সেবার (Emoc) একটি বিশেষ অংশ হিসেবে বিবেচিত। একজন সেবাগ্রহণকারীর গর্ভপাত পরবর্তী (প্যাক) মানসম্পন্ন সেবা পাওয়ার অধিকার রক্ষা করা হচ্ছে একটি অপরিহার্য স্বাস্থ্যসেবা। সেবাগ্রহণকারীকে বিপদ সংকেত সম্পর্কে জানিয়ে প্যাক সেবাগুলি কোথায় পাওয়া যাবে, উপযুক্ত রেফারেল এবং অন্যান্য প্রজনন স্বাস্থ্য সেবা (যেমন: জন্মবিরতিকরণ) বিষয়ে তথ্য প্রদান করে সেবাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্য রক্ষায় ভূমিকা রাখা যেতে পারে।

গর্ভপাত পরবর্তী (প্যাক) সেবার গুরুত্ব সমূহঃ

ক) গর্ভপাত পরবর্তী সেবাগ্রহণকারীদের জীবনের ঝুঁকি কমায়। অনিরাপদ গর্ভপাত, অসম্পূর্ণ এবং মিসড গর্ভপাত সেবাগ্রহণকারীদের শারীরিক ও মানসিক সমস্যা তৈরি করে মানসম্পন্ন সেবা প্রদানের মাধ্যমে কমিয়ে আনা সম্ভব।

খ) জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি সেবাগ্রহণকারীকে নির্দিষ্ট সময়ের ব্যবধানে সন্তান নিতে সহায়তা করে। জন্মবিরতিকরণ বিষয়ে কাউন্সেলিং এবং সেবাগুলি তাদের অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভধারণ প্রতিরোধ করতে, মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) ও জরুরি প্যাক সেবা গ্রহণের প্রয়োজনীয়তা কমাতে সাহায্য করে।

গ) প্যাক, সেবাগ্রহণকারীদের একাধিক স্বাস্থ্য চাহিদা পূরণের সুযোগ দেয়। কিছু ক্ষেত্রে গর্ভপাত সংক্রান্ত জটিলতার চিকিৎসার জন্য সেবাগ্রহণকারীদের প্রথমবারের মতো স্বাস্থ্যকেন্দ্রে সেবাগ্রহণের সুযোগ হয়। এইভাবে, প্যাক অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভধারণ প্রতিরোধ করার জন্য সহজলভ্য জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি এবং অন্যান্য প্রজনন স্বাস্থ্য সেবা সম্পর্কে সেবাগ্রহণকারীদের জানার সুযোগ করে দেয়।

ঘ) প্যাক, স্বাস্থ্য সেবার খরচ কমায়।

৯.৩ ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন বা যাচাইকরণঃ

৯.৩.১ ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন বা যাচাইকরণ

অনুগ্রহ করে ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন অধ্যায় ৫ দেখুন

৯.৩.২ গর্ভপাত পরবর্তী সেবার বিবেচনাসমূহ

- কোনো সেবাগ্রহণকারীকে যদি যোনিপথে রক্তক্ষরণ সাথে তলপেটে ব্যথা ও মোচড়ানো ব্যথা/ব্যথাহীন এমন অবস্থায় আসে তাহলে ঝুঁকিপূর্ণ (Threatened) গর্ভপাত, স্বতঃস্ফূর্ত গর্ভপাত, গর্ভস্থ ভ্রূণের মৃত অবস্থায় জরায়ুতে অবস্থানজনিত (missed) গর্ভপাত, অসম্পূর্ণ গর্ভপাত, নিরাপদ বা অনিরাপদ ইচ্ছাকৃত (ইনডিউসড) গর্ভপাত অথবা এমআর-এর জটিলতা অথবা পূর্বের কোনো গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জটিলতা হতে পারে। ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন করার সময় সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক অবস্থা ও কোনো ধরনের গর্ভপাত সম্পর্কিত জটিলতায় ভুগছেন সেদিকে দৃষ্টি দিতে হবে।
- গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নেওয়ার জন্য সেবাগ্রহণকারীকে মৃদু থেকে তীব্র লক্ষণ নিয়ে আসতে পারে, যেমন–
  - –অল্প থেকে মাঝারি যোনিপথে রক্তস্রাব।
  - –যোনিপথে অতিরিক্ত রক্তস্রাব/ রক্তক্ষরণ।
  - –পেলভিক সংক্রমণ/ সেপসিস।
  - –তলপেটের ভেতরে আঘাত।
- সেবা নিতে আসা সেবাগ্রহণকারীকে শকের জন্য দ্রুত প্রাথমিক মূল্যায়ন করতে হবে। যেসকল সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক অবস্থা রক্তক্ষরণ বা সেপসিসের কারণে অস্থিতিশীল তাদের অবস্থা স্থিতিশীল করতে হবে এবং তাৎক্ষণিকভাবে চিকিৎসা আরম্ভ করতে হবে। তাৎক্ষণিকভাবে জরায়ু ইভাকুয়েশন করে চিকিৎসা করার প্রয়োজন হতে পারে।

- সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক অবস্থা স্থিতিশীল হওয়ার পর কোনো ধরনের গর্ভপাত (incomplete বা missed) হয়েছে, জটিলতার ব্যবস্থা নেওয়ার প্রয়োজন আছে কি না তা জানতে হবে। সেই অনুযায়ী জরায়ু ইভাকুয়েশনের পদ্ধতির জন্য সেবাগ্রহণকারীর উপযুক্ততা যাচাইয়ের দিকে দৃষ্টি দিতে হবে।
- গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য, জরায়ুর আকার সেবাগ্রহণকারীর ভাষ্য অনুযায়ী শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে অতিক্রান্ত সময়ের তুলনায় ছোট হতে হবে।
- এমআর এর ব্যবস্থাপনা নির্ভর করে–
    - এমআর-এর ধরন (incomplete or missed)।
    - জরায়ুর আকার।
    - সেবাগ্রহণকারীর চিকিৎসা গ্রহণে উপযুক্ততা।
    - যন্ত্রপাতি এবং সরঞ্জামের প্রাপ্যতা।
    - সেবাগ্রহণকারীর পছন্দে অগ্রাধিকার।

৯.৪ গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য বিভিন্ন ধরণের এমআর এর ধরন নির্ণয় ও চিকিৎসা

এমআর-এর ধরন নির্ণয় ও সংজ্ঞা	লক্ষণ ও উপসর্গ	চিকিৎসা ব্যবস্থাপনা
অসম্পূর্ণ গর্ভপাত (Incomplete Abortion) গর্ভস্থ ভ্রূণের কিছু অংশ বের হয়ে আসে কিন্তু সম্পূর্ণ বের হয় না। এটা স্বতঃস্ফূর্ত গর্ভপাত অথবা গর্ভ নষ্ট করার চেষ্টার জন্যও হতে পারে।	• মৃদু থেকে অতিরিক্ত রক্তপাত। • তলপেটে ব্যথা বা মোচড়ানো। • জরায়ুর মুখ খোলা। • জরায়ুর আকার মাসিক বন্ধের সময়ের তুলনায় স্বাভাবিক বা ছোট। • গর্ভস্থ ভ্রূণের আংশিক বের হয়ে আসা।	• শারীরিক অবস্থা ও সেবাগ্রহণকারীর পছন্দ অনুযায়ী যত তাড়াতাড়ি সম্ভব ওষুধের মাধ্যমে অথবা ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে জরায়ু ইভাকুয়েশন করা (জরায়ুর আকার ১২ সপ্তাহের মধ্যে হলে)। • প্রয়োজন হলে, অ্যান্টিবায়োটিক দেওয়া। • ব্যথা উপশম করা। • সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক অবস্থা বিবেচনা করে এবং তার পছন্দের অগ্রাধিকার দিয়ে চিকিৎসার সিদ্ধান্ত নিতে হবে।
গর্ভস্থ ভ্রূণের মৃত অবস্থায় জরায়ুতে অবস্থানজনিত গর্ভপাত মিসড অ্যাবরশন (Missed Abortion) এক ধরনের গর্ভ নষ্ট হয়ে যাওয়া; গর্ভাবস্থা চলমান থাকে না বা ভ্রূণের বৃদ্ধি থেমে যায়, কিন্তু টিস্যুগুলো জরায়ুতে রয়ে যায়।	• অল্প অথবা কোনো রক্তপাত নেই। • তলপেটে ব্যথা বা মোচড়ানো। • জরায়ুর মুখ বন্ধ। • জরায়ুর আকার মাসিক বন্ধের সময়ের তুলনায় ছোট অথবা সমান। • আল্ট্রাসনোগ্রামের মাধ্যমে নির্ণয় করা যায়।	• শারীরিক অবস্থা ও সেবাগ্রহণকারীর পছন্দ অনুযায়ী ওষুধের মাধ্যমে অথবা ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে জরায়ু ইভাকুয়েশন করা। • শারীরিক অবস্থা ও সেবাগ্রহণকারীর পছন্দ অনুযায়ী ওষুধের মাধ্যমে অথবা ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে জরায়ু ইভাকুয়েশন করা।

এমআর-এর ধরন নির্ণয় ও সংজ্ঞা	লক্ষণ ও উপসর্গ	চিকিৎসা ব্যবস্থাপনা
সম্পূর্ণ গর্ভপাত (Complete Abortion) গর্ভস্থ ভ্রূণ সম্পূর্ণভাবে বের হয়ে আসে ও জরায়ুমুখ বন্ধ থাকে।	• মৃদু রক্তক্ষরণ। • মোচড়ানো ব্যথা বা তলপেটে ব্যথা। • জরায়ুর মুখ বন্ধ। • জরায়ুর আকার মাসিক বন্ধের সময়ের তুলনায় ছোট।	• প্রয়োজন অনুযায়ী ব্যাবস্থা করা। • প্রয়োজনে অ্যান্টিবায়োটিক দেওয়া। • ব্যথা উপশম করা।

৯.৫ এমভিএ ওষুধের সাহায্যে জরায়ু ইভাকুয়েশন ব্যবস্থাপনা

৯.৫.১ ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন/গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য জরায়ু ইভাকুয়েশন

জরায়ু ইভাকুয়েশন জন্য স্বীকৃত পদ্ধতি হচ্ছে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন ও ওষুধের মাধ্যমে। জরায়ু বা তলপেটের ভেতরে আঘাতের চিহ্ন পাওয়া না গেলে জরায়ু থেকে গর্ভস্থ ভ্রূণের অবশিষ্টাংশ বের করে দিয়ে অসম্পূর্ণ এমআর-এর চিকিৎসা করা হয়। জরায়ু খালি করার জন্য কোনো পদ্ধতি ব্যবহার করা হবে তা নির্ভর করে গর্ভের সময়কাল (শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে) এবং জরায়ুর আকারের ওপর ভিত্তি করে, এর পাশাপাশি ওষুধ, যন্ত্রপাতি, সরঞ্জামাদি এবং দক্ষ কর্মীর উপস্থিতির ওপর নির্ভর করে নির্ধারিত হয়।

দ্রষ্টব্য: জরায়ু ইভাকুয়েশন পদ্ধতি এবং এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটরের মাধ্যমে জরায়ু ইভাকুয়েশন কৌশল সম্পর্কে বিস্তারিত জানার জন্য অধ্যায় ৬ দেখুন।

৯.৫.২ ওষুধের সাহায্যে গর্ভপাত পরবর্তী সেবা– ১২ সপ্তাহ পর্যন্ত গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য সুপারিশকৃত রেজিমেন:

অসম্পূর্ণ গর্ভপাত

- মিসোপ্রোস্টল ৬০০ মাইক্রোগ্রাম মুখে একক মাত্রা বা মিসোপ্রোস্টল ৪০০ মাইক্রোগ্রাম একক মাত্রা জিহ্বার নিচে বা যোনিপথে (যোনিপথে রক্তপাত না থাকলে)

মিসড গর্ভপাত (Missed Abortion)।

- মিফিপ্রিস্টন ২০০ মিলিগ্রাম মুখে, মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করার ১-২ দিন আগে।
- মিসোপ্রোস্টল ৬০০ মাইক্রোগ্রাম জিহ্বার নিচে বা ৮০০ মাইক্রোগ্রাম যোনিপথে (যোনিপথে রক্তপাত না থাকা সাপেক্ষে) প্রতি ৩ ঘণ্টা পরপর জরায়ুর অভ্যন্তরের উপাদান বের না হওয়া পর্যন্ত (সাধারণত ১ থেকে ৩ বার) ব্যবহার করা যাবে।

৯.৬ ব্যথা উপশমের ব্যবস্থাপনা

- গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নিতে আসা সকল সেবাগ্রহণকারীদের ব্যথা উপশমের ওষুধ দিতে হবে।
- প্রতিষেধক ব্যবস্থা হিসেবে বা মোচড়ানো ব্যথা শুরুর সময় ননস্টেরয়ডাল এন্টি ইনফ্লামেটরি (যেমন, আইবুপ্রোফেন) ওষুধ ব্যবহারের সুপারিশ করা হয়েছে।

৯.৭ মিসোপ্রোস্টল ওষুধের গুণমান

- সেবাগ্রহণকারীকে কার্যকর মিসোপ্রোস্টল ওষুধ ব্যবহার করছেন কি না তা নিশ্চিত করতে সাহায্য করার জন্য সেবাদানকারীদের মেডিকেল এমআর-এর সফলতার হার মনিটরিং করতে হবে।
- দুই স্তর বিশিষ্ট অ্যালুমিনিয়াম ব্লিস্টার মোড়কের মিসোপ্রোস্টল ওষুধ ক্রয় করতে হবে এবং মিসোপ্রোস্টল ওষুধটি আসল মোড়কেই রাখতে হবে এবং ব্যবহারের আগে মোড়কের ভেতরের ওষুধটি ঠিক আছে কি না তা দেখে নিতে হবে।
- মিসোপ্রোস্টল ঠান্ডা এবং শুষ্ক জায়গায় সংরক্ষণ করতে হবে।
- সংরক্ষণের ত্রুটির (তাপ ও আর্দ্রতা) কারণে হয়ে মিসোপ্রোস্টলের কার্যকারিতা নষ্ট হতে পারে, ফলে মেডিকেল এমআর-এর সফলতার হার কমে যায় এবং অসম্পূর্ণ এমআর-এর চিকিৎসাও কার্যকরী হয় না।

৯.৮ অ্যান্টিবায়োটিকের ব্যবহার

মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করে অসম্পূর্ণ গর্ভপাত বা মিসড গর্ভপাতের চিকিৎসার সময় সংক্রমণের হার খুবই কম (Clark, 2007)। মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করে গর্ভপাত পরবর্তী সেবার সময় নিয়মিত অ্যান্টিবায়োটিকের ব্যবহারের ক্ষেত্রে এখন পর্যন্ত কোনো প্রমাণ বা সমর্থন পাওয়া যায়নি। সেবাগ্রহণকারীর ইতিহাস ও শারীরিক পরীক্ষা থেকে সংক্রমণের লক্ষণ পাওয়া গেলে বা সংক্রমণের ঝুঁকি থাকলে অ্যান্টিবায়োটিক ব্যবহার করা উচিত (Blum,2007)

৯.৯ ফলোআপ

মিসোপ্রোস্টল প্রয়োগের ২ সপ্তাহের মাথায় একটি ফলোআপ করা উচিত। সেবাগ্রহণকারীকে তথ্য দিতে হবে যে, কয়েক ঘণ্টার মধ্যেই জরায়ু খালি হয়ে গেলেও রক্তক্ষরণ সপ্তাহখানেক সময় পর্যন্ত দীর্ঘ হতে পারে।

(Pang 2001; Pandian et al 2001; Zhang et al 2005)

৯.১০ ফলোআপ পরিদর্শনের সময়

সফলভাবে জরায়ু খালি হয়েছে কি না নিশ্চিত করা

গ্রহীতা ইতিহাস জানতে হবে, এক্ষেত্রে সেবাগ্রহণকারীর অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ বা তলপেটে মোচড়ানো ব্যথার অভিজ্ঞতা, চাকা চাকা রক্ত বা টিস্যু বের হয়েছে কি না, কিন্তু এখন রক্তপাত বন্ধ হয়েছে বা কমে গেছে, তলপেটে ব্যথা নাই, যোনিপথে অস্বাভাবিক স্রাব নাই এবং প্রাথমিক গর্ভকালীন উপসর্গগুলো দূর হয়েছে ইত্যাদি তথ্য জানতে হবে।

শারীরিক পরীক্ষা

- জরায়ুর স্বাভাবিক আকার (ছোট ও স্পর্শ করলে দৃঢ় অনুভূত হয়)।
- জরায়ুর দু-পাশে (এডনেক্সা) চাপ দিলে ব্যথা লাগে না।
- জরায়ুমুখ বন্ধ।

যদি প্রক্রিয়াটি এখনো সম্পূর্ণভাবে শেষ না হয়ে থাকে এবং সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক অবস্থা স্থিতিশীল থাকে, তাকে ফলোআপ ভিজিটে পুনরায় ইভাকুয়েশন করার কথা বলা যেতে পারে বা আরেকবার মিসোপ্রোস্টল বড়ি দেওয়া যেতে পারে। প্রক্রিয়াটি অসফল হলে বা সংক্রমণ থাকলে বা উল্লেখযোগ্য পরিমাণে রক্তক্ষরণ অব্যাহত থাকলে, ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন করতে হবে।

- সেবাগ্রহণকারীকে তার জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি নিয়ে সন্তুষ্ট আছে কি না জানতে হবে; যদি এখনো কোনো পদ্ধতি গ্রহণ না করে থাকেন তাহলে পুনরায় যথাযথভাবে কাউন্সেলিং করতে হবে।
- প্রয়োজন মাফিক অন্যান্য প্রজনন স্বাস্থ্য সেবার সাথে সেবাগ্রহণকারীর যোগাযোগ করাতে হবে। যেমন: জরায়ুমুখের ক্যান্সার স্ক্রিনিং, এইচ আইভি পরীক্ষা/সেবা, বন্ধ্যাত্ব সেবা, যৌন সহিংসতার সেবা ইত্যাদি।

সেবাগ্রহণকারীর উচ্চ সন্তুষ্টি

মিসোপ্রোস্টলের মাধ্যমে প্যাক সেবা অত্যন্ত কার্যকরী পদ্ধতি। সেবাদানকারীকে ৯৪-৯৯% সেবাগ্রহণকারী বলেছেন যে, প্রক্রিয়াটি সন্তোষজনক অথবা তারা এটি প্রয়োজনে পুনরায়ও ব্যবহার করবেন বা নিকট আত্মীয়দের সুপারিশ করবেন (Shwekerela, 2007; Dao, 2007; Weeks, 2005; Bique, 2007)।

৯.১১ গর্ভপাত পরবর্তী কাউন্সেলিং

গর্ভপাত পরবর্তী কাউন্সেলিং অবশ্যই গর্ভপাত পরবর্তী সেবার একটি অংশ হতে হবে। গর্ভপাত পরবর্তী কাউন্সেলিং সেবাগ্রহণকারীর সুনির্দিষ্ট চাহিদা এবং তার কী কী জানার আছে তা চিহ্নিত করতে পারে। চিকিৎসা সেবার সময়, আগে ও পরে মানসিক এবং আবেগজনিত সহায়তার ক্ষেত্রে কার্যকর গর্ভপাত পরবর্তী কাউন্সেলিং উপযোগী (*বিস্তারিত জানতে কাউন্সেলিং অধ্যায় দেখুন*)। প্যাক একটি জীবন রক্ষাকারী কার্যক্রম। যদি গর্ভপাত পরবর্তী সেবার পর পর সেবাগ্রহণকারীর পক্ষে কাউন্সেলিং-এ মনোযোগী হওয়া সম্ভব না হয় বা সেবা নেওয়া সম্ভব না হয়, তাহলে তাকে একটি অনুকূল সময়ে কাউন্সেলিং করতে হবে।

৯.১২ গর্ভপাত পরবর্তী জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি

গর্ভপাত পরবর্তী জন্মবিরতিকরণ কাউন্সেলিংয়ের মূল লক্ষ্য হচ্ছে–

- প্রত্যেক সেবাগ্রহণকারীর সামাজিক অবস্থান এবং জন্মবিরতিকরণ চাহিদাকে গুরুত্ব দেওয়া।
- সেবাগ্রহণকারীকে ও তার সঙ্গীর বিভিন্ন জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতির চাহিদা মেটাতে সাহায্য করে।
- সেবাগ্রহণকারী এবং তার সঙ্গীকে যথোপযুক্ত জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি পছন্দ করতে ও কার্যকর করতে এবং অবিলম্বে তা ব্যবহার করতে সাহায্য করে।

কাউন্সেলিংয়ের সময় কাউন্সেলর এটা মনে রাখবেন, গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জন্য আসা সব সেবাগ্রহণকারীরই অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভ ছিল তা নয়। তাদের কেউ কেউ দ্রুত পুনরায় গর্ভবতী হতে চান।

অধ্যায়: ১০

এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার ফলোআপ

১০.১ স্বাস্থ্যকেন্দ্র ত্যাগ করার পূর্বে

ছাড়পত্রে স্পষ্টভাবে লিখিত নির্দেশাবলি প্রদান করতে হবে এবং মৌখিকভাবে বুঝিয়ে বলতে হবে:

- অতিরিক্ত রক্তস্রাব বন্ধ হবার পরেই যৌন মিলন, ডুচিং (Douching) বা যোনিপথে কিছু রাখা যাবে।
- সার্জিক্যাল বা মেডিকেল এমআর সম্পন্ন করার পর ২ সপ্তাহের মধ্যে যোনিপথে রক্তপাত স্বাভাবিক হয়ে আসে। সার্জিক্যাল এমআর সেবার পরে সেবাগ্রহণকারী মৃদু রক্তপাত বা ফোঁটা ফোঁটা রক্তপাত দেখতে পান বা অনুভব করেন। মেডিকেল এমআর সেবার সময় যে অতিরিক্ত রক্তপাত হয় তা সাধারণত গড়ে ৯ দিন পর্যন্ত থাকে, তবে তা কোনো কোনো ক্ষেত্রে ৪৫ দিন পর্যন্ত চলতে পারে;
- সেবাগ্রহণকারীকে জরুরি ভিত্তিতে হাসপাতাল বা ক্লিনিকে ফিরে যেতে হবে যদি,
    - ► তলপেটে মোচড়ানো ব্যথা হয় বা ব্যথার তীব্রতা বৃদ্ধি পায়।
    - ► যোনিপথে অতিরিক্ত রক্তপাত হয়।
    - ► মিসোপ্রোস্টল গ্রহণের পর ২৪ ঘণ্টারও বেশি সময় ধরে জ্বর থাকে।
- সেবাগ্রহণকারীর পরবর্তী মাসিকের আগে পুনরায় গর্ভবতী হওয়ার ঝুঁকি পর্যালোচনা করতে হবে, কেননা এমআর/প্যাক সেবার পরে ১৪ দিনের মধ্যে সম্ভাব্য গর্ভধারণ ক্ষমতা ফিরে আসে। তবে এমআর/প্যাক সেবা গ্রহণের পর ৮ দিনের মতো দ্রুত সময়ের মধ্যেও গর্ভধারণ ক্ষমতা ফিরে আসতে পারে।
- জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি সম্পর্কিত তথ্য প্রদান করতে হবে এবং যে সেবাগ্রহণকারীকে চায় তাদেরকে জন্মবিরতিকরণ বিষয়ে কাউন্সেলিং করতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীর জন্য চাহিদা ও ইচ্ছা অনুযায়ী সবচেয়ে উপযুক্ত জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি বেছে নিতে সহায়তা করতে হবে।
- নির্বাচিত জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি প্রদান করতে হবে (অথবা যদি তার পছন্দসই পদ্ধতি সহজলভ্য না হয়, তাকে রেফার করতে হবে)। নিশ্চিত করতে হবে– নির্বাচিত পদ্ধতিটি কিভাবে কাজ করে, কখন থেকে শুরু করতে হবে এবং কিভাবে পরবর্তী সময়ে সরবরাহ পাবেন, তা সেবাগ্রহণকারীকে জানানো হয়েছে।
- প্রয়োজন হলে রক্তস্বল্পতার জন্য আয়রন ট্যাবলেট সরবরাহ করতে হবে।
- প্রয়োজনে ব্যথা প্রশমনের ওষুধ সরবরাহ করতে হবে।
- প্রয়োজন হলে সেবাগ্রহণকারীকে আশ্বস্ত করতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীর চাহিদা অনুযায়ী অন্যান্য সেবাগুলির জন্য রেফার করতে হবে, যেমন, যৌনবাহিত রোগ/এইচআইভি, কাউন্সেলিং এবং পরীক্ষা-নিরীক্ষা, নির্যাতন সহায়তা সেবা, সাইকো সোশ্যাল সেবা, বা অন্যান্য বিশেষায়িত চিকিৎসা।

১০.২ স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীর সাথে অতিরিক্ত ফলোআপ

- মেডিকেল এমআর-এর ক্ষেত্রে, শুধুমাত্র মিসোপ্রোস্টল দেওয়া হলে এমআর সম্পন্ন হয়েছে কি না তা মূল্যায়নের জন্য একটি নিয়মিত ফলোআপ ভিজিট প্রয়োজন।
- একটি জটিলতাহীন সার্জিক্যাল অথবা মিফিপ্রিস্টোন এবং মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করে মেডিকেল এমআর সেবার ক্ষেত্রে রুটিন ফলোআপের প্রয়োজন নেই। সেবাগ্রহণকারীকে এমআর প্রক্রিয়া সম্পাদনের ৭-১৪ দিন পর পুনরায় জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতির কাউন্সেলিং বা পদ্ধতি প্রদান, আরও মানসিক সমর্থন বা অন্য কোনো মেডিকেল সমস্যার জন্য একটি ঐচ্ছিক ফলোআপ ভিজিটে আসতে বলা যেতে পারে।
- ফলোআপের দিন করণীয়
    - সেবাগ্রহণকারীর স্বাস্থ্যগত অবস্থা মূল্যায়ন এবং এমআর সম্পূর্ণ হয়েছে কি না নিশ্চিত করতে হবে।
    - যেকোনো মেডিকেল রেকর্ড এবং রেফারেলের ফলাফল পর্যালোচনা করতে হবে।
    - সেবা নেওয়ার পর থেকে তার কোনো উপসর্গ অনুভূত হয়েছে কি না সে সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করতে হবে।
    - কোনো সমস্যার কথা জানালে নির্দিষ্টভাবে শারীরিক পরীক্ষা করা।
    - সেবাগ্রহণকারী কখন গর্ভধারণ করতে চায় তা জানতে হবে এবং তার জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতির প্রয়োজনীয়তা আলোচনা করতে হবে।
    - সেবাগ্রহণকারী যদি স্বাস্থ্যকেন্দ্র ত্যাগ করার আগে কোনো পদ্ধতি শুরু না করে থাকেন, তাহলে তা প্রদান করতে হবে। সেবাগ্রহণকারী চাইলে উপযুক্ত জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি সম্পর্কে তথ্য দিতে হবে এবং কাউন্সিলিং করতে হবে।
    - সেবাগ্রহণকারী যদি ইতোমধ্যেই একটি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি শুরু করে থাকেন তাহলে−
        - পদ্ধতি ব্যবহারের ক্ষেত্রে কোনো সমস্যা হচ্ছে কি না, তা জানতে হবে।
        - যদি সেবাগ্রহণকারী সন্তুষ্ট থাকেন, তাহলে প্রয়োজন অনুযায়ী পুনরায় সরবরাহ করতে হবে।
        - যদি সেবাগ্রহণকারীকে সন্তুষ্ট না থাকেন, তাহলে তাকে অন্য একটি পদ্ধতি বেছে নিতে সাহায্য করতে হবে যা তার জন্য উপযুক্ত হবে এবং তার চাহিদা পূরণ করবে।
    - সেবাগ্রহণকারীর যদি অন্য কোনো অতিরিক্ত সেবার চাহিদা থাকে তাহলে সে অনুযায়ী যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য সেবা কিংবা অন্য কোনো প্রয়োজনে রেফারেলের ব্যবস্থা করতে হবে।
- **ইলেকট্রনিক সেবা এবং টেলিমেডিসিন:** স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের আওতাধীন ন্যাশনাল হেলথ কল সেন্টার−'স্বাস্থ্য বাতায়নের' মাধ্যমে এমআরএম, এমপ্যাক এবং পরিবার পরিকল্পনা সেবা প্রদান করা হয়। স্বাস্থ্য বাতায়নের মেডিকেল অফিসারবৃন্দ উল্লিখিত বিষয়ে প্রশিক্ষিত। এই সেবাগুলির জন্য স্বাস্থ্য বাতায়নের ১৬২৬৩ নম্বরে সপ্তাহের ৭ দিনের ২৪ ঘণ্টাই সারা দেশের সেবাগ্রহণকারী এবং কিশোরীদের যোগাযোগের সুযোগ রয়েছে।

স্বাস্থ্য বাতায়নের মেডিকেল অফিসারগণ প্রয়োগ পদ্ধতি, ফলাফল এবং জটিলতার লক্ষণসহ এমআরএম ও এমপ্যাক সম্পর্কিত সমস্ত প্রয়োজনীয় তথ্য সরবরাহ করতে সক্ষম। জটিলতার ক্ষেত্রে, স্বাস্থ্য বাতায়নের মেডিকেল অফিসারগণ গ্রহণকারীকে নিকটস্থ স্বাস্থ্যকেন্দ্রে যাওয়ার প্রয়োজনীয় পরামর্শ দিবেন। পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের আওতাধীন কল সেন্টার 'সুখী পরিবার' (নম্বর ১৬৭ ৬৭) থেকে পরিবার পরিকল্পনা সেবা বিষয়ক কাউন্সিলিং ও এমআর, প্যাক সেবা সংক্রান্ত পরামর্শ গ্রহনের সুযোগ রয়েছে।

ডিজিএফপি ওয়েবসাইটঃ http://dgfp.gov.bd

কিশোরীদের ওয়েবসাইটঃ http://adoinfo.dgfp.gov.bd

অধ্যায়ঃ ১১

এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবা

১১.১ ভূমিকা

পরিবার পরিকল্পনা সেবা/পদ্ধতি প্রদানের জন্য কাউন্সেলিং এবং পদ্ধতি সরবরাহ করা মাসিক নিয়মিতকরণ (এম আর) ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার একটি অংশ। যা পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতির ব্যবহার বৃদ্ধি করতে পারে এবং বারবার অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভধারণের চক্র প্রতিরোধ করতে পারে। সকল সেবাগ্রহণকারীকে ও কিশোরী যারা এমআর করাবেন অথবা এমআর করিয়েছেন তাদেরকে পরিবার পরিকল্পনা সেবা/পদ্ধতি প্রদানের জন্য কাউন্সেলিং এবং কোনো না কোনো পদ্ধতি গ্রহণের কথা বলতে হবে যাতে করে ভবিষ্যতে নিজেই নিজের পছন্দ অনুযায়ী পরিবার পরিকল্পনা করতে পারেন। এমআর বা গর্ভপাত পরবর্তী সেবার পর পরই ডিম্ব স্ফুটন (ওভুলেশন) হতে পারে তাই যে সেবাগ্রহণকারীকে দেরিতে সন্তান নিতে চান তাদের পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি সরবরাহ করা উচিত।

সাধারণত সার্জিক্যাল ও মেডিকেল এমআর করার সাথে সাথেই প্রায় সব ধরনের পদ্ধতি ব্যবহার করা যেতে পারে। সার্জিক্যাল এমআর সেবার ক্ষেত্রে, প্রক্রিয়া সম্পাদনের দিনটিতেই জন্মবিরতিকরণ আরম্ভ করা যায়; আর মেডিকেল এমআর সেবার ক্ষেত্রে যেদিন মাসিক নিয়মিতকরণের জন্য প্রথম ওষুধের মাত্রাটি গ্রহণ করবেন সে দিনেই শুরু করা যায়। যেকোনো জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি শুরুর আগে নির্বাচিত পদ্ধতিটি সেবাগ্রহণকারীর উপযুক্ত কি না তা যাচাই করে নিতে হবে।

১১.২ এমআর/প্যাক সেবার পরবর্তী জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতিসমূহে (হরমোনাল, আইইউডি এবং কনডম) সেবাগ্রহণকারীর উপযুক্ততা বিষয়ে সুপারিশ:*

জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি	এমআর/প্যাক সেবার পরবর্তী অবস্থা	
	এমআর/প্যাক সেবার পরবর্তী অবস্থা	এমআর/প্যাক পরবর্তী সংক্রমণ থাকলে
মিশ্র খাবার বড়ি (OCP)	১	১
শুধুমাত্র প্রোজেস্টেরন বড়ি/ (POP)	১	১
শুধুমাত্র প্রোজেস্টেরন ইনজেকশন (DMPA)	১	১
শুধুমাত্র প্রোজেস্টেরন ইমপ্ল্যান্ট	১	১
কপার-টি/ আইইউডি	১	৪
কনডম	১	১

মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর)-পরবর্তী অবস্থার মানদণ্ডের কতিপয় সংজ্ঞা

১: এই পদ্ধতিটি সকল ক্ষেত্রে ব্যবহার করা যাবে।

২: পদ্ধতিটি সাধারণভাবে ব্যবহার করা যাবে।

৩: পদ্ধতিটি সাধারণভাবে ব্যবহার করার সুপারিশ করা হয়নি, যদি অন্যান্য যথাযথ পদ্ধতি না পাওয়া যায় বা গ্রহণযোগ্য না হয় চিকিৎসকের পরামর্শ নিতে হবে।

৪: পদ্ধতিটি ব্যবহার করা যাবে না।

* জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ব্যবহারে মেডিকেল উপযুক্ততার মানদণ্ড থেকে গৃহীত, ৪র্থ সংস্করণ, জেনেভা: বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা ২০১৫।

১১.৩ এমআর/প্যাক- পরবর্তী মহিলা স্থায়ী পদ্ধতির উপযুক্ততার জন্য সুপারিশ

এমআর/প্যাক পরবর্তী অবস্থা	মহিলা স্থায়ী পদ্ধতি
জটিলতাহীন।	A
এমআর/প্যাক সেবার পরবর্তীসংক্রমণ বা জ্বর।	D
এমআর/প্যাক সেবার পরবর্তী মারাত্মক রক্তস্রাব।	D
প্রজনন অঙ্গে মারাত্মক আঘাত; এমআর-এর সময় জরায়ুমুখ বা যোনিপথ ছিঁড়ে যাওয়া।	D
জরায়ু ফুটো হয়ে যাওয়া।	S
জরায়ুতে আকস্মিক রক্তপিণ্ড (Acute Haematometra) হলে।	D

মানদণ্ডগুলোর সংজ্ঞা

A= Accept (গ্রহণযোগ্য): এই অবস্থায় স্থায়ী পদ্ধতি সম্পাদনের ক্ষেত্রে স্বাস্থ্যগত বা সামাজিক কোনো বাঁধা নাই। অর্থাৎ এ অবস্থায় স্থায়ী পদ্ধতির অপারেশন করা যাবে।

D= Delay (বিলম্ব): বর্তমান স্বাস্থ্যগত সমস্যার নিরসন বা রোগাবস্থা ভালো না হওয়া পর্যন্ত স্থায়ী পদ্ধতি প্রদান বিলম্বিত করতে হবে। বিকল্প কোনো সাময়িক জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি দিতে হবে।

S= Special (বিশেষ অবস্থা): এমন কোনো ক্লিনিক/হাসপাতালে স্থায়ী পদ্ধতির অপারেশন সম্পাদন করতে হবে যেখানে অভিজ্ঞ সার্জন ও সাহায্যকারী, জেনারেল এনেস্থেশিয়াসহ যেকোনো উদ্ভূত জরুরি অবস্থা মোকাবিলা সুবিধাদি বিদ্যমান আছে। যদি রেফারেল প্রয়োজন হয় বা বিলম্বের সম্ভাবনা থাকে তাহলে বিকল্পভাবে সাময়িক কোনো পদ্ধতি দিতে হবে।

১১.৪ এমআর ও প্যাক সেবার পর প্রযোজ্য জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি

এমআর ও প্যাক পরবর্তী জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি

পদ্ধতির নাম	এমআর ও প্যাক পরবর্তী পদ্ধতির সময়ও মেডিকেল উপযুক্ততা	অতিরিক্ত সুবিধা
কনডম	যৌন সম্পর্ক শুরু হবার সাথে সাথে।	–সহজলভ্য। –যৌনবাহিত রোগ/এইচআইভি থেকে সুরক্ষা দেয়। –সেবাগ্রহণকারীর পুনঃসরবরাহের নিশ্চয়তা দরকার।
আইইউডি CuT ৩৮০এ (কপার-টি)	সংক্রমণের ঝুঁকি না থাকলে, ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের পর পর মেডিকেল এমআর-এর পর, সেবাগ্রহণকারীর মাসিক নিয়মিতকরণ নিশ্চিত হবার পর সাথে সাথেই আইইউডি পরানো যেতে পারে।	–অত্যন্ত কার্যকর, তাৎক্ষণিক কার্যকর। –দীর্ঘমেয়াদি জন্মবিরতি প্রদান করে। –ডাক্তার ছাড়াও অন্য সেবাদানকারী পরাতে পারে। –যৌন মিলনে কোনোরূপ প্রভাবিত করে না। –খুলে ফেলার সাথে সাথেই সন্তান ধারণ ক্ষমতা ফিরে আসে।
মুখে খাবার জন্মবিরতিকরণ বড়ি	এমআর/প্যাকের দিনই শুরু করা অথবা এমআরএম সেবার ওষুধের প্রথম মাত্রার সাথে সাথেই খাবার বড়ি দেওয়া যাবে।	–প্রশিক্ষিত এফডাব্লিউভি/ এফডাব্লিউয়ের মাধ্যমে দেওয়া সম্ভব। –যৌন মিলনে কোনোরূপ প্রভাবিত করে না। –জরায়ুর বাইরে গর্ভধারণ (একটোপিক প্রেগন্যান্সি) ডিম্বাশয়ের সিস্ট ও ক্যান্সার, স্তনের ফাইব্রোসিস্টিক রোগের ঝুঁকি কমায়।
ইনজেকশন - ডিএমপিএ (ডিপো-মেড্রোক্সি প্রোজেস্টেরন এসিটেট)	এমআর/প্যাকের পর অবিলম্বে শুরু করা যায়। অথবা এমআরএম সেবার ওষুধের প্রথম মাত্রার সাথে সাথেই ইনজেকশন দেওয়া যাবে।	–অত্যন্ত কার্যকর। –গোপনীয়তা রক্ষা করে। –প্রশিক্ষিত এফডাব্লিউভি বা মধ্য স্তরের সেবাদানকারীদের মাধ্যমে দেয়া সম্ভব। –যৌন মিলনে কোনোরূপ প্রভাবিত করে না।

পদ্ধতির নাম	এমআর ও প্যাক পরবর্তী পদ্ধতির সময়ও মেডিকেল উপযুক্ততা	অতিরিক্ত সুবিধা
হরমোন নির্ভর ইমপ্ল্যান্ট	এমআর/প্যাকের দিনই অথবা এমআরএম ওষুধের প্রথম মাত্রার মতোই, সাথে সাথেই ইমপ্লান্ট স্থাপন করা যাবে।	–অত্যন্ত কার্যকর। –গোপনীয়তা রক্ষা করে। –যৌন মিলনে কোনোরূপ প্রভাবিত করে না। –ইস্ট্রোজেনের পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া থাকে না।
টিউবেকটমি/ মহিলা স্থায়ী পদ্ধতি	জটিলতাহীন এমআর/প্যাক প্রক্রিয়ার পর পরই অবিলম্বে করা যাবে। তবে, জটিল এমআর/প্যাক সেবাগ্রহণকারীর ক্ষেত্রে বিলম্বিত করতে হবে।	–স্থায়ী পদ্ধতি। –অত্যন্ত কার্যকর, তাৎক্ষণিক ফলাফল। –যৌন মিলনে কোনোরূপ প্রভাবিত করে না। –কোনো দীর্ঘমেয়াদি পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া নাই।
পুরুষ স্থায়ী পদ্ধতি/ ভ্যাসেকটমি	পুরুষদের জন্য প্রযোজ্য। সেবাগ্রহণকারীকে সঙ্গীর এমআর/ প্যাক প্রক্রিয়ার সাথে কোনো সম্পর্ক নাই।	–স্থায়ী পদ্ধতি। –অত্যন্ত কার্যকর, তিন মাস পর থেকে কার্যকর হয়। –যৌন মিলনে কোনোরূপ প্রভাবিত করে না। –ক্লিনিকে ফলোআপে আসতে হয় না। –কোনো দীর্ঘমেয়াদী স্বাস্থ্য ঝুঁকি নাই।

যদি রেফারেলে বিলম্ব হয় বা অন্য কোনো কারণে দেরি হয়, তাহলে বিকল্প একটি সাময়িক পদ্ধতি দিতে হবে।

মাসিক নিয়মিতকরণ (এমভিএ) বা এমআরএম ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার পর বিভিন্ন পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি শুরু করার সময়

পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি	গর্ভপাত-পরবর্তী সেবা	এমআর (এমভিএ) পরবর্তী সেবা	ওষুধ প্রয়োগে এমআর পরবর্তী সেবা
কনডম	যখন সেবাগ্রহীতা মনে করেন তিনি যৌনমিলনের জন্য প্রস্তুত	এমভিএ করার পর পর	এমআরএম শুরু করার প্রথম দিন
খাবার বড়ি	সেবা নেয়ার সঙ্গে সঙ্গে	এমভিএ করার পর পর	এমআরএম শুরু করার প্রথম দিন
ইনজেকশন	সেবা নেয়ার সঙ্গে সঙ্গে	এমভিএ করার পর পর	এমআরএম শুরু করার প্রথম দিন
ইমপ্লান্ট	সেবা নেয়ার সঙ্গে সঙ্গে	এমভিএ করার পর পর	এমআরএম শুরু করার প্রথম দিন
আইইউডি	সেবা নেয়ার সঙ্গে সঙ্গে	এমভিএ করার পর পর	যখন নিশ্চিত হওয়া যাবে, সেবাগ্রহীতা গর্ভবতী নন বা জরায়ু সম্পূর্ণ খালি করা হয়েছে
টিউবেকটমি	সেবা নেয়ার সঙ্গে সঙ্গে	এমভিএ করার পর পর	যখন নিশ্চিত হওয়া যাবে, সেবাগ্রহীতা গর্ভবতী নন বা জরায়ু সম্পূর্ণ খালি করা হয়েছে
প্রাকৃতিক পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি	সেবা নেয়ার পর একটা মাসিক চক্র ভালোভাবে হয়ে যাওয়ার পর	এমভিএ করার পর একটা মাসিক চক্র ভালোভাবে হয়ে যাওয়ার পর	এমআরএম করার পর একটা মাসিক চক্র ভালোভাবে হয়ে যাওয়ার পর

বি.দ্র. যখন কোনো জটিলতা থাকবে না তখন এই ছক অনুসরণ করা যাবে।

১১.৫ জরুরি জন্মবিরতিকরণ বড়ি (ইসিপি)

অরক্ষিত যৌনমিলনের পর অথবা জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ব্যর্থ হলে গর্ভধারণ রোধ করার জন্য জরুরি জন্মবিরতিকরণ একটি গুরুত্বপূর্ণ বিকল্প। যে সেবাগ্রহণকারীকে এমআর/ প্যাক সেবা গ্রহণ করেন তাদের অগ্রিমভাবে জরুরি জন্মবিরতিকরণ সরবরাহ করলে ভবিষ্যতে অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভ প্রতিরোধ করা সহজ হয়। তবে গর্ভধারণ করার পর জরুরি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি গর্ভকে নষ্ট অথবা বাধাগ্রস্ত করতে পারে না। যাই হোক, স্বাভাবিক জন্মবিরতিকরণ বড়ির চাইতে ইসিপির কার্যকারিতা কম।

জরুরি জন্মবিরতিকরণ কী?

- জরুরি জন্মবিরতিকরণ হচ্ছে এমন একটি পদ্ধতি যা যৌনমিলনের পরে গর্ভধারণ রোধের জন্য ব্যবহার করা যায়।
- এই পদ্ধতি যৌনমিলনের ৫ দিনের মধ্যে ব্যবহার করা যায় তবে যত দ্রুত করা যায় ততই বেশি কার্যকরি হয়।

জরুরি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি

জরুরি জন্মবিরতিকরণের জন্য নিচের ওষুধ/ পদ্ধতিগুলো ব্যবহৃত হয়

- উলিপ্রিস্টাল এসিটেট সমৃদ্ধ জরুরি জন্মবিরতিকরণ, ৩০ মিগ্রা একক মাত্রার বড়ি।
- লেভোনরজেস্ট্রেল সমৃদ্ধ জরুরি জন্মবিরতিকরণ, ১.৫ মিগ্রা একক মাত্রা; অথবা বিকল্পভাবে ০.৭৫ মিগ্রা একটি বড়ি, ১২ ঘণ্টা অন্তর মোট দুই বার খেতে হবে।
- মিশ্র জন্মবিরতিকরণ বড়ি (প্রতি মাত্রায় ৪টি করে বড়ি), ১২ ঘণ্টা পরপর মোট দুই মাত্রা, প্রতি মাত্রায় ০.১-০.২ মি.গ্রা. ইথিনাইল ইস্ট্রাডিওল এবং ০.৫-০.৬ মিগ্রা লেভোনরজেস্ট্রিল বা ১.০-১.২ মিগ্রা নরজেস্ট্রেল থাকে (Yuzpe Regimen)।
- অরক্ষিত যৌনমিলনের ৫ দিনের মধ্যে আইইউডি পরানো হলে, গর্ভরোধে ৯৯% কার্যকর হয়। (WHO, 2009; Dunn et al, 2003)।

যেভাবে কাজ করে

- ডিম্বস্ফুটনে বাধা দেয় বা দীর্ঘায়িত করে।
- নিষিক্তকরণের বাধা দেয়।
- জরায়ুর এন্ডোমেট্রিয়ামের পরিবর্তন করে নিষিক্ত ডিম্বানুকে জরায়ুতে গ্রোথিত হতে দেয় না।

কারা জরুরি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ব্যবহার করতে পারবে

- একটি অনাকাঙ্ক্ষিত গর্ভধারণ রোধ করার জন্য প্রজননক্ষম বয়সের যেকোনো নারী অথবা কিশোরী ইসিপি ব্যবহার করতে পারবে।
- জরুরি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ব্যবহারে কোনো মেডিকেল প্রতিনির্দেশনা (Contraindication) নাই।

- জরুরি জন্মবিরতিকরণ ব্যবহারে কোনো নির্দিষ্ট বয়স সীমা নাই।
- সাধারণভাবে কপার আইইউডি ব্যবহারের ক্ষেত্রে যেসকল উপযুক্ততা আছে, একটি জরুরি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি হিসেবে কপার আইইউডি ব্যবহারের ক্ষেত্রে সেসব প্রযোজ্য হবে।

কোন পরিস্থিতিতে জরুরি জন্মবিরতিকরণ ব্যবহার করা যাবে?

যে সকল নারী অরক্ষিত সহবাস করেছেন কিন্তু গর্ভধারণ করতে চান না, তারা ওই অরক্ষিত সহবাসের পর জরুরি জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ব্যবহার করতে পারেন। নিম্নলিখিত পরিস্থিতিসমূহ অরক্ষিত যৌন মিলনের অন্তর্ভুক্ত–

- যৌন মিলনের সময় পরিবার পরিকল্পনার কোন পদ্ধতিই ব্যবহার করা হয়নি
- জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি সঠিকভাবে কাজ করেনি অথবা ভুল নিয়মে পদ্ধতিটি ব্যবহার করা হয়েছে। যেমন–
    - ◇ কনডম ফেটে যাওয়া বা স্থানচ্যুত হওয়া।
    - ◇ পর পর ৩ দিন মিশ্র খাবার বড়ি খেতে ভুলে যাওয়া।
    - ◇ মিনিপিল গ্রহণে ৩ ঘণ্টার বেশি দেরি হওয়া।
    - ◇ জন্মবিরতিকরণ ইনজেকশন গ্রহণে নির্ধারিত তারিখ থেকে ৪ সপ্তাহের বেশি দেরি হওয়া।
    - ◇ আইইউডি সম্পূর্ণ বা আংশিকভাবে খুলে যাওয়া।
    - ◇ অনুর্বর দিন গণনায় ভুল করে উর্বরকালীন সময়ে অরক্ষিত যৌনমিলন করা।
    - ◇ আজল পদ্ধতি ব্যর্থ হওয়া।
- অনিচ্ছাকৃত যৌনমিলন বা জোরপূর্বক সহবাস, যেমন– ধর্ষণ।

অধ্যায়ঃ ১২

এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার জটিলতা ও ব্যবস্থাপনা

১২.১ ভূমিকা

এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবার পর সাধারণত মারাত্মক জটিলতা হয় না, তবে প্রয়োজনীয় সব ধরনের সাবধানতা গ্রহণের পরেও জটিলতা হতে পারে।

যখন অপ্রশিক্ষিত সেবাদানকারীর মাধ্যমে বা অনিরাপদ কেন্দ্রে এমআর/প্যাক করা হয়, তখন জটিলতার সম্ভাবনা বেশি থাকে। বারবার সেবা নিতে আসা সেবাগ্রহণকারীদের মধ্যে কেউ কেউ গুরুতরভাবে অসুস্থ থাকতে পারে এবং মারাত্মক জটিলতার জন্য তার প্রতি অবিলম্বে জরুরিভাবে মনোযোগ দেওয়া উচিত।

অনিরাপদ এমআর/প্যাক সেবাদানের পদ্ধতিগত কারণেও কিছু কিছু জটিলতা হতে পারে, যেমনঃ বিষাক্ত দ্রব্য বা বিষাক্ত ওষুধ খাওয়ানো, পায়ুপথে, যোনিপথে বা জরায়ুমুখে বাইরের কোনো বস্তু ঢুকানো কিংবা পেটে আঘাত দেওয়া। এ ধরনের জটিলতার ক্ষেত্রে শারীরিক আঘাতের ব্যবস্থাপনা করতে হবে, এছাড়াও কোনো মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সংক্রান্ত জটিলতা থাকলে তারও চিকিৎসা করতে হবে।

১২.২ প্রক্রিয়া চলাকালীন বা প্রক্রিয়াঘটিত জটিলতা

একজন প্রশিক্ষিত সেবাদানকারীর দ্বারা জরায়ু ইভাকুয়েশনের প্রক্রিয়াঘটিত জটিলতা কম হয়। তবে অত্যন্ত দক্ষ সেবাদানকারী দ্বারাও জটিলতা ঘটতে পারে। জটিলতা নিরূপণে প্রস্তুতি থাকা এবং দ্রুত ও নিরাপদে চিকিৎসা দেওয়া গুরুত্বপূর্ণ। জরায়ু ইভাকুয়েশনের সময়, রিকভারির সময় বা পরে জটিলতা হতে পারে এবং এই সম্ভাবনাকে মোকাবিলার জন্য স্বাস্থ্যকেন্দ্রগুলোতে অবশ্যই একটি প্রতিষ্ঠিত প্রটোকল থাকতে হবে। ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন এবং মেডিকেল এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবাদানের সময় কিংবা এমআর-এর সময় জটিলতা দেখা দিলে দ্রুততার সাথে চিকিৎসা শুরু করলে বেশিরভাগ ক্ষেত্রে সফলতার সাথে জটিলতা মোকাবিলা সম্ভব। মারাত্মক জটিলতা খুব কম হয়ে থাকে এবং সাধারণ মেডিকেল ও সার্জিক্যাল জরুরি সেবা প্রদানকারী সাধারণত একজন প্রশিক্ষিত সেবাদানকারী দিয়ে চিকিৎসা করানো যায়। কেন্দ্রে যদি জরুরি অবস্থার চিকিৎসা দেওয়ার সুবিধা না থাকে তবে সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক অবস্থা স্থিতিশীল করে যথাসময়ে রেফারেল কেন্দ্রের জরুরি বিভাগে পাঠানোর মাধ্যমে জটিলতার ব্যবস্থাপনা করতে হবে।

১২.৩ এমভিএ, এমআরএম ও এমপ্যাকের জটিলতাসমূহ

ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন, মেডিকেল এমআর ও প্যাকের ক্ষেত্রে কখনো কখনো নানা রকমের জটিলতা ঘটে থাকে। এদের মধ্যে রয়েছে– অসম্পূর্ণ গর্ভপাত, সংক্রমণ, গর্ভ অব্যাহত থাকা, রক্তক্ষরণ ইত্যাদি।

১২.৩.১ অসম্পূর্ণ মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর):

জরায়ু ইভাকুয়েশনের পর জরায়ুতে কিছু গর্ভস্থ টিস্যুর অংশ রয়ে যেতে পারে। বেশি পরিমাণ টিস্যু জরায়ুতে রয়ে গেলে তা থেকে অতিরিক্ত রক্তপাত হয় এবং চিকিৎসা করা না হলে সংক্রমণ হতে পারে। সেবাগ্রহণকারীর যদি অতিরিক্ত রক্তপাত বা সংক্রমণের চিহ্ন ও লক্ষণসমূহ থাকে তাহলে তাৎক্ষণিক পুনরায় জরায়ু ইভাকুয়েশন করাই হলো সুপারিশকৃত চিকিৎসা।

সামান্য পরিমাণ টিস্যু থেকে গেলে তা কোনো হস্তক্ষেপ ছাড়াই স্বতঃস্ফূর্তভাবে জরায়ু থেকে বেরিয়ে যেতে পারে। থেকে যাওয়া গর্ভস্থ উপাদানের কিছু অংশ জরায়ু থেকে বের না হয়ে যাওয়া পর্যন্ত নিবিড় পর্যবেক্ষণ করতে হবে বা অসম্পূর্ণ মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) পরবর্তী সেবায় মিসোপ্রোস্টল দেওয়া যেতে পারে। অন্যথায়, ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের মাধ্যমে জরায়ু ইভাকুয়েশন করে চিকিৎসা করা প্রয়োজন হয়।

১২.৩.২ সংক্রমণ

মাসিক বন্ধ হবার পর প্রথম তিন মাসের মধ্যে নিরাপদ এমআর/প্যাক করা হলে সেক্ষেত্রে সংক্রমণের হার কম হয়, তা প্রতি ১০০ জন সেবাগ্রহণকারীর মধ্যে একজনেরও কম। ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের সময় নিয়মিত প্রতিষেধক অ্যান্টিবায়োটিকের ব্যবহার সংক্রমণের হার কমিয়ে দেয়। যদি এমআর অসম্পূর্ণ হয়, তবে জরায়ু ইভাকুয়েশনের পর সংক্রমণের সম্ভাবনা থাকে। জরায়ুতে গর্ভস্থ কিছু উপাদান থেকে গেলে তখনই ইভাকুয়েশন করতে হবে। সংক্রমণ আছে এমন সকল সেবাগ্রহণকারীকে সংক্রমণের তীব্রতার ওপর নির্ভর করে অ্যান্টিবায়োটিক দিয়ে চিকিৎসা করতে হবে।

১২.৩.৩ গর্ভাবস্থা বজায় থাকা

মাসিক বন্ধের লক্ষণগুলো অব্যাহত থাকলে অথবা এমআর সেবা ব্যর্থ হবার লক্ষণ থাকলে সময়মতো জরায়ু ইভাকুয়েশন করতে হবে।

ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের পর সচরাচর গর্ভাবস্থা অব্যাহত থাকে না;, প্রতি ১০০০-এ ২ জনের হয়। গর্ভাবস্থা বজায় থাকার ঝুঁকিগুলো হলো:

- গর্ভের কম সময়কালে প্রক্রিয়া সম্পন্ন করা (<৬ সপ্তাহ)।
- সেবাদানকারীর অনভিজ্ঞতা।
- জরায়ুর গঠনগত ত্রুটি যেমন বাইকরনুয়েট ইউটেরাস।
- জরায়ুর বাইরে (একটোপিক) গর্ভধারণ।

জরায়ু ইভাকুয়েশনের পর পরই নিষ্কাশিত টিস্যু পর্যবেক্ষণ করলে জরায়ু ইভাকুয়েশন ব্যর্থ হবার ঝুঁকি কমে যায়। যদি কোনো সেবাগ্রহণকারীকে এমআর-এর এক সপ্তাহ বা তার বেশি সময় পর আসে এবং তখনো তার গর্ভকালীন চিহ্ন ও লক্ষণসমূহ থাকে তাহলে গর্ভাবস্থা বজায় আছে কি না তা যাচাই করতে হবে এবং পুনরায় জরায়ু ইভাকুয়েশনের কথা জানাতে হবে।

মেডিকেল এমআর সেবার পর, যেসকল সেবাগ্রহণকারীকে শেষ মাসিকের প্রথম দিন থেকে ১০ সপ্তাহের মধ্যে মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল একসাথে ব্যবহার করে তাদের মধ্যে ১ শতাংশের কম সেবাগ্রহণকারীর এবং যারা শুধু মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করে তাদের মধ্যে প্রায় ৪-৬ শতাংশের কম সেবাগ্রহণকারীর গর্ভাবস্থা বজায় থাকে। যোনিপথে রক্তক্ষরণ না হওয়া, মাসিক বন্ধের চিহ্ন ও লক্ষণসমূহ বজায় থাকা এবং জরায়ুর আকার বাড়তে থাকলে বোঝা যায় যে গর্ভাবস্থা অব্যাহত আছে।

মেডিকেল এমআর-এর পর গর্ভাবস্থা বজায় থাকার চিকিৎসা:

গর্ভাবস্থা বজায় থাকলে, আদর্শ চিকিৎসা হলো ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন। পুনরায় শুধু মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করেও এর চিকিৎসা করা যায়। একটি সমীক্ষায় দেখা গেছে, ১০ সপ্তাহের নিচে গর্ভকালের সেবাগ্রহণকারীকে যাদের মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করার পর গর্ভাবস্থা বজায় ছিল এবং পুনরায় শুধু মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করেছে তাদের মধ্যে মাত্র এক তৃতীয়াংশ সেবাগ্রহণকারীর মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সফল হয়েছে। যদিও এটি প্রথম সারির সুপারিশ নয় তবুও যেসব জায়গায় জরায়ু ইভাকুয়েশনের নিরাপদ সেবা পাওয়ার সুযোগ সীমিত, সেসব জায়গায় নিবিড় ফলোআপে রেখে মিসোপ্রোস্টলের দ্বিতীয় ডোজ দেওয়ার কথা বিবেচনা করা যায়।

মেডিকেল এমআর সেবার জন্য শুধু মিসোপ্রোস্টল ব্যবহার করার পর যদি মাসিক বন্ধ থাকে তাহলে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন করার জন্য সুপারিশ করা হয়েছে।

১২.৩.৪ রক্তক্ষরণ

নিরাপদ এমআর-এর পর রক্তক্ষরণের ঘটনা বিরল। যেসব সেবাগ্রহণকারীর ১২ সপ্তাহের নিচে মাসিক বন্ধ তাদের মেডিকেল এমআরের পর ১০০০ জনের মধ্যে ০-৩ জনের রক্তক্ষরণ ঘটতে দেখা গেছে।

নিরাপদ এমআর সেবার ক্ষেত্রে রক্ত সঞ্চালনের প্রয়োজন বিরল। মেডিকেল এমআর এবং ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের পর প্রতি ১০০০ জনের মধ্যে ১ জনেরও কম সেবাগ্রহণকারীর রক্ত পরিসঞ্চালনের প্রয়োজন হয়েছে।
অসম্পূর্ণ মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর), সংক্রমণ বা জরায়ুর সংকোচন না হওয়ার (এটোনি) কারণে রক্তক্ষরণ হতে পারে।

রক্তস্রাব হলে যেসকল ক্ষেত্রে তাৎক্ষণিক মনোযোগ দেয়ার প্রয়োজন আছে এমন নির্দেশনাসমূহ:

- প্রচুর পরিমাণে রক্তস্রাব।
- ভারী মাসিকের মতো রক্তস্রাব যা কয়েক সপ্তাহ পর্যন্ত স্থায়ী হয় এবং রক্তস্বল্পতা ও হাইপোভলিমিয়া (শরীরে রক্তের পরিমাণ কমে যাওয়া) সৃষ্টি হওয়া।
- ফ্যাঁকাসে ভাবের সাথে দুর্বলতা, উত্তেজনা বা বিভ্রান্ত ভাব।
- রক্তচাপ কমে যাওয়া বা উঠে দাঁড়াতে গেলে অজ্ঞান হয়ে যাওয়া।
- নাড়ীর গতি দ্রুত হয়ে যাওয়া বিশেষ করে সাথে যখন রক্তচাপ কম থাকে।

অন্যান্য উল্লেখযোগ্য চিহ্ন ও লক্ষণগুলো হলো চোখের পাতার ভিতরের দিকে, মুখ, হাতের তালু বা আঙুলের ডগা ফ্যাঁকাসে হয়ে যাওয়া; মাথা ঘুরানো এবং মূর্ছা যাওয়া; এবং প্রস্রাবের পরিমাণ কমে যাওয়া।

মারাত্মক রক্তক্ষরণ এবং দীর্ঘায়িত ভারী রক্তস্রাব হলে তাৎক্ষণিক ব্যবস্থা নেওয়ার প্রয়োজন আছে। সহায়ক চিকিৎসার মধ্যে রয়েছে, শিরাপথে ফ্লুইড দেওয়া ও রক্ত সঞ্চালন করা এবং অক্সিজেন দেওয়া শুরু করা। রক্তক্ষরণের প্রথম পছন্দের চিকিৎসা হলো ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন। এটি জরায়ুকে সংকুচিত হতে সক্ষম করে তোলে এবং রক্তস্রাব কমায়। জরায়ুর সংকোচন শক্তি ফিরিয়ে আনার জন্য বিশেষ ওষুধও ব্যবহার করা যেতে পারে।

১২.৪ ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনজনিত সুনির্দিষ্ট জটিলতা

বিরল কিছু জটিলতা বাদ দিলে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন একটি খুবই নিরাপদ প্রক্রিয়া। ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনজনিত সেসব জটিলতা খুব কম হয়ে থাকে, সুনির্দিষ্টভাবে সেগুলো হচ্ছে: জরায়ুমুখ, জরায়ু বা তলপেটে আঘাত; ওষুধজনিত জটিলতা, ভেসোভেগাল প্রতিক্রিয়া।

জরায়ুমুখ, জরায়ু ও তলপেটে আঘাত:

টেনাকুলাম অথবা ডাইলেটরের নাড়াচাড়ার কারণে জরায়ুমুখ সামান্য আঘাত লেগে কেটে যেতে পারে। ছেঁড়া জায়গার ওপর রিং ফরসেপ আটকে চাপ দিলে সাধারণত রক্তক্ষরণ বন্ধ হয়ে যায়।

ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের সময় জরায়ু ফুটো বা ছিদ্র হয়ে যাওয়া একটি বিরল কিন্তু গুরুতর জটিলতা। সাধারণত প্রতি হাজার গর্ভপাতে ০.১-৩টি জটিলতা ঘটতে পারে। মাসিক বন্ধের সময় বেড়ে যায়ওার সাথে সাথে এবং অনভিজ্ঞ সেবাদানকারীর হাতে জরায়ু ফুটো হবার প্রবণতা বাড়ে।

কখনো কখনো জরায়ু ছিদ্র হয়ে অন্যান্য অঙ্গে আঘাত বা পেটের ভেতরে রক্তক্ষরণ হতে পারে। সেবাদানকারীর অভিজ্ঞতা, সেবার প্রাপ্যতা এবং আঘাতের পরিমাণের ওপর নির্ভর করবে। ল্যাপারোস্কোপি বা ল্যাপারোটমি করে জরায়ুর ছিদ্র খোঁজা, পেটের ভেতরের আঘাত নিরূপণ এবং ফুটোর জায়গাটি সেলাই করা যাবে।

জরায়ু ছিদ্র হয়ে যাওয়ার চিহ্ন ও লক্ষণসমুহ

প্রক্রিয়াকালীন:

- যোনিপথে অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ।
- হঠাৎ করে অতিরিক্ত ব্যথা।
- স্বাভাবিকের চেয়ে বেশি ভেতরে যন্ত্রপাতি (ক্যানুলা) ঢুকে যাওয়া।
- অ্যাসপিরেটরের বায়ুশূন্যতা কমে যাওয়া।
- অ্যাসপিরেটরের মধ্যে চর্বি অথবা নাড়িভুঁড়ির অংশ চলে আসা।

পদ্ধতির পর:

- অনবরত পেটে ব্যথা।
- দ্রুত হৃদ্‌স্পন্দন।
- রক্তচাপ কমে যাওয়া।
- পেলভিক অঞ্চলে চাপ দিলে ব্যথা পাওয়া।
- জ্বর এবং/অথবা রক্তে শ্বেতকণিকার সংখ্যা বেড়ে যাওয়া।

ব্যবস্থাপনা:

গজ বা রিং ফরসেপ দিয়ে সরাসরি চাপ দিয়ে বা শরীরে শোষিত এমন সুতো দিয়ে সেলাই করে। জরায়ুমুখের কাটাছেঁড়ার চিকিৎসা করা সম্ভব।

জরায়ুতে ছিদ্র হওয়া সম্পর্কিত সুপারিশ

যদি কোনো সেবাগ্রহণকারীর জরায়ুতে ছিদ্র হয়েছে বলে সন্দেহ করা হয়, কোনো লক্ষণ না থাকলেও তাকে সম্ভাব্য জটিলতাগুলো সম্পর্কে বুঝিয়ে বলতে হবে এবং তার শারীরিক অবস্থা পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

- সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক অবস্থা স্থিতিশীল থাকলে তাকে সতর্কতা সংকেতগুলো এবং কখন জরুরি সেবা নিতে হবে তা জানাতে হবে। স্বাস্থ্যকেন্দ্র থেকে ছেড়ে দেওয়ার আগে তার স্বাস্থ্যগত অবস্থা পর্যবেক্ষণ করতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীর শারীরিক অবস্থা অস্থিতিশীল বা ক্রমাবনতির দিকে যেতে দেখলে, পরবর্তী ব্যবস্থার জন্য উচ্চ পর্যায়ের (টারশিয়ারি) স্বাস্থ্যকেন্দ্রে স্থানান্তর করতে হবে।
- যদি কোনো সেবাগ্রহণকারীর অন্ত্রের আঘাতসহ জরায়ু ছিদ্র হয়েছে বলে জানা যায়, তাহলে তাকে পরবর্তী ব্যবস্থাপনার জন্য টারশিয়ারি লেভেল স্বাস্থ্যকেন্দ্রে রেফার করতে হবে।

১২.৫ ঔষধজনিত জটিলতা

মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সেবায় নিরাপদ ও কার্যকরভাবে ওষুধের ব্যবহার ব্যাপকভাবে হয়ে আসছে, কিন্তু তা প্রয়োগজনিত কারণে কিছু জটিলতার সম্ভাবনাও থাকে। জটিলতার কারণ:

- অতিরিক্ত মাত্রায় চেতনা নাশক/এনেস্থেশিয়ার ওষুধ প্রয়োগ।
- শিরাপথে লোকাল এনেস্থেশিয়ার ইঞ্জেকশন প্রয়োগ।
- প্রচণ্ড স্পর্শকাতরতাজনিত (hypersensitivity) প্রতিক্রিয়া।

সাধারণ চেতনানাশকের (GA) ব্যবহার মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) পরবর্তী জটিলতার হার বাড়িয়ে দেয়; নিয়মিত ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের জন্য GA সুপারিশ করা হয়নি। চেতনানাশক এবং অন্যান্য ওষুধের জন্য জটিলতার চিকিৎসাগুলোর মধ্যে রয়েছে চেতনা ফিরিয়ে আনার ওষুধ প্রয়োগে চেতনা ফিরিয়ে আনা, শ্বাসতন্ত্র ও হৃৎপিণ্ডের গতি ফিরিয়ে আনা এবং খিঁচুনি নিয়ন্ত্রণ করা।

অ্যালার্জিক প্রতিক্রিয়া

মিফিপ্রিস্টন ও মিসোপ্রোস্টল ব্যবহারের পর অ্যালার্জিক প্রতিক্রিয়া খুবই বিরল কিন্তু মাঝে মধ্যে রিপোর্ট হয়েছে। তীব্র অ্যালার্জিক প্রতিক্রিয়া খুবই বিরল কিন্তু যেকোনো ওষুধ, খাবার বা অন্য কোনো দ্রব্যের কারণে হতে পারে।

লক্ষণ ও উপসর্গ

- ◇ হাত বা পা ফুলে যাওয়া।
- ◇ লাল ফুসকুড়ি হওয়া।
- ◇ শাঁ শাঁ করে শ্বাসের শব্দ হওয়া।
- ◇ আকস্মিক শ্বাসকষ্ট বা শ্বাসনালি ফুলে যাওয়া।
- ◇ অন্য যেকোনো মারাত্মক বা অস্বাভাবিক প্রতিক্রিয়া।

ব্যবস্থাপনা

মৃদু অ্যালার্জিক প্রতিক্রিয়া সাধারণভাবে ব্যবস্থাপনা করা যায়, যেমন: অ্যান্টিহিস্টামিন দিয়ে।
কোনো সেবাগ্রহণকারীর মারাত্মক প্রতিক্রিয়া হলে জরুরি চিকিৎসা দিতে হবে।

১২.৬ ভেসোভেগাল প্রতিক্রিয়া/হঠাৎ মূর্ছা যাওয়া (Veso Vegal Attack)

প্রক্রিয়া চলাকালীন ভ্যাগাস স্নায়ু উত্তেজিত হয়ে মূর্ছা যাওয়াকে ভেসোভেগাল প্রতিক্রিয়া (Veso Vegal Attack) বলে। ভ্যাকুয়াম ইভাকুয়েশন প্রক্রিয়ার সময় শিরাপথ স্থাপন, রক্তের নমুনা সংগ্রহের সময় বা ওষুধ প্রয়োগের সময় ভেসোভেগাল প্রতিক্রিয়া ঘটতে পারে। অধিকাংশ ক্ষেত্রে সেবাগ্রহণকারী এক মিনিটের কম সময়ের মধ্যে ঠিক হয়ে যায় এবং কোনো চিকিৎসার প্রয়োজন হয় না।

রোগ নির্ণয়

- ◇ মাথা ঘোরা বা মাথার মধ্যে ফাঁকা অনুভূতি।
- ◇ ঘেমে যাওয়া।
- ◇ অজ্ঞান হয়ে যাওয়া।
- ◇ রক্তচাপ কমে যাওয়া।
- ◇ নাড়ির গতি কমে যাওয়া।

ব্যবস্থাপনা

- ◇ মেঝেতে শুইয়ে দিয়ে পায়ের দিক উঁচু করে রাখা।
- ◇ উন্নতি না হলে, শিরাপথে ০.৫ মিগ্রা এট্রোপিন দেওয়া।

১২.৭ প্রবাহ চিত্র: এমআর ও প্যাক পরবর্তী জটিলতা নিরূপণ ও ব্যবস্থাপনা

চিত্র ১২.৭.১ সম্ভাব্য জীবন-সংশয়ী জটিলতাগুলো নিরূপণ ও ব্যবস্থাপনা

উপস্থাপন

শকের লক্ষণ আছে?

- রক্তচাপ কমে যাওয়া।
- দ্রুত ও দুর্বল নাড়ির গতি।
- ঘর্মাক্ত ও ফ্যাকাসে ত্বক।
- দ্রুত শ্বাস-প্রশ্বাস।
- মানসিক অবস্থার পরিবর্তন।

↓ **হ্যাঁ** ↓

শক

সাহায্যের জন্য ডাকুন

অবিলম্বে চিকিৎসা করতে হবে

কারণ পরে নির্ণয় করতে হবে

→ **হ্যাঁ** →

সম্পূর্ণ ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন

- রোগের ইতিহাস পর্যালোচনা করতে হবে।
- শেষ মাসিকের তারিখ, কতদিন আগে ইভাকুয়েশন হয়েছে, রক্তক্ষরণের সময়কাল ও পরিমাণ, পেট মোচড়ানো ব্যথার সময়কাল ও তীব্রতা, ওষুধে অ্যালার্জি, ওষুধ গ্রহণের ইতিহাস
- শারীরিক পরীক্ষা।
- পেলভিক পরীক্ষা।
- লক্ষ করতে হবে: জরায়ুর আকার বৃদ্ধি, অসম্পূর্ণ এমআর, জরায়ুমুখ ছিঁড়ে যাওয়া, দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব, জরায়ুমুখে বাইরের কোনো বস্তু বের হয়ে আছে।

↓

- জ্বর ও শীত লাগা।
- দুর্গন্ধযুক্ত স্রাব।
- জরায়ুতে কোনো যন্ত্রপাতি ব্যবহারের ইতিহাস।
- রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা হ্রাস।

↓ **সংক্রমণ**

- অতিরিক্ত পরিমাণে টকটকে লাল রঙের চাকা যুক্ত বা চাকাহীন রক্ত।
- ফ্যাকাসে।

↓ **রক্তক্ষরণ**

- তলপেটে ব্যথা ও মোচড়ানো।
- পেট ফেঁপে যাওয়া।
- আন্ত্রিক শব্দ (bowel sound) কমে যাওয়া।
- Rebound Tenderness/ কোমল এলাকায় চাপ

↓ **জরায়ু ছিদ্র হবার লক্ষণযুক্ত**

চিত্র ১২.৭.২ শকের ব্যবস্থাপনা

শক

প্রাথমিক ব্যবস্থাপনা

- শ্বাসনালি খোলা রাখতে হবে।
- শ্বাস-প্রশ্বাস, নাড়ির গতি ও রক্তচাপ মূল্যায়ন করতে হবে।
- মুখে কোনো তরল বা ওষুধ দিবেন না।
- অক্সিজেন দিতে হবে (থাকলে)।
- সংক্রমণ সন্দেহ করলে শিরাপথে অ্যান্টিবায়োটিক প্রয়োগ করতে হবে।
- হিমোগ্লোবিন পরীক্ষা করে হিমোগ্লোবিন <৫গ্রাম/ডেসিলিটার হলে রক্তসঞ্চালনের কথা বিবেচনা করতে হবে।
- বমি করলে তা শ্বাসনালিতে প্রবেশ ঠেকাতে মাথা একপাশে ঘুরিয়ে রাখতে হবে।
- শিরাপথ স্থাপন করতে হবে। দ্রুত একটি মোটা সুঁইয়ের মাধ্যমে ১-৩ লিটার আইসোটনিক স্যালাইন অথবা রিঙ্গারস ল্যাকটেট দিতে হবে।
- প্রধান লক্ষণগুলো মাপুন ও লিখে রাখুন।
- সেবাগ্রহণকারীকে ক্যাথেটার পরাতে হবে এবং প্রস্রাবের পরিমাণ মাপতে হবে।

শারীরিক অবস্থা স্থিতিশীল

২০-৩০ মিনিট পর পুনঃমূল্যায়ন করতে হবে স্থিতিশীল হবার লক্ষণ–

- সিস্টোলিক রক্তচাপ >১০০ মিমি মার্কারি।
- নাড়ির গতি >৯০/মিনিট।
- সচেতন এবং উদ্বেগ ও বিভ্রান্তি কমে গেছে।
- ত্বকের রঙের উন্নতি।
- শ্বাসের গতি <৩০/ মিনিট।

স্থিতিশীল

- সম্ভব হলে অক্সিজেন কমিয়ে দিতে হবে।
- ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন।
- জরায়ু নিষ্কাশন।

স্থিতিশীল হবার লক্ষণগুলো মূল্যায়ন করা অব্যাহত রাখুন।

স্থিতিশীল নয়

মাঝারি বা উচ্চ পর্যায়ের হাসপাতালে রেফার করতে হবে।

শারীরিক অবস্থা স্থিতিশীল নয়

- অক্সিজেন ও শিরাপথে ফ্লুইড চলমান রাখতে হবে।
- অ্যান্টিবায়োটিক বা রক্ত সঞ্চালনের প্রয়োজনীয়তা পুনঃমূল্যায়ন করতে হবে।
- অন্যান্য কারণ অনুযায়ী চিকিৎসা দিতে হবে।
- হাসপাতালে রেফার করার কথা বিবেচনা করতে হবে।

স্থিতিশীল নয়

- অক্সিজেন ও শিরাপথে ফ্লুইড চলমান রাখতে হবে।
- অ্যান্টিবায়োটিক বা রক্ত সঞ্চালনের প্রয়োজনীয়তা পুনঃমূল্যায়ন করতে হবে।
- অন্যান্য কারণ অনুযায়ী চিকিৎসা দিতে হবে।
- মাঝারি বা উচ্চ পর্যায়ের হাসপাতালে রেফার করতে হবে।

চিত্র ১২.৭.৩ রক্তক্ষরণের ব্যবস্থাপনা

অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ

- শ্বাসনালি খোলা রাখতে হবে।
- শ্বাসনালি খোলা রাখতে হবে।
- শ্বাস-প্রশ্বাস, নাড়ির গতি ও রক্তচাপ মাপতে হবে।
- মুখে কোনো তরল দিবেন না (শিরাপথে স্যালাইন দেওয়া অসম্ভব না হলে)।
- হিমোগ্লোবিন পরীক্ষা করতে হবে, রক্তের গ্রুপিং ও ক্রস ম্যাচিং করতে হবে; হিমোগ্লোবিন <৫গ্রাম/ডেসিলিটার হলে রক্ত সঞ্চালন করতে হবে।
- শিরাপথ স্থাপন করতে হবে। দ্রুত একটি মোটা সুঁইয়ের মাধ্যমে ১-৩ লিটার আইসোটনিক স্যালাইন অথবা রিঞ্জারস ল্যাকটেট দিতে হবে।
- প্রধান লক্ষণগুলো দেখতে হবে এবং লিখে রাখতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীকে ক্যাথেটার পরাতে হবে এবং প্রস্রাবের পরিমাণ মাপতে হবে।

রক্তক্ষরণের কারণ বা উৎসের সন্ধান

জরায়ুমুখ বা যোনিপথে কাটাছেঁড়া–
- ব্যথা উপশমের জন্য ব্যথানাশক দিতে হবে।
- কাটাছেঁড়া সেলাই করতে হবে।

জরায়ু এটোনি বা সংকোচন না হওয়া–
- নরম ও থলথলে জরায়ু।

→ জরায়ু সংকোচনের ওষুধ
বাইম্যানুয়াল কমপ্রেশন (দ্বিমুখী চাপ)।

অসম্পূর্ণ গর্ভপাত–
- জরায়ুমুখ খোলা।
- জরায়ুর ভিতরে থেকে যাওয়া টিস্যু দৃশ্যমান।

→ জরায়ু ইভাকুয়েশন করতে হবে।

জরায়ু ছিদ্র হবার লক্ষণযুক্ত–
- প্রত্যাশার চাইতে বেশি দূর পর্যন্ত যন্ত্রপাতি প্রবেশ করবে।
- স্পেকুলাম পরীক্ষায় বা জরায়ুর ভেতর থেকে অপসারিত টিস্যুতে নাড়িভুঁড়ি দেখা যাবে।

→ ব্যথানাশক ওষুধ দিন
ল্যাপারেটমি অপারেশনের প্রয়োজন হলে রেফার করতে হবে।

কোনো কারণ চিহ্নিত হয়নি, কিন্তু রক্তক্ষরণ অব্যাহত–
- রক্ত জমাট বাঁধার যথাযথ ব্যবস্থা নিতে হবে।

→ রক্ত সঞ্চালন করতে হবে অথবা ব্লাড ব্যাংক আছে এমন হাসপাতালে রেফার করতে হবে।

চিত্র ১২.৭.৪ সংক্রমণের ব্যবস্থাপনা

সংক্রমণ

- শ্বাসনালি খোলা রাখতে হবে।
- শ্বাস-প্রশ্বাস, নাড়ির গতি ও রক্তচাপ মাপতে হবে।
- মুখে কোনো তরল দিবেন না (শিরাপথে স্যালাইন দেয়া অসম্ভব না হলে)।
- অবিলম্বে অ্যান্টিবায়োটিক শুরু করতে হবে।
- অক্সিজেন দিতে হবে (যদি থাকে)।
- হিমোগ্লোবিন পরীক্ষা করতে হবে; হিমোগ্লোবিন <৫গ্রাম/ ডেসিলিটার হলে রক্ত সঞ্চালন করতে হবে।
- বমি করলে তা শ্বাসনালিতে প্রবেশ ঠেকাতে মাথা এক পাশে ঘুরিয়ে রাখতে হবে।
- শিরাপথ স্থাপন করতে হবে। দ্রুত একটি মোটা সুইয়ের মাধ্যমে ১-৩ লিটার আইসোটনিক স্যালাইন অথবা রিঞ্জারস ল্যাকটেট দিতে হবে।
- প্রধান শারীরিক লক্ষণগুলো দেখতে হবে ও লিখে রাখতে হবে।
- সেবাগ্রহণকারীকে ক্যাথেটার পরাতে হবে এবং প্রস্রাবের পরিমাণ মাপতে হবে।

↓

সেপটিক শকের ঝুঁকি নিরূপণ করতে হবে

- শেষ মাসিকের তারিখ থেকে সময়কাল জানতে হবে।
- পেটের অভ্যন্তরীন কোনো আঘাতের চিহ্ন (Rebound Tenderness)* আছে কি না দেখতে হবে। প্রধান শারীরিক লক্ষণসমূহ দেখতে হবে।
- যোনিপথে বাইরের কোনো বস্তু আছে কি না দেখতে হবে।
- জরায়ুতে চাপ দিলে ব্যথা লাগে কি না পরীক্ষা করতে হবে।
- জরায়ুর দু-পাশে চাপ দিলে ব্যথা লাগে কি না পরীক্ষা করতে হবে।
- তলপেটে ব্যথা আছে কি না পরীক্ষা করতে হবে।

↓

অবস্থা স্থিতিশীল?

- শিরাপথে স্যালাইন ও অ্যান্টিবায়োটিক চলবে।
- জরায়ু ইভাকুয়েশন।

শকের লক্ষণ আছে

- চিত্র: ১২.৭.২ দেখুন

চিত্র ১২.৭.৫ জরায়ু ছিদ্র হয়ে যাবার ব্যবস্থাপনা

জরায়ু নিষ্কাশনের সময় জরায়ুতে ছিদ্র হবার লক্ষণ

- প্রত্যাশার চাইতে বেশি দূর পর্যন্ত, বিনা বাধায় যন্ত্রপাতি প্রবেশ করবে।
- অতিরিক্ত রক্তক্ষরণ।
- নিষ্কাশন বা কিউরেটরিংয়ের সময়, জরায়ুর ভেতরের খরখরে স্তরের সাথে যন্ত্রাপাতির ঘষা লাগবে না।
- স্পেকুলাম পরীক্ষায় বা জরায়ুর ভেতর থেকে (জরায়ুমুখে বা যোনিপথে) অন্ত্র বা নাড়িভুঁড়ি দেখা যাবে।
- পেটে ব্যথা, সাধারণত একপাশে বা সাথে Rebound Tenderness* আছে।

↓

রক্তক্ষরণ ও শকের লক্ষণ মূল্যায়ন করতে হবে

↓

লক্ষণযুক্ত নয়

অল্প রক্তপাত ও ছোট ছিদ্র

- ব্যথা, দাঁড়ালে/ বসলে রক্তচাপ কমে যাওয়া, হিমাটোক্রিট কমে যাওয়া ও রিবাউন্ড ব্যথার অনুভূতি পর্যবেক্ষণ করতে হবে।

লক্ষণযুক্ত

অল্প রক্তপাত ও ছোট ছিদ্র

- ল্যাপারোটমি/ ল্যাপারোস্কোপির মাধ্যমে পেটের অভ্যন্তরীণ আঘাতের সেলাই/ মেরামত করতে হবে।
- শক ব্যবস্থাপনার চিকিৎসা চলবে– চিত্র: ১২.৭.২ দেখতে হবে

*Rebound Tenderness ব্যথাযুক্ত স্থানে চাপ দিয়ে হঠাৎ হাত সরিয়ে নিলে আরও বেশি ব্যথা অনুভূত হয়।

অধ্যায়ঃ ১৩

মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবায় সংক্রমণ প্রতিরোধ

সংক্রমণ প্রতিরোধ এমন একটি পদ্ধতি বা প্রক্রিয়া যাতে সংক্রমণ সেবাগ্রহণকারীকে, সেবাদানকারী দলের সদস্য ও কমিউনিটির মধ্যে না ছড়ায়, সে বিষয়ে কাজ করে।

১৩.১ কারা ঝুঁকিতে আছে

ডাক্তার, প্যারামেডিক, এফডাব্লিউভি, স্যাকমো (SACMOs), মিডওয়াইফ, নার্স, নার্সের সহকারী, ল্যাব টেকনিশিয়ান, পরিচ্ছন্নতা কর্মী, সেবাগ্রহণকারীদের ব্যবস্থাপনায় জড়িত সেবাদানকারী এবং সেবাগ্রহণকারীকে– এরা সবাই এমআর ও প্যাক সেবাদানের সময় সংক্রমণের ঝুঁকিতে থাকেন।

সংক্রমণ ছড়ানোর মাধ্যম

- **Contact (সংযোগ)ঃ** স্পর্শ, যৌনমিলন (যোনিপথে/ মুখে/ পায়ুপথে) এবং বাতাসে ভাসমান ক্ষুদ্র জলবিন্দু।
- **Vehicle (মাধ্যম)ঃ** খাবার, রক্ত, পানি এবং ব্যবহৃত যন্ত্রপাতি।
- **Air (বাতাস)ঃ** বায়ুবাহিত জীবাণু।
- **Vector-** কীটপতঙ্গ বা প্রাণীর মাধ্যমে।

১৩.২ আদর্শ সংক্রমণ প্রতিরোধ চর্চা

এমআর/প্যাকের সংক্রমণ প্রতিরোধের ক্ষেত্রে, অন্যান্য সার্জিক্যাল কার্যক্রমের মতো একই মূলনীতি প্রযোজ্য। সংক্রমণ প্রতিরোধের ফলে নানা ধরনের জীবাণু সংক্রমণ এবং হেপাটাইটিস বি ও সি, যৌনবাহিত সংক্রমণ/এইচআইভি ইত্যাদি সংক্রমণ কমায়। সকল কর্মীদের আদর্শ সংক্রমণ প্রতিরোধের চর্চার অভ্যাসগুলো নিবিড়ভাবে মনিটরিং করতে হবে। যেমনঃ

- হাত পরিষ্কার করা।
- ব্যক্তিগত প্রতিরক্ষামূলক যন্ত্রপাতির (পিপিই) ব্যবহার।
- সুচালো/ধারালো জিনিসপত্রের সঠিক ব্যবস্থাপনা।
- যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণ।
- শ্বাসতন্ত্রের পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা।
- লিনেনের নিরাপদ ব্যবহার।
- পরিবেশগত পরিচ্ছন্নতা।
- বর্জ্য ব্যবস্থাপনা।

সংক্রমণ প্রতিরোধের অন্যান্য উপায়সমূহ

- প্রক্রিয়া চলাকালীন, আগে ও পরে নির্বীজন কৌশল অবলম্বন।
- যথাযথভাবে অ্যান্টিসেপটিক এবং ডিজইনফেকটেন্টের ব্যবহার।
- সকল সেবাদানকারীর হেপাটাইটিস বি টিকা গ্রহণ।
- দুর্ঘটনা পরবর্তী প্রতিষেধকমূলক ব্যবস্থা গ্রহণ।

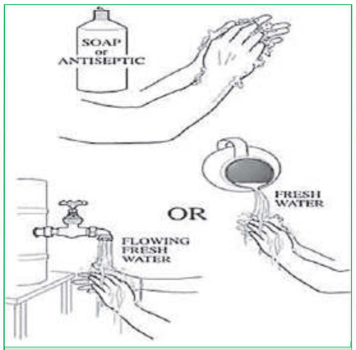
১৩.২.১ হাত পরিষ্কার করা

সংক্রমণ প্রতিরোধের ক্ষেত্রে হাত পরিষ্কার করা একটি গুরুত্বপূর্ণ প্রক্রিয়া। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার মতে, সাবান পানি দিয়ে হাত ধোয়ার চেয়ে ৬০-৯৫% অ্যালকোহল হ্যান্ডরাব দ্রবণ বা জেল ব্যবহার করা বেশি গ্রহণযোগ্য, কারণ এর মাধ্যমে বিভিন্ন ধরনের জীবানু খুব দ্রুত ও কার্যকরীভাবে নিষ্ক্রিয় করা যায়। এছাড়া সাধারণ বা জীবাণুনাশক সাবান এবং প্রবহমান পানি ব্যবহার করে হাত থেকে ধুলো, ময়লা এবং জীবাণুর হার কমানো বা পরিষ্কার করা যায়। হাত ধোয়ার মাধ্যমে আমরা প্রাথমিকভাবে অনেক রোগ জীবাণুর সংক্রমণ রোধ করতে পারি। হাত ধোয়া বা পরিষ্কার করা সংক্রমণ প্রতিরোধের সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ ধাপ।

সেবাগ্রহণকারীদের সেবা গ্রহণের স্থানে অ্যালকোহল হ্যান্ডরাব এবং হাত ধোয়ার সুবিধা থাকতে হবে।

যেসকল ক্ষেত্রে অবশ্যই হাত ধুতে হবে বা পরিষ্কার করতে হবে:

- প্রত্যেক সেবাগ্রহণকারীর সংস্পর্শে আসার আগে ও পরে।
- পরিষ্কারকরণ বা জীবাণুনাশক কৌশলের আগে।
- সেবাগ্রহণকারীকে/রোগীর রক্ত, পুঁজ বা দেহরস পরিষ্কার করার সময় হাতে লাগলে।

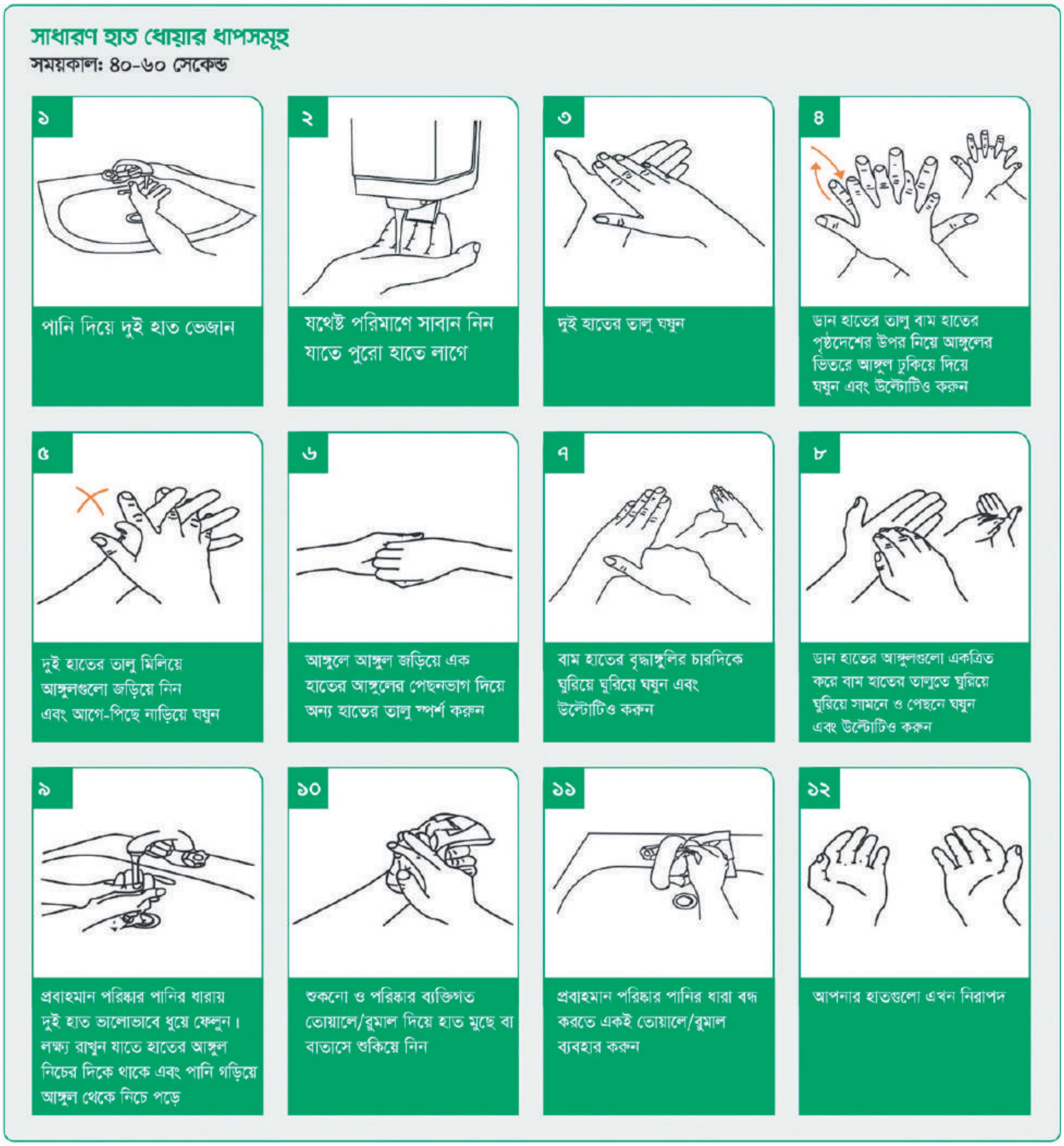


হাত ধোয়া

সেবাগ্রহণকারীকে/রোগীর চারপাশের কোথাও স্পর্শ করার পর প্রবহমান পানি ব্যবহার করা; জমা করে রাখা পানি ব্যবহার না করা, (যেমন: আবদ্ধ কোনো বেসিনে জমা করে রাখা পানিতে সবাই হাত ডুবিয়ে হাত ধোয়া) কেননা সেখানে একজন থেকে অন্য জনে সংক্রমণ ছড়িয়ে পড়তে পারে। প্রত্যেকের জন্য আলাদা পরিষ্কার তোয়ালে ব্যবহার করা।

সাধারণ হাত ধোয়া: সাবান পানি দিয়ে

হাতে দৃশ্যমান ময়লা থাকলে বা অ্যালকোহল হ্যান্ডরাব দ্রবণ পাওয়া না গেলে সাধারণ বা জীবাণুনাশক সাবান এবং প্রবহমান পানি ব্যবহার করে হাত ধুতে হবে। যখন ময়লা দেখা যাবে তখন হাত ধুতে হবে অন্যথায় হ্যান্ডরাব ব্যবহার করতে হবে।



হাত ধোয়ার সময়কাল (ধাপ ২-৭): ১৫-২০ সেকেন্ড

সম্পূর্ণ প্রক্রিয়ার সময়কাল: ৪০-৬০ সেকেন্ড

সাধারণ হাত ধোয়ার নিয়ম-২ : অ্যালকোহল হ্যান্ডরাবঃ

হাতে দৃশ্যমান ময়লা না থাকলে অ্যালকোহল হ্যান্ডরাব দ্রবণ দিয়ে হাত ঘষে জীবাণু হ্রাস সবচেয়ে কার্যকর পন্থা। এজন্য ৬০-৮০% অ্যালকোহল হ্যান্ডরাব দ্রবণ ব্যবহার করা হয়। বাজারে বিভিন্ন ধরনের অ্যালকোহল হ্যান্ডরাব দ্রবণ কিনতে পাওয়া যায়।

১৩.২.২ ব্যক্তিগত প্রতিরক্ষামূলক যন্ত্রপাতি (পিপিই) ব্যবহারের নিয়ম

ক্রস-ইনফেকশনের (মানুষ বা যন্ত্রপাতি থেকে অন্যের মাঝে সংক্রমণ ছড়ানো) ঝুঁকি থেকে সেবাদানকারী এবং সেবাগ্রহণকারীকে/রোগী উভয়ের সুরক্ষার জন্য পিপিই ব্যবহার করতে হবে। সরঞ্জামের মধ্যে আছে গ্লাভস, প্লাস্টিকের অ্যাপ্রোন, গাউন, মাস্ক, মাথার টুপি, চশমা ও জুতা। রক্ত ও শরীর নির্গত কোনো তরল, মিউকাস মেমব্রেন বা ক্ষতযুক্ত ত্বকের সংস্পর্শে আসার সম্ভাবনা থাকলে গ্লাভস ব্যবহার করতে হবে। গ্লাভস পরা, হাত ধোয়ার বিকল্প নয়, এটা প্রক্রিয়ার শুরু করার ঠিক আগে হাতে পরতে হবে এবং সমস্ত কাজ সম্পন্ন করার পর খুলে ফেলতে হবে।

১। পরবর্তী রোগীর সংস্পর্শে আসার আগে এবং একই রোগীকে দ্বিতীয়বার যোনিপথে (বা পায়ুপথে) পরীক্ষার আগে অবশ্যই গ্লাভস বদলাতে হবে।

২। একজন রোগীর সেবা দেওয়ার পর গ্লাভস খুলে ফেলার পর সেবাদানকারীকে অবশ্যই হাত ধুতে হবে, কেননা গ্লাভসে কোনো অলক্ষিত ছিদ্র থাকতেও পারে।

৩। সংক্রমণের প্রতিবন্ধক সরঞ্জামগুলো (গাউন, গ্লাভস,প্লাস্টিকের অ্যাপ্রোন/মেকিন্টোস, মাস্ক, টুপি, চশমা ও জুতা) পরা অবশ্যই বাধ্যতামূলক করা উচিত।

৪। রক্ত ও অন্যান্য দেহরসের সংস্পর্শে আসার আশঙ্কা থাকলে অবশ্যই যথাযথ সুরক্ষামূলক সরঞ্জাম পরতে হবে।

৫। বিশেষ পরিস্থিতিতে (যেমন: কোভিড-১৯) সরকারি নির্দেশনা অনুযায়ী যথাযথ পিপিই পরতে হবে: সার্ভিস প্রোভাইডার ইনফেকশন প্রিভেনশন অ্যান্ড কন্ট্রোল রেফারেন্স ম্যানুয়াল (ডিজিএফপি, জুলাই ২০২০) এবং ন্যাশনাল ট্রেনিং মডিউল ইন ইনফেকশন প্রিভেনশন অ্যান্ড কন্ট্রোল ইন হেলথকেয়ার সেটিং (২য় ভার্সন, ডিজিএইচএস, আগস্ট ২০২০)।

১৩.২.৩ সুচালো/ধারালো যন্ত্রপাতির সঠিক ব্যবহার

সুচালো/ ধারালো যন্ত্রের আঘাতের ফলে সংক্রমিত স্থান থেকে সংক্রমণ ছড়ানোর সম্ভাবনার হার। এইআইভির ক্ষেত্রে ০.৩%, হেপাটাইটিস সি-এর ক্ষেত্রে ১.৮% এবং হেপাটাইটিস বি এর ক্ষেত্রে ৬-৩০% (যদি টিকা দেওয়া না থাকে)। (CDC 2013)

সুচালো/ধারালো যন্ত্রপাতির সঠিক ব্যবহার

- ইনজেকশন দেওয়ার আগে যেন সেবাগ্রহণকারীর হঠাৎ করে নড়াচড়া করার ফলে হাতে সুঁইয়ের আঘাত না লেগে যায়, সেজন্য সেবাগ্রহণকারীকে আগে থেকেই বুঝিয়ে বলতে হবে।
- ধারালো যন্ত্র হস্তান্তরের সময় হাতে হাতে না দিয়ে যন্ত্রপাতির ট্রেতে রাখুন এবং অন্য সেবাদানকারীকে যন্ত্রটি নিজে থেকেই হাতে তুলে নেওয়ার কথা অবহিত করুন।
- পুনরায় সুঁইয়ের ক্যাপ পরাবেন না, সুঁই বাঁকাবেন না, ভাঙবেন না বা ফেলে দেওয়ার আগে সিরিঞ্জ থেকে বিচ্ছিন্ন করবেন না।
- ব্যবহারের সাথে সাথেই ধারালো সরঞ্জামগুলো একটি ছিদ্র নিরোধক প্লাস্টিকের/কার্ডবোর্ডের পাত্রে ফেলুন।

ধারালো যন্ত্রের পাত্রগুলো অবশ্যই:

- যেসব কক্ষে সুচালো/ধারালো যন্ত্রপাতি ব্যবহার করা হয় তার প্রতিটি কক্ষে থাকবে।
- ছিদ্র হবে না এরকম প্লাস্টিক বা কার্ডবোর্ড দ্বারা তৈরি হতে হবে।
- পরিষ্কারভাবে লিখে চিহ্নিত করা থাকবে।
- চার ভাগের তিন ভাগ পূর্ণ হয়ে গেলে পুড়িয়ে ফেলতে হবে অথবা স্থানীয় সরকারি নীতি অনুযায়ী অপসারণ করতে হবে।
- শুধুমাত্র একবার ব্যবহার করা যাবে (অপসারণ করতে হবে এবং পুনরায় ব্যবহার করা যাবে না)।
- বহন করা এবং ফেলে দেওয়ার সময় অবশ্যই ইউটিলিটি গ্লাভস ব্যবহার করতে হবে।

সুচালো/ধারালো সরঞ্জামের আঘাত মোকাবিলা

যখন কর্মী/ সেবাদানকারী দুর্ঘটনাবশত রোগীর রক্ত বা দেহরস মিশ্রিত সুঁইয়ের খোঁচা অথবা ধারালো সরঞ্জামের আঘাত পায় তখন কিভাবে এই দুর্ঘটনা থেকে নিজেদের রক্ষা করতে হবে এবং দুর্ঘটনায় কী ধরনের পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে তা অবশ্যই জানতে হবে:

- আঘাতপ্রাপ্ত স্থান ভালোভাবে সাবান এবং পানি দিয়ে ধুয়ে ফেলা।
- যথাযথ কর্তৃপক্ষকে জানানো যেমন, কেন্দ্রের ব্যবস্থাপক অথবা এলাকা সমন্বয়কারী।
- আঘাতের ধরন এবং এর সাথে সংশ্লিষ্ট সংক্রমণের ঝুঁকি মূল্যায়ন করা।
- অবস্থার মূল্যায়নের ওপর ভিত্তি করে স্বল্প মেয়াদি সংক্রমণের সান্নিধ্যে আসার পর প্রতিষেধক চিকিৎসা (ভাইরাস প্রতিরোধী, পিইপি) দেওয়ার কথা বিবেচনা করতে হবে।

১৩.২.৪ যন্ত্রপাতি ও সরঞ্জামসমূহের যথাযথ ব্যবহার ও প্রক্রিয়াকরণ:

এমভিএ অ্যাসপিরেটর এবং ইজিগ্রিপ ক্যানুলা পুনঃব্যবহারযোগ্য। উভয় যন্ত্রই নির্বীজন বা উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণের মাধ্যমে পুনরায় ব্যবহার করা যায়।

ব্যবহারের পর পরই এমআর/প্যাকে ব্যবহৃত সকল সার্জিক্যাল যন্ত্রপাতি পরিষ্কারকরণ ও নির্বীজনের জন্য পাঠাতে হবে। একবার ব্যবহার্য মেডিকেল যন্ত্রপাতি ও সরঞ্জামগুলো পুনরায় ব্যবহার না করে ফেলে দিতে হবে।

ক্লোরিনে ভেজানোর পরিবর্তে, এমভি-এর যন্ত্রপাতি ব্যবহারের পর পরিষ্কার করার আগে পানিতে ভিজিয়ে রাখতে হবে (স্যালাইন বা ক্লোরিন পানিতে নয়)। পরিষ্কার করা বা উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণের আগে যন্ত্রটিকে ভেজা বা আর্দ্র রাখাই সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ।

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা এখন নিম্নলিখিত কারণে যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণের সময়, পরিষ্কার করার আগে ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ বা অন্য কোনো দ্রবণে যন্ত্রপাতি ভিজিয়ে রাখার জন্য আর সুপারিশ করে না। কারণ

- ক্লোরিনের কারণে যন্ত্রপাতি নষ্ট হয়ে যেতে পারে বা ক্ষয় হতে পারে ।
- রক্ত বা দেহরসের সংস্পর্শে জীবাণুনাশকটির কার্যকারিতা নষ্ট হয়ে যেতে পারে, এবং তা জীবাণু দূষণের উৎস হিসেবে কাজ করতে পারে বা বায়োফিল্ম তৈরি হতে পারে ।
- দূষিত সরঞ্জামগুলো রাসায়নিক জীবাণুনাশকে ভিজিয়ে দূষণমুক্ত করার জন্য স্থানান্তর করার সময় স্বাস্থ্যসেবা কর্মীদের জন্য ঝুঁকির কারণ হতে পারে এবং অনুপযুক্ত নাড়াচাড়া করলে ক্ষতিসাধন হতে পারে।
- অ্যান্টিমাইক্রোবিয়াল প্রতিরোধের বিকাশে অবদান রাখতে পারে, জৈবপদার্থের উপস্থিতিতে পরিষ্কার করার আগে রাসায়নিত সংক্রমণমুক্তকরণ অপ্রয়োজনীয়, অকার্যকর এবং সামান্য মানের। (WHO 2016)

দূষিত এমভিএ যন্ত্রপাতি এবং ইজিগ্রিপ ক্যানুলা প্রক্রিয়াজাতকরণের চারটি মূল ধাপ

১। এমভিএ যন্ত্রপাতি সাধারণ পানিতে ধুয়ে নেওয়া বা ভিজিয়ে রাখা।

২। ডিটারজেন্টযুক্ত পানি দিয়ে পরিষ্কার করা।

৩। নির্বীজন বা উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণ।

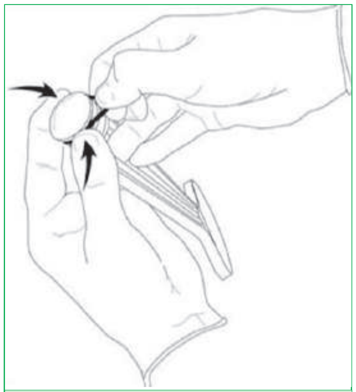
৪। সংরক্ষণ।

পরিষ্কারকরণ

১ ধুয়ে নেওয়া বা ভিজিয়ে রাখা

প্রক্রিয়া সম্পন্ন করার পর পরিষ্কার করার আগ পর্যন্ত ব্যবহৃত সমস্ত যন্ত্রপাতি ভেজা অবস্থায় রাখতে হবে। পরিষ্কার করার আগ পর্যন্ত যন্ত্রগুলো শুকনা অবস্থায় রাখা যাবে না কারণ এতে যন্ত্রপাতি সম্পূর্ণভাবে দূষণমুক্ত করা কঠিন হয়ে যাবে।

ক্যানুলা পুনরায় ব্যবহার না করা হলে, অন্যান্য সংক্রামক বর্জ্যের মতো ফেলে দিতে হবে/ অপসারণ করতে হবে।


ও রিং আলাদা করা

২ পরিষ্কার করা

যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণের দ্বিতীয় ধাপ হচ্ছে পরিষ্কার করা। নির্বীজন বা উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণের আগে, একটি নরম ব্রাশ, ডিটারজেন্ট ও পানি দিয়ে ভালোভাবে পরিষ্কার করে যন্ত্রপাতির গায়ের জৈব ও অজৈব উপাদানগুলো অপসারণ করা প্রক্রিয়াজাতকরণের কার্যকারিতা বৃদ্ধির জন্য অত্যাবশ্যকীয়।

- **যন্ত্রপাতির বিভিন্ন অংশ আলাদা করা**

পরিষ্কারকরণ ও পুনঃপ্রক্রিয়াজাতকরণের আগে অ্যাসপিরেটরের বিভিন্ন অংশ অবশ্যই খুলে আলাদা করতে হবে, এবং ভালোভাবে কাজ করার জন্য প্রক্রিয়াজাতকরণের পরে অবশ্যই সঠিকভাবে অংশগুলো আবারও লাগাতে হবে।

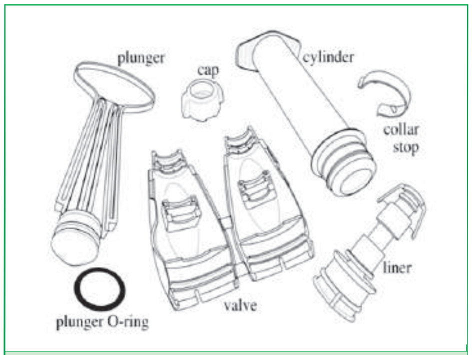
এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটরের বিভিন্ন অংশ খুলে আলাদা করতে হলে:

- ভালভ থেকে সিলিন্ডারটি টেনে বের করতে হবে।
- ক্যাপ খোলার বোতামটি এক হাতে চাপতে হবে; অন্য হাতে ক্যাপটি টেনে খুলে ফেলতে হবে। তারপর ক্ল্যাম্প টেনে খুলে ও ভালভের লাইনার সরিয়ে হিঞ্জড ভালভটিকে খুলতে হবে।
- ক্লিপের নিচে রেখেই পাশে সরিয়ে অথবা পুরোপুরিভাবে সিলিন্ডার থেকে কলার স্টপটি খুলে ফেলতে হবে।
- প্লাঞ্জারটিকে সম্পূর্ণভাবে সিলিন্ডার থেকে খুলে ফেলতে হবে।
- 'ও' রিং-এর দুপাশে চাপ দিয়ে এবং নিচের খাঁজে নামিয়ে নিয়ে এসে প্লাঞ্জার থেকে 'ও' রিংটিকে সরিয়ে ফেলতে হবে। এটিকে পুরোপুরিভাবে আলাদা করা আবশ্যক না।

পরিষ্কার করার ধাপসমূহ

পরিষ্কার করার আগে যন্ত্রপাতিগুলো খুলে আলাদা করতে হবে।

- পানিতে ডিটারজেন্ট মিশিয়ে বা সাবান পানি দিয়ে যন্ত্রের সকল তল থেকে অবশিষ্ট টিস্যু বা রক্ত ধুয়ে ফেলতে হবে। এক্ষেত্রে ডিটারজেন্ট বেশি গ্রহণযোগ্য কেননা সাবান থেকে আঠালো জিনিস রয়ে যেতে পারে। ক্যানুলার ভিতরে টিস্যু বা শুকিয়ে-যাওয়া রক্ত আটকে থাকলে, ক্যানুলার ভেতরে বারবার পানির ধারা দিতে হবে অথবা একটি কাঠির মাথায় তুলো বা নরম কাপড় বেঁধে ময়লা বের করে আনতে হবে।



এমভিএ প্লাস যন্ত্রাংশ

- নরম ব্রাশ দিয়ে সিলিন্ডারের খাঁজ ও ভেতরের অংশ, ভালভের অংশগুলো ও প্লাঞ্জার পরিষ্কার করতে হবে; সতর্ক থাকতে হবে যেন পানি ছিটকে না ওঠে।
- প্রতিটি যন্ত্র এমনভাবে পরিষ্কার করতে হবে যাতে কোথাও আর টিস্যু বা রক্ত না দেখা যায়। ভালোভাবে লক্ষ্য করতে হবে ও তারপর ধুয়ে ফেলতে হবে।
- যন্ত্রপাতিগুলো শুকাতে দিতে হবে।

সতর্কতা

কোনো ধারালো বা সুচালো জিনিস দিয়ে ভালভ পরিষ্কার করা যাবে না বা 'ও' রিংটি নাড়ানো যাবে না। এর ফলে ভালভের অভ্যন্তর বা 'ও' রিং ক্ষতিগ্রস্ত হতে পারে, ফলে যন্ত্রটির বায়ুশূন্যতা তৈরিতে সমস্যা হতে পারে।

নির্বীজন ও উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণ

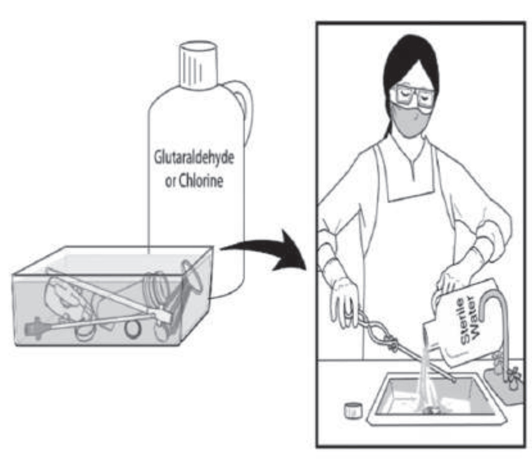
পরিষ্কার করার পর, দূষণ প্রতিরোধের জন্য, পরবর্তী রোগীর জন্য ব্যবহারের আগে, এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর ও ইজিগ্রিপ ক্যানুলাগুলোকে অবশ্যই উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণ বা নির্বীজন করতে হবে। পরবর্তী প্রক্রিয়ার জন্য এভাবে যন্ত্রপাতিগুলোর নিরাপদ ব্যবহার নিশ্চিত করা হয়।

বাষ্পীয় অটোক্লেভের মাধ্যমে জীবাণুমুক্তকরণের ধাপসমূহ:

- এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর ও ইজিগ্রিপ ক্যানুলার সকল অংশই ১২১ ডিগ্রি সে. (২৫০ ডিগ্রি ফা.) তাপমাত্রায় বাষ্পীয়ভাবে অটোক্লেভ করা সম্ভব। যন্ত্রাংশগুলো পরস্পর স্পর্শ করবে না এবং কলার স্টপটিকে সম্পূর্ণভাবে সিলিন্ডার থেকে বিচ্ছিন্ন করে ফেলতে হবে। যন্ত্রপাতিগুলো এমনভাবে সাজাবেন যাতে পরস্পর প্রতিবন্ধকতা সৃষ্টি না করে এবং ক্যানুলার গোড়ার দিকের ছিদ্রটি খোলা থাকে যাতে ছিদ্রপথে বাষ্প চলাচল করতে পারে।
- যেহেতু ক্যানুলা, বিশেষ করে ছোট আকারের ক্যানুলা অটোক্লেভে বাষ্পীয় তাপে বাঁকা হয়ে যেতে পারে সেহেতু এসব ক্যানুলা কাগজ অথবা লিনেন কাপড়ে মুড়িয়ে সমান তলে রেখে অটোক্লেভে দিতে হবে। পরিষ্কার ইজিগ্রিপ ক্যানুলা এবং এমভিএ প্লাস অ্যাসপিরেটর অটোক্লেভে এক বা দুই সারিতে সাজিয়ে রাখতে হবে। উল্লেখ্য, ইজিগ্রিপ ক্যানুলা যদি না মোড়ানো অবস্থায় এবং সামান তলে না রাখা অবস্থায় অটোক্লেভে ৩০ মিনিট রাখা হয় তাহলে তা সামান্য বেঁকে যেতে পারে।
- বাষ্পীয় অটোক্লেভে মোড়ানো যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণ করতে হবে ১২১ ডিগ্রি সে. (২৫০ ডিগ্রি ফা.) তাপমাত্রায় ৩০ মিনিট পর্যন্ত।
- সব যন্ত্রপাতি ঠাণ্ডা করে ব্যবহার করতে হবে।

০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ ব্যবহার করে উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণের ধাপ

- যন্ত্রপাতি সম্পূর্ণভাবে দ্রবণে ডুবাতে হবে যেন দ্রবণ যন্ত্রপাতির সর্বত্র পৌঁছে। একটি প্লাস্টিকের বালতি বা গামলা ব্যবহার করতে হবে (কোনো ধাতব পাত্র নয়)।
- ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণে ২০ মিনিট ডুবিয়ে রাখতে হবে।
- দ্রবণ থেকে যন্ত্রপাতি তোলার জন্য উচ্চমাত্রায় সংক্রমণমুক্ত করা বা জীবাণুমুক্ত গ্লাভস বা ফরসেপ ব্যবহার করতে হবে।
- যন্ত্রপাতির প্রতিটি অংশ জীবাণুমুক্ত অথবা ফুটানো পানি দিয়ে ধুয়ে নিতে হবে।
- যদি প্রয়োজন হয় তাহলে জীবাণুমুক্ত কাপড় দিয়ে মুছে শুকিয়ে নিতে হবে।



এইচএলডি পদ্ধতিতে যন্ত্রপাতি ডুবানো ও ধোয়া

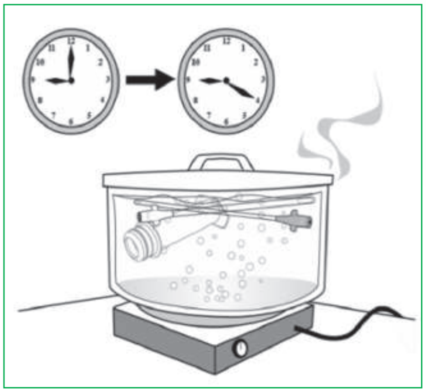
- ক্লোরিন দ্রবণ প্রতিদিনই বদলাতে হবে অথবা এর আগেই যদি দ্রবণটি ঘোলাটে হয়ে যায় তাহলে তা বদলে ফেলতে হবে।

সতর্কতা : ১২১ ডিগ্রি সেলসিয়াস (২৫০ ডিগ্রি ফারেনহাইট)-এর বেশি তাপমাত্রা ব্যবহার করা যাবে না। বিশেষ করে, খুব কম সময়ের জন্য খুব বেশি তাপমাত্রা ব্যবহার করা যাবে না (যেমন: ফ্লাশ অটোক্লেভিং); তা করা হলে যন্ত্রপাতি নষ্ট হয়ে যেতে পারে। অটোক্লেভ করার পূর্বে নিশ্চিত হতে হবে যে অটোক্লেভ ব্যবহারের জন্য প্যারামিটারগুলো ঠিকমতো স্থির করা হয়েছে।

দ্রষ্টব্য: গ্লুটারালডিহাইড ব্যবহার করেও উচ্চমাত্রার জীবাণুমুক্তকরণ করা যায়।

পানিতে ফুটিয়ে উচ্চমাত্রায় সংক্রমণমুক্তকরণের ধাপসমূহ

- ফুটন্ত পানিতে যন্ত্রপাতি দিতে হবে। যন্ত্র বা যন্ত্রাংশ পুরোপুরি পানিতে ডুবে থাকতে হবে।
- পানি ফোটার পর থেকে ২০ মিনিট পর্যন্ত যন্ত্রপাতি ফুটাতে হবে।
- যন্ত্রপাতি তোলার জন্য উচ্চমাত্রায় সংক্রমণমুক্ত/জীবাণুমুক্ত লিফটার কিংবা ফরসেপ ব্যবহার করতে হবে।
- যদি প্রয়োজন হয় তাহলে জীবাণুমুক্ত কাপড় দিয়ে যন্ত্রপাতি মুছে শুকিয়ে নিতে হবে।



- যন্ত্রপাতি ঠান্ডা করে ব্যবহার করতে হবে। ক্যানুলার গোড়ার দিক ধরে পানি থেকে তুলতে হবে। গরম যন্ত্রাংশ ধরলে তা চ্যাপ্টা হয়ে যেতে পারে। ক্যানুলা ফুটালে রং ফ্যাঁকাসে হয়ে যেতে পারে। কিন্তু এতে এর কার্যকারিতা নষ্ট হবে না।
- মনে রাখতে হবে, এমভিএ প্লাস যন্ত্রপাতি উচ্চমাত্রায় সংক্রমণমুক্তকরণের জন্য ফুটানো একটি উপযুক্ত উপায়। **তবে ডাবল ভাল্ব এবং একক ভাল্বের অ্যাসপিরেটর পানিতে ফুটানো যাবে না।**

৪ যন্ত্রপাতি সংরক্ষণ

- যে পরিবেশে যন্ত্রপাতি সংরক্ষণ করা হয় সে অনুযায়ী সেগুলোকে কাঙ্ক্ষিত পর্যায়ে সংক্রমণমুক্ত রাখা যায়। একবার যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণের পর এটা নিশ্চিত করা উচিত যেন যন্ত্রপাতি সংরক্ষণ বা নাড়াচাড়া করার সময় পুনরায় সংক্রমিত না হয়।
- **অ্যাসপিরেটর:** অ্যাসপিরেটর ধুলাবালি এবং অন্য দূষিত পদার্থ থেকে দূরে, নিরাপদ, শুষ্ক ও পরিষ্কার জায়গায় রাখতে হবে। অ্যাসপিরেটর পরবর্তী ব্যবহার পর্যন্ত উচ্চমাত্রায় জীবাণুমক্তকরণ বা সংক্রমণমুক্তকরণ করার প্রয়োজন নেই। যদি সব অংশ শুকনা থাকে তাহলে পরিষ্কার গ্লাভস অথবা পরিষ্কার হাত দিয়ে পুনঃসংযোজন করে নিলেই হবে। কারণ অ্যাসপিরেটর সরাসরি জরায়ুতে ঢোকানো হয় না।

- **ক্যানুলাঃ**

◇ ক্যানুলা প্রতিবার ব্যবহারের সময় অবশ্যই উচ্চমাত্রায় জীবাণুমুক্তকরণ অথবা সংক্রমণমুক্তকরণ করতে হবে।

◇ সংক্রমণমুক্তকরণের পদ্ধতির ওপর সংরক্ষণ নির্ভর করে। যদি বাষ্প দ্বারা সংক্রমণমুক্ত করা হয় তাহলে ক্যানুলা সংক্রমণমুক্ত রাখতে হবে এবং পরবর্তী ব্যবহারের জন্য সংক্রমণমুক্ত জায়গায় রাখতে হবে।

◇ যদি গ্লুটারলাডহাইডে ডুবিয়ে করা হয়, তাহলে পরবর্তী ব্যবহার পর্যন্ত ক্যানুলা একটি সংক্রমণমুক্ত পাত্রে রাখতে হবে।

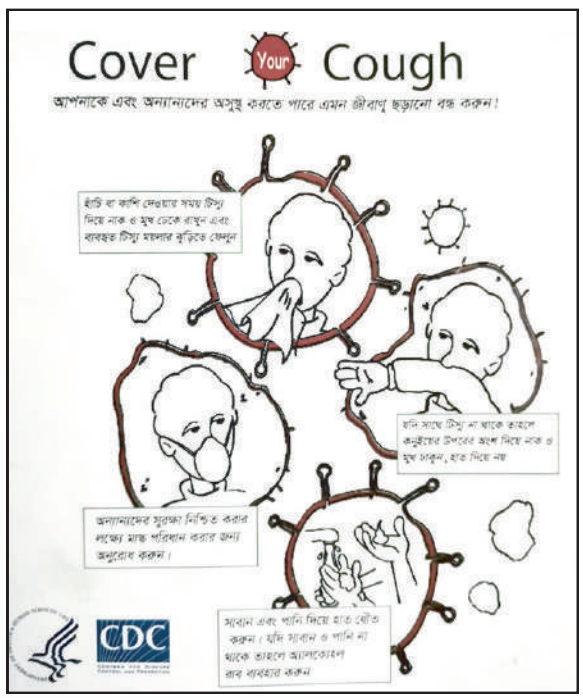
◇ যদি সেদিন ব্যবহৃত না হয় তাহলে পরবর্তী ব্যবহারের জন্য পুনরায় জীবাণুমুক্তকরণ করতে হবে।

◇ যদি ফুটিয়ে বা রাসায়নিক দ্রবণ দিয়ে উচ্চমাত্রায় জীবাণুমুক্তকরণ করা হয় এবং সেদিন যদি যন্ত্রপাতি ব্যবহার না হয় তাহলে পুনরায় জীবাণুমুক্ত করতে হবে পরবর্তী ব্যবহারের জন্য।

◇ যদি ওয়েট মেথড ব্যবহার করে প্রক্রিয়াজাতকরণ করা হয় তাহলে মাইক্রোবিয়াল জীবাণুর জন্ম হয়। ওয়েট মেথড দিয়ে প্রক্রিয়াজাতকরণ করা যন্ত্রপাতি শুকনা করার কার্যকর কোনো পন্থা নেই।

◇ সংরক্ষণ করার পাত্র থেকে বারবার যন্ত্রপাতি তোলার জন্য ফরসেপ ব্যবহার করলে সংক্রমণের সম্ভাবনা আরও বেড়ে যায়।

১৩.২.৫ শ্বাসতন্ত্রের পরিষ্কার পরিচ্ছন্নতা



১৩.২.৫.১ বায়ুবাহিত অথবা লালা ও শ্লেষ্মা ঝিল্লিতে বিদ্যমান জীবাণুসমূহ সাধারণত হাঁচি বা কাশির মাধ্যমে ছড়ায় বা বিস্তার লাভ করে।

১৩.২.৫.২ সেবাদানকারী ও সেবাগ্রহণকারীকে উভয়কেই বায়ুবাহিত সংক্রমণ প্রতিরোধে নিম্নোক্ত প্রতিরোধমূলক ব্যবস্থা গ্রহণ করতে হবেঃ

- হাঁচি বা কাশি দেওয়ার সময় নাক ও মুখ টিস্যু দিয়ে অথবা কনুইয়ের ভাঁজ দিয়ে ঢেকে নিতে হবে
- ব্যবহৃত টিস্যু সাধারণ বর্জ্য ফেলার পাত্রে ফেলতে হবে।
- অবিলম্বে অ্যালকোহল রাব বা সাবান পানি দিয়ে হাত ধুয়ে ফেলতে হবে।
- সেবাদানকারী এবং সেবাগ্রহণকারীর মধ্যে কারো সর্দি কাশির লক্ষণ থাকলে তাদেরকে মাস্ক পরিধানে করতে হবে।

১৩.২.৫.৩ উদ্দিষ্ট জনগোষ্ঠীর জন্য হাঁচি বা কাশি দেওয়ার সঠিক শিষ্টাচার সম্পর্কে সহজবোধ্য নির্দেশনা স্পষ্টভাবে প্রদর্শিত হওয়া প্রয়োজন।

কোভিড মহামারী পরিস্থিতিতে, স্বাস্থ্যকেন্দ্রগুলো অবশ্যই সার্ভিস প্রোভাইডার ইনফেকশন প্রিভেনশন অ্যান্ড কন্ট্রোল রেফারেন্স ম্যানুয়াল, ডিজিএফপি, জুলাই ২০২০ এবং ন্যাশনাল ট্রেনিং মডিউল অন ইনফেকশন প্রিভেনশন অ্যান্ড কন্ট্রোল ইন হেলথকেয়ার সেটিংস ভল্যুম ২, ডিজিএইচএস, আগস্ট ২০২০ মেনে চলবে।

১৩.২.৬ লিনেনের নিরাপদ ব্যবহার ও প্রক্রিয়াজাতকরণ

- ময়লা হয়ে যাওয়া লিনেন যত সম্ভব কম নাড়াচাড়া করতে হবে এবং ব্যবহারের কক্ষেই ছিদ্রবিহীন পাত্রে ফেলতে হবে।
- ব্যবহৃত লিনেন নাড়াচাড়া, পরিবহন ও প্রক্রিয়াজাতকরণের সময় গ্লাভস ও অন্যান্য সুরক্ষা সামগ্রী ব্যবহার করতে হবে।

লিনেন ধোয়া

- লিনেনের মধ্যে কোনো সুচালো বা ধারালো সরঞ্জাম, যন্ত্রপাতি বা বর্জ্য নেই নিশ্চিত করতে হবে।
- ডিটারজেন্ট ও উষ্ণ পানি ব্যবহার করতে হবে এবং পরিষ্কার পানি দিয়ে ধুয়ে নিতে হবে।
- সংক্রমণের ঝুঁকি এড়ানোর জন্য মেশিন দিয়ে লিনেন ধোয়া যেতে পারে।
- হাত দিয়ে ধোয়ার ক্ষেত্রে ইউটিলিটি গ্লাভস, অ্যাপ্রোন ও মুখ-চোখের সুরক্ষা শিল্ড পরতে হবে।

১৩.২.৭ পরিবেশগত পরিচ্ছন্নতা

সাধারণ নির্দেশিকা

সংক্রমণের ঝুঁকি অনুযায়ী এলাকা চিহ্নিত করে পরিষ্কার করতে হবে (কম ও উচ্চ ঝুঁকি) এবং এলাকা অনুযায়ী পরিষ্কার করার রুটিন পরিবর্তন করতে হবে। কম ঝুঁকিপূর্ণ এলাকায় ঘন ঘন পরিষ্কার করার প্রয়োজন কম হয়। ধূলিকণা থাকলে, একটি ভিজাকাপড় ব্যবহার করে তা পরিষ্কার করা উচিত যাতে ধূলিকণা বাতাসে উড়ে না যায়।

- সব সময় ওপর থেকে নিচ পর্যন্ত পরিষ্কার করতে হবে, সর্বোচ্চ থেকে সর্বনিম্ন পয়েন্ট পর্যন্ত পরিষ্কার করতে হবে এবং পরিশেষে মেঝে পরিষ্কার করতে হবে।
- সর্বদা ইউটিলিটি গ্লাভস পরিধান করতে হবে।
- ছিটকে এসে পড়া রক্ত, ময়লা, তরল ফোঁটা অবিলম্বে পরিষ্কার এবং জীবাণুমুক্ত করতে হবে।
- যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণ এবং ঘর পরিষ্কারের কাজে একই দ্রবণ বা মিশ্রণ ব্যবহার করা যাবে না। ঘর পরিষ্কারের জন্য একটি পৃথক মিশ্রণ তৈরি করতে হবে এবং একটি স্প্রে বোতলে (যথা সম্ভব) রাখতে হবে ।
- পরিষ্কার করার জন্য ব্যবহৃত দ্রবণ ঘন ঘন পরিবর্তন কবতে হবে, বিশেষত: যখন দ্রবণটি ঘোলাটে দেখাবে ।

- ঘর মোছার মপ এবং ব্রাশ পরিষ্কার এবং সংক্রমণমুক্ত রাখতে হবে।
- কোথায় ও কখন পরিষ্কার পরিচ্ছন্ন করতে হবে (সময়সূচি) এবং কিভাবে পরিষ্কার করা উচিত তা স্পষ্টভাবে প্রদর্শন করতে হবে।

নিম্ন ঝুঁকিপূর্ণ এলাকা

- রোগীদের অপেক্ষা কক্ষ ও প্রশাসন এলাকা অন্তর্ভুক্ত।
- ডিটারজেন্ট ও পানির মিশ্রণ দিয়ে পরিষ্কার করা।
- প্রতিদিন ও যখনই ময়লা মনে হবে তখনই পরিষ্কার করা।

উচ্চ ঝুঁকিপূর্ণ এলাকা

- চিকিৎসা প্রদানের কক্ষ, রিকভারি কক্ষ, অপারেশন পরবর্তী কক্ষ, যন্ত্রপাতি প্রক্রিয়াজাতকরণ এলাকা, রোগী পরীক্ষা করার শয্যা, যন্ত্রপাতির ট্রলি এবং টয়লেট অন্তর্ভুক্ত।
- ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ দিয়ে রোগীর রক্ত বা দেহরস দ্বারা দৃশ্যত দূষিত জায়গাটি পরিষ্কার করা।
- কখনো ধূলিকণা ঝাড়ু দিয়ে মোছা বা পরিষ্কার করা যাবে না, কেননা এভাবে ধুলো ও ক্ষুদ্র জীবাণু ছড়িয়ে পড়ে
- রোগী পরীক্ষা করার শয্যা ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ দিয়ে পরিষ্কার করতে হবে এবং প্রতিদিন নতুন দ্রবণ ব্যবহার করতে হবে।
- যন্ত্রপাতির ট্রলি ও রোগীর ট্রলি পরিষ্কার করার জন্য ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ ব্যবহার করতে হবে।

১৩.২.৮ নিরাপদ বর্জ্য ব্যবস্থাপনা

প্রক্রিয়া সমপন্ন করার পর, সংক্রামক ও অসংক্রামক বর্জ্য আলাদা করতে হবে।

- সংক্রামক বর্জ্য– মানবদেহের টিস্যু যেমন নিষ্কাশিত উপাদান, দেহরস; এবং রক্ত বা দেহরসযুক্ত উপাদান যেমন ব্যান্ডেজ, সার্জিক্যাল স্পঞ্জ, সুঁই, রক্তের টিউব ও পিপেট।
- জরায়ু নিষ্কাশিত উপাদানকে সংক্রামক বর্জ্য হিসাবে ধরে নিতে হবে।
- দেহরসের সংস্পর্শে আসা যে কোনো বর্জ্যকেই সংক্রামক বর্জ্য হিসেবে বিবেচনা করে যথাযথভাবে অপসারণ করতে হবে।
- রক্ত, দেহরস, টিস্যু বা ল্যাবের কোনো নমুনা কঠিন বর্জ্যের সংস্পর্শে এলে তা একটি ছিদ্রবিহীন পাত্রে রেখে পোড়াতে হবে বা মাটিতে গর্ত করে ফেলতে হবে। গর্তটি ৭ ফুট গভীর হবে এবং পানির উৎস থেকে কমপক্ষে ৩০ ফুট দূরে রাখতে হবে। রক্ত বা দেহরসের মতো তরল বর্জ্যগুলো ভূ-গর্ভস্থ নর্দমা বা পিট ল্যাট্রিনে ফেলে দিন।
- সাধারণ অসংক্রামক বর্জ্যগুলো মিউনিসিপ্যালিটির ডাস্টবিনে ফেলা যেতে পারে।

১৩.৩ অ্যান্টিসেপটিক ও ডিজইনফেকট্যান্টের ব্যবহার

অ্যান্টিসেপটিক হচ্ছে জীবাণুর বিরুদ্ধে কার্যকর পদার্থ যা সংক্রমণের সম্ভাবনা কমানোর জন্য জীবিত কোষে বা ত্বকে প্রয়োগ করা হয় (যেমন, কোন প্রক্রিয়ার আগে ত্বক, জরায়ুমুখ বা যোনিপথের প্রস্তুতি অথবা সার্জিক্যাল স্ক্রাব-এর সময়)।

১৩.৩.১ অ্যান্টিসেপটিকের ব্যবহার (ক্লোরোহেক্সিডিন, পভিডন আয়োডিন, >৬০% অ্যালকোহল)

- শীতল, অন্ধকার জায়গায় সংরক্ষণ করতে হবে।
- বড় বোতল থেকে একটি ছোট পাত্রে প্রয়োজনমতো অ্যান্টিসেপটিক ঢেলে নিতে হবে।
- ছোট বোতলে ঢেলে নেওয়া অ্যান্টিসেপটিক ব্যবহারের পর অতিরিক্ত বা থেকে যাওয়া দ্রবণ ফেলে দিতে হবে।
- অ্যান্টিসেপটিক দ্রবণে গজ কাপড় বা তুলা ভিজিয়ে রাখা যাবে না।

১৩.৩.২ ডিজইনফেকটেন্ট জীবাণু ধ্বংসের জন্য জড় পদার্থের ওপর ব্যবহার করা হয় (যেমনঃ যন্ত্রপাতি বা কাজ করার তলগুলো সংক্রমণমুক্ত করার জন্য।)

১৩.৩.৩ ডিজইনফেকটেন্টের ব্যবহার (গ্লুটারেলডিহাইড, ক্লোরিন দ্রবণ)

- সাধারণত তিন ধরনের ডিজইনফেকটেন্ট ব্যবহার করা হয়–
- কম মাত্রারঃ গৃহস্থালী কাজ এবং মেঝে পরিস্কারের জন্য ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ।
- মাঝারি মাত্রারঃ ভায়ালের উপরিভাগ, কিছু যন্ত্রপাতি পরিষ্কার করার জন্য ৭০% অ্যালকোহল।
- উচ্চমাত্রারঃ উচ্চমাত্রায় সংক্রমণমুক্তকরণের জন্য গ্লুটারেলডিহাইডে বা ক্লোরিন দ্রবণে যন্ত্রপাতি ২০ মিনিট যাবৎ ভিজিয়ে রাখা হয় এবং সকল জীবাণু ধ্বংস করার জন্য ১০ ঘণ্টা ডুবিয়ে রাখা হয় ।
- ডিজইনফেকটেন্ট দ্রবণ সব সময় ঢেকে রাখা উচিত যাতে এটি বাষ্প হয়ে উড়ে না যায় এবং ঘনত্বের ও শক্তির পরিবর্তন না হয়।
- ডিজইনফেকটেন্ট দ্রবণ যেমন ক্লোরিন দ্রবণ ২৪ ঘণ্টা পর ফেলে দিতে হবে।

যখন ডিজইনফেকটেন্ট হিসেবে ক্লোরিন ব্যবহার করা হবে তখন সঠিক ঘনত্বের ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ তৈরির জন্য নিম্নে বর্ণিত সূত্র ব্যবহার করতে হবে।

ক) লিকুইড ব্লিচ ঃ লিকুইড ব্লিচে পানির পরিমাণ = (লিকুইড ব্লিচে সক্রিয় ক্লোরিনের % X ২) - ১

উদাহরণস্বরূপ, ৫.২৫% ঘনত্বের সক্রিয় ক্লোরিন ব্লিচ দিয়ে ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ তৈরির জন্য সূত্রঃ

(৫.২৫ X ২) - ১ = ৯.৫০ ভাগ পানি (১ ভাগ লিকুইড ব্লিচের জন্য)

১ ভাগ লিকুইড ব্লিচের জন্য ৯.৫০ ভাগ পানি প্রয়োজন

খ) ব্লিচিং পাউডার ঃ প্রতি লিটার পানির জন্য ব্লিচিং পাউডারের পরিমাণ (গ্রাম) = (০.৫/ব্লিচিং পাউডারে সক্রিয় ক্লোরিনের %) X ১০০০

উদাহরণস্বরূপ, ৩৩% সক্রিয় ক্লোরিনযুক্ত ব্লিচিং পাউডার থেকে ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ তৈরি করতে

১ লিটার পানিতে দ্রবীভূত হওয়ার জন্য ব্লিচিং পাউডারের পরিমাণ (গ্রাম) হবে নিম্নরূপঃ

(০.৫/৩৩) X ১০০০ = (.০১৫) X ১০০০ = ১৫ গ্রাম।

অধ্যায়ঃ ১৪

জনস্বাস্থ্যের জন্য জরুরি পরিস্থিতি (বন্যা, কোভিড ১৯-এর মতো মহামারী)-তে মাসিক নিয়মিতকরণ এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা

১৪.১ ভূমিকা

মানবিক সংকটজনিত পরিস্থিতিতে প্রায়শই যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য উপেক্ষিত হয়। খাদ্য, পানীয়, আশ্রয় এবং টিকাদান কর্মসূচী প্রয়োজনের তুলনায় এই সমস্যাটি খালি চোখে অনুধাবন করা যায় না। কিন্তু সংকটময় পরিস্থিতিতে, নারীরা গর্ভাবস্থা রোধ করার চেষ্টা করে অনেক অসুবিধার সম্মুখীন হন। তারা হারিয়েছে তাদের জীবিকা, তাদের স্বাভাবিক পারিবারিক ও সামাজিক কাঠামো এবং তাদের স্বাস্থ্যসেবা।

এমআর এবং প্যাক সেবাসমূহ মাতৃমৃত্যু ও অসুস্থতা প্রতিরোধ করার জন্য এবং জরুরি পরিস্থিতিতে যৌন সহিংসতা প্রতিরোধ এবং জীবন রক্ষাকারী কার্যক্রম হিসাবে প্রমাণিত। গবেষণালব্ধ ফলাফলে এটা প্রমাণিত যে, মানবিক সংকটজনিত পরিস্থিতিতে স্বাস্থ্য ব্যবস্থার বিপর্যয়ে জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতির সহজলভ্যতা কমে যাওয়া এবং অনিচ্ছাকৃত গর্ভধারণের সংখ্যা বৃদ্ধি এবং যৌন সহিংসতার ঘটনা বেড়ে যাওয়ার কারণে এমআর ও প্যাকের চাহিদা বেড়ে যায়। কিন্তু, দেখা গেছে জরুরি পরিস্থিতিতে নারী ও কিশোরীরা গর্ভবতী হয়, এমআর এবং প্যাক সেবা প্রাপ্তির সুযোগের অভাবে অনেককে ঝুঁকিপূর্ণ প্রক্রিয়ার মধ্য দিয়ে যেতে হয়।

যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের ওপর সম্প্রতি সংশোধিত ২০১৮ ইন্টার-এজেন্সি ফিল্ড ম্যানুয়াল (IAFM) অন সেক্সুয়াল অ্যান্ড রিপ্রোডাকটিভ হেলথ ইন হিউম্যানেটেরিয়ান সেটিংস-এ নারী ও কিশোরীদের জীবন রক্ষাকারী সেবা প্রদানকে একটি মানবিক প্রচেষ্টা হিসেবে এমআর এবং প্যাক সেবাগুলিকে একত্রিত করার গুরুত্বকে স্বীকৃতি দিয়েছে।

মানবিক সংকটে থাকা কমিউনিটির বাস্তব অভিজ্ঞতার বিবেচনায় বলা যায়, জরুরি পরিস্থিতিতে নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সেবা প্রদান করা সম্ভব। এটি একটি ভুল ধারণা যে নিরাপদ মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সেবা বাস্তবায়নে অনেক অর্থ ও প্রশিক্ষণ প্রয়োজন।

ডাক্তার, প্যারামেডিক, নার্স এবং মিডওয়াইফরা একটি সংক্ষিপ্ত প্রশিক্ষণের মাধ্যমেই এমআর এবং প্যাক সেবা প্রদান করতে পারেন।

১৪.২ জনস্বাস্থ্যের জন্য জরুরি পরিস্থিতি (বন্যা, কোভিড ১৯-এর মতো মহামারী)-তে SRH (যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য) কর্মসূচির মূলনীতি

- সেবাগ্রহণকারী, সেবাদানকারী এবং স্থানীয় ও আন্তর্জাতিক অংশীদারদের সাথে সম্মানজনক অংশীদারত্বে কাজ করা।
- মানুষের নানা প্রকার যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য চাহিদা পূরণ করে সমতা নিশ্চিত করুন এবং সেবা এবং সরবরাহগুলি সাশ্রয়ী বা বিনামূল্যে, সকলের কাছে সেবা পৌঁছানো এবং মানসম্পন্ন সেবা নিশ্চিতকরণ ।
- বিদ্যমান সরবরাহ ও সমন্বিত সেবা, কোথায় পাওয়া যাবে সে সম্বন্ধে এবং এর বিকল্পসমূহ জানান।
- সংশ্লিষ্ট ব্যক্তি এবং ব্যক্তিকেন্দ্রিক সেবার কার্যকর এবং তাৎপর্যপূর্ণ অংশগ্রহণ নিশ্চিতকরণ যা সেবা এবং পণ্যের ক্ষেত্রে রোগীদের নিজস্ব সিদ্ধান্ত গ্রহণের ক্ষমতা এবং পছন্দকে অগ্রাধিকার দেয়।

- মর্যাদা ও সম্মান প্রদর্শণপূর্বক সেবাগ্রহণকারীর জন্য গোপনীয়তা ও বিশ্বস্ততা নিশ্চিতকরণ।
- বয়স, লিঙ্গ, জেন্ডার, লিঙ্গ পরিচয়, বৈবাহিক অবস্থা, যৌন প্রবণতা, ভৌগোলিক অবস্থান (যেমন: গ্রামীণ/শহুরে), অক্ষমতা, জাতি, বর্ণ, ভাষা, ধর্ম, রাজনৈতিক বা অন্যান্য মতামত, জাতীয়, জাতিগত বা সামাজিক উৎস, সম্পত্তি, জন্ম, বা অন্যান্য বৈশিষ্ট্য নির্বিশেষে নিরপেক্ষতা প্রতিষ্ঠিত করুন।
- মানুষ যাতে স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে সেবাগ্রহণ কিংবা সেবাদানের সময় জবরদস্তি, বৈষম্য, সহিংসতা/দুর্ব্যবহার/অসম্মান/ অমর্যাদার শিকার না হয়, এটি নিশ্চিত করতে স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে জেন্ডার এবং ক্ষমতার গতিশীলতাকে স্বীকৃতি দিন ও গতিশীল করুন।
- MISP (ন্যূনতম প্রাথমিক সেবা প্যাকেজ) সেবা এবং সেবা সামগ্রীর প্রাপ্যতা সম্পর্কে কমিউনিটিকে অবহিত করার জন্য প্রান্তিক জনগোষ্ঠীসহ (যেমন: কিশোর-কিশোরী) কমিউনিটিকে যুক্ত করুন এবং সংহত করুন।
- সেবা ও সরবরাহ মনিটর করুন এবং সেবার গুণগত মান উন্নয়নের লক্ষ্যে তথ্য এবং ফলাফল শেয়ার করুন।

১৪.৩ ন্যূনতম প্রাথমিক সেবা প্যাকেজ (MISP)

প্রতিটি মানবিক সংকটময় পরিস্থিতির শুরুতেই যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্য-সম্পর্কিত অসুস্থতা এবং মৃত্যুহার প্রতিরোধে অগ্রাধিকারমূলক যৌন ও প্রজনন স্বাস্থ্যের জন্য (SRH) জীবন-রক্ষাকারী SRH সেবা এবং কার্যকলাপের একটি সেট বাস্তবায়ন করা উচিত। সকল প্রাসঙ্গিক অংশীদারদের সাথে সমন্বয়ের মাধ্যমে একযোগে MISP-এর সমস্ত পরিষেবা প্রদান কার্যক্রম বাস্তবায়ন করা প্রয়োজন। MISP, SRH কর্মসূচির সূচনা এবং শুরু থেকেই এর গুণগত মান নিশ্চিত করে অগ্রসর হওয়া প্রয়োজন। এটি লক্ষ্য করা গুরুত্বপূর্ণ যে MISP-এর উপাদানগুলি ন্যূনতম চাহিদার তালিকা বলে এটিকে যেকোনো পরিস্থিতিতে বাস্তবায়ন করা উচিত। এসব সেবা অব্যাহত রাখতে হবে এবং যত তাড়াতাড়ি সম্ভব (আদর্শভাবে ৩-৬ মাস) সমন্বিত SRH সেবা ও সরবরাহের সাথে যুক্ত করে দীর্ঘস্থায়ী সংকট জুড়ে মোকাবিলা করতে হবে।

উৎস: মানবিক সেটিংসে প্রজনন স্বাস্থ্য সম্পর্কিত ইন্টার-এজেন্সি ফিল্ড ম্যানুয়াল

১৪.৪ জনস্বাস্থ্যের জন্য জরুরি অবস্থায় (বন্যা, কোভিড-এর মতো মহামারী) MR, PAC এবং FP সেবা

মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) নারীদের স্বাস্থ্যসেবার একটি অপরিহার্য অংশ। সেবাদানকারী যদি মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) সেবা প্রত্যাখ্যান করেন তাহলে সেবাগ্রহণকারীকে, তাদের পরিবার এবং তার সুস্বাস্থ্যের ওপর তা বিরূপ ও দীর্ঘমেয়াদি সমস্যা বয়ে আনে। মাসিক বন্ধ থাকার সময়সীমা বাড়ার সাথে সাথে দেরিতে এমআর প্রাপ্তির ফলে একজন নারীর ওপর সেবা সংক্রান্ত জটিলতাগুলো বৃদ্ধি পাওয়ার সম্ভাবনা বেড়ে যায়, যা সময়মতো জরুরি চিকিৎসার আবশ্যকতা তুলে ধরে।

বন্যা বা মহামারী এবং এইরকম জনস্বাস্থ্য সংক্রান্ত জরুরি অবস্থার সময় নিম্নলিখিত নির্দেশনা মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (প্যাক) সম্পর্কিত পদক্ষেপ দেশের মাতৃস্বাস্থ্য কর্মসূচিকে সাহায্য করতে পারে:

১৪.৪.১ এমআর এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবা নারীদের স্বাস্থ্য পরিচর্যার একটি অপরিহার্য অংশ: এমনকি অন্যান্য সেবা স্থগিত থাকা অবস্থায়ও বজায় রাখতে হবে

- এমআর/প্যাক নারীদের স্বাস্থ্যসেবার একটি অপরিহার্য অংশ।
- এমআর/প্যাক সময়-সংবেদনশীল, এবং যত তাড়াতাড়ি সম্ভব, গর্ভকালীন সীমা বিবেচনায় সেবা প্রদানের দিকে মনোযোগ দেওয়া উচিত।
- এমআর/প্যাক গর্ভাবস্থায় যত আগে করা যায় ততই নিরাপদ। গর্ভাবস্থা চালিয়ে যাওয়ার তুলনায় নিরাপদ এমআর মৃত্যুহার এবং অসুস্থতার ঝুঁকি কম, কিন্তু ৮ সপ্তাহ গর্ভধারণের পর থেকে প্রতিটি সপ্তাহ অতিক্রম করার সাথে সাথেই ঝুঁকি বাড়তে থাকে।

১৪.৪.২ সেবাগ্রহণকারীকে এবং সেবাদানকারীদের জন্য COVID 19-এর মতো মহামারীতে আক্রান্ত হবার ঝুঁকি কমানোর পথ

স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ব্যক্তিগত ভিজিট যতটা সম্ভব কমিয়ে দিয়ে টেলিমেডিসিন সম্পর্কিত বিকল্পগুলোর সর্বোচ্চ ব্যবহার করতে হবে, যেমন–

- এমআর-এর আগে এবং এমআর পরবর্তী ফলোআপ ভিজিটের ক্ষেত্রে টেলিমেডিসিন ও পরামর্শের সর্বোচ্চ ব্যবহার করতে হবে (যেমন ভিডিও বা টেলিফোনের মাধ্যমে)। টেলিফোনের মাধ্যমে পরামর্শ নেওয়া যেতে পারে, কিন্তু নিয়মিত টেলিমেডিসিন ব্যবহারকারী সেবাদানকারীদের অভিজ্ঞতা থেকে দেখা যায় যে, নারী এবং কর্মীরা উভয়ই ভিডিও-লিঙ্কগুলিকে গুরুত্ব দেয় (হোয়াটস-অ্যাপের মাধ্যমে সম্ভব); যেটি অতিরিক্ত সফটওয়্যার ডাউনলোড করা ছাড়াই একটি মোবাইল ফোন থেকে সমাধান করাই সবচেয়ে সহজ পদ্ধতি। পরামর্শ দানের শুরুতেই সেবাদানকারীদের নারীর প্রয়োজনীয় ও পর্যাপ্ত গোপনীয়তা নিশ্চিত করতে হবে।
- যে নারী সার্জিক্যাল এমআর করার জন্য ইচ্ছা প্রকাশ করেছেন, শুধুমাত্র তাকেই ব্যক্তিগতভাবে উপস্থিত থাকতে হবে, এর ফলে COVID 19/মহামারীর সংক্রমণ ও বিস্তারের ঝুঁকি কমবে।

- আগ্রহী নারীদের ক্ষেত্রে, সার্জিক্যাল এমআর-এর বিকল্প হিসেবে MRM বা জটিল নয় এমন অসম্পূর্ণ গর্ভপাত এর ক্ষেত্রে MPAC (ওষুধের মাধ্যমে প্যাক) সেবার ব্যবস্থাপনা প্রস্তাব করা।
- ওষুধের মাধ্যমে মাসিক নিয়মিতকরণের জন্য ফার্মেসিগুলোতে প্রয়োজনীয় ওষুধের প্রাপ্যতা বাড়ানো।
- বাড়িতে মিফিপ্রিস্টোন এবং মিসোপ্রোস্টলের ব্যবহার।
- কেন্দ্রে অবস্থানের সময় কমাতে ফোন বা টেলিমেডিসিনের মাধ্যমে রোগের ইতিহাস, কাউন্সেলিং এবং সম্মতি নেওয়ার কাজ সম্পাদন করুন।
- বেশিরভাগ নারীদের জন্য ফলোআপ অপ্রয়োজনীয়, তবে ইচ্ছা হলে ফোনে বা টেলিমেডিসিনের মাধ্যমে করা যেতে পারে।
- ডাক্তারের নির্দেশনা না থাকলে, মাসিক নিয়মিতকরণ প্রক্রিয়ার আগে রক্ত পরীক্ষা বা আল্ট্রাসাউন্ড পরীক্ষা ছাড়াই এমআর সেবা প্রদান করুন এবং ফলোআপে রাখুন।

মেডিকেল এমআর বা জটিল নয় এমন অসম্পূর্ণ এমআর-এর চিকিৎসা ব্যবস্থাপনার জন্য নিম্নলিখিত কৌশলগুলি সেবাগ্রহণকারীকে ও স্বাস্থ্যসেবা কর্মী উভয়ের সংক্রমণের ঝুঁকি কমাতে পারে।

- কোনো মেডিকেল সমস্যা ছাড়া সুস্থ সেবাগ্রহণকারীদের জন্য, LMP তারিখ নিশ্চিত জানা থাকলে, এবং এক্টোপিক গর্ভাবস্থার ঝুঁকির কারণ না থাকলে, ফোন বা টেলিমেডিসিনের মতো দূরবর্তী যোগাযোগের মাধ্যমে শুধুমাত্র ইতিহাস নিয়ে মূল্যায়ন করা যেতে পারে। অর্থাৎ এই সময়ে বাইম্যানুয়াল পরীক্ষা এবং/বা আল্ট্রাসাউন্ড পরীক্ষা পরিহার করা যেতে পারে।
- ফোন বা টেলিমেডিসিন দ্বারা মূল্যায়ন, ইতিহাসের মাধ্যমে LMP তারিখ নির্ণয়, কাউন্সেলিং এবং সম্মতি গ্রহণ করা যেতে পারে। সেবাদানকারী ফোন বা টেলিমেডিসিনের মাধ্যমে পুরো বিষয়টি বুঝিয়ে বলতে হবে– কিভাবে ব্যবহার করবেন এবং কী আশা করবেন।
- ন্যূনতম সংস্পর্শ নিশ্চিত করতে ওষুধগুলি স্থানীয় ডিসপেনসারিতে বা ক্লিনিকের অভ্যর্থনা এলাকায় সহজলভ্য করা যেতে পারে
- গর্ভপাত বা মিসড গর্ভপাতের (PAC) ৩-৪ ঘণ্টা পরেও জরায়ুর উপাদান বেরিয়ে না এলে, পরবর্তী ব্যবহারের জন্য মিসোপ্রোস্টল ৪০০- ৮০০ মাইক্রোগ্রামের আরও একটি মাত্রা দেওয়ার কথা বিবেচনা করতে হবে - বিশেষ করে যেখানে গর্ভাবস্থা ৮-১১ সপ্তাহ হতে পারে।
- ব্যথা উপশমের জন্য এনএসএআইডি-জাতীয় ওষুধ সুপারিশ করা যেতে পারে।
- টেলিমেডিসিন পরামর্শের পরে এবং ন্যূনতম যোগাযোগের মাধ্যমে, স্বেচ্ছায় গৃহে থাকা সেবাগ্রহণকারীকে সেবাদানকারীর কাছ থেকে তাদের এমআর-এর চিকিৎসা প্যাকেজ সংগ্রহ করতে পারবে। গর্ভাবস্থার অগ্রসর অবস্থায়, পর্যাপ্ত অন্তরীণ (আইসোলেশন) অবস্থায় যত দ্রুত সম্ভব মূল্যায়ন করা যায় কি না তা সেবাদানকারীদের অনুসন্ধান করা উচিত।

১৪.৪.৩ মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) পরবর্তী সেবা পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতি

- এমআর-এর পরে প্রযোজ্য পরিবার পরিকল্পনা পদ্ধতির বিকল্পগুলি নিয়ে ফোনে বা টেলিমেডিসিনে আলোচনা করা উচিত।
    - ◇ যুক্তিযুক্ত হলে, একটি অন্তর্বর্তীকালীন স্বল্পমেয়াদি পদ্ধতির কথা বিবেচনা করা যেতে পারে যা সেবাগ্রহণকারীকে এবং কর্মীদের জন্য সংক্রমণের ঝুঁকি কমাবে। জরুরি পরিস্থিতি শেষ হওয়া পর্যন্ত দীর্ঘমেয়াদি পদ্ধতি গ্রহণ বিলম্বিত করতে হবে।
    - ◇ যদি ডিএমপিএ বা একটি দীর্ঘমেয়াদি পদ্ধতি মহিলার জন্য সর্বোত্তম হয়, তবে অল্প সময়ের জন্য সেবাগ্রহণকারীকে ক্লিনিকে এনে সেবা দিয়ে সংক্রমণের ঝুঁকি সীমাবদ্ধ রাখার চেষ্টা করতে হবে।

১৪.৪.৪ ভাইরাল সংক্রমণ প্রতিরোধে জীবাণুমুক্তকরণ পদ্ধতি

- যখন মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) কিংবা জন্মবিরতিকরণ সেবার জন্য ক্লিনিক্যাল ভিজিট প্রয়োজন হয়, তখন পিপিই ব্যবহার করা করতে হবে:
    - ◇ সেবাগ্রহণকারীদের সাথে সকল স্বাস্থ্যসেবাদানকারীর সংস্পর্শের সময় একটি সার্বজনীন 'মাস্ক অন' নীতি বিবেচনা করুন। রোগীদের অনুপস্থিতিতে মাস্কগুলো কাগজের ব্যাগে সংরক্ষণ করা যেতে পারে।
    - ◇ রোগীদের কোনো উপসর্গ না থাকলে বা কোভিড বা কোনো মহামারীর উচ্চ ঝুঁকিতে না থাকলে উচ্চ ঝুঁকিতে রয়েছে অথবা রোগাক্রান্ত হলে স্বাস্থ্যাবস্থার উচ্চ ঝুঁকিতে না থাকলে তাদের মাস্ক ব্যবহার করার প্রয়োজন নাই।
    - ◇ কোভিড বা কোনো মহামারী মোকাবিলায় স্বাস্থ্যসেবা দলের পিপিই ব্যবহারের প্রয়োজনীয়তা পরিস্থিতিভেদে পরিবর্তিত হতে পারে। সেবাদানকারীদেরকে (সেবা প্রদানকারীর সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ রেফারেন্স ডিজিএফপির ম্যানুয়াল, জুলাই ২০২০ এবং 'স্বাস্থ্যসেবা সেটিংসে সংক্রমণ প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণের জাতীয় প্রশিক্ষণ মডিউল– ভলিউম ২', ডিজিএইচএস, আগস্ট ২০২০) অনুসরণ করতে হবে।
- জীবাণুমুক্তকরণ প্রক্রিয়া সম্পাদনকারী কর্মীরা পিপিই ব্যবহার করছেন, তা নিশ্চিত করতে হবে।
- এমভিএ ডিভাইসের জন্য সাধারণ জীবাণুমুক্তকরণ পদ্ধতিই অনুসরণ করতে হবে।
- ০.৫% ক্লোরিন দ্রবণ বা অন্যান্য জীবাণুনাশক দিয়ে, দিনে কয়েকবার বিশেষ করে প্রতিটি রোগী পরীক্ষার মধ্যবর্তী সময়ে সমস্ত স্পর্শযোগ্য স্থান জীবাণুমুক্ত করতে হবে।
- সেসকল স্পর্শযোগ্য জিনিস পরিষ্কার করা সম্ভব নয়, সম্ভাব্য ক্ষেত্রে সেগুলো সেবাগ্রহণকারীর সাথে বিনিময় করা এড়িয়ে চলুন, যেমন কলম বা কাগজের ফর্ম।

অধ্যায়ঃ ১৫

এমআর ও প্যাক সেবার সামগ্রী ব্যবস্থাপনা, সরবরাহ এবং রিপোর্টিং

১৫.১ ম্যানুয়াল ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন (MVA), MRM এবং mPAC পদ্ধতির জন্য প্রয়োজনীয় অবকাঠামো

ডিজিএফপির সকল সেবাকেন্দ্র, মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল, জেলা হাসপাতাল, উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স এবং এনজিও ও প্রাইভেট ক্লিনিকসমূহে ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশন ব্যবহার করে এমআর করা যেতে পারে, যেখানে একটি প্রাথমিক বহির্বিভাগীয় রোগী সেবাদান কক্ষ অথবা একটি ছোট বা বড় অপারেশন থিয়েটারের সমতুল্য ব্যবস্থা আছে। D&C (ডাইলেটেশন এবং কিউরেটেজ)-এর তুলনায় ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেশনের সুবিধা হচ্ছে, এটি ন্যূনতম প্রয়োজনীয় সরঞ্জামের সাহায্যে সবচেয়ে প্রাথমিক স্বাস্থ্যকেন্দ্রেই নিরাপদে সেবা দেওয়া যেতে পারে।

নিচের তালিকাভুক্ত অত্যাবশ্যকীয় সরঞ্জাম থাকতে হবে এবং এছাড়াও, কেন্দ্রটি অবশ্যই পরিষ্কার থাকতে হবে, চলমান পানির ধারা এবং একটি টয়লেট থাকতে হবে। কেন্দ্রটিতে পর্যাপ্ত গোপনীয়তাসহ পৃথক স্থান বা কাউন্সেলিংয়ের জন্য একটি পৃথক কক্ষ থাকা বাঞ্ছনীয়, কিন্তু বাধ্যতামূলক নয়।

ক) প্রয়োজনীয় সরঞ্জাম/যন্ত্রঃ

ভ্যাকুয়াম অ্যাসপিরেটর ব্যবহার করে এমআর করার কেন্দ্রে এবং এমআরএম প্রক্রিয়া সম্পাদনের জন্য মূলত নিম্নলিখিত সরঞ্জাম/যন্ত্রপাতি থাকতে হবে:

- কাসকো'স দুই ভালভবিশিষ্ট ভ্যাজাইনাল স্পেকুলাম।
- টেনাকুলাম/ভলসেলাম।
- স্পঞ্জ হোল্ডিং ফরসেপ।
- সঠিক আলোর উৎস/ টর্চ/হেড লাইট।
- এমভিএ প্লাস/একক ভালভবিশিষ্ট অ্যাসপিরেটর।
- অ্যাডাপ্টারসহ বিভিন্ন আকারের ক্যানুলা/ইজিগ্রিপ ক্যানুলা।
- আর্টারি ফরসেপস।
- কিডনি ট্রে বা সিরিঞ্জের ভিতরের উপাদান খালি করার জন্য উপযুক্ত পাত্র।
- ছাঁকনি।
- প্লাস্টিকের বালতিতে সাধারণ পানি– পরিষ্কার ও প্রক্রিয়াজাতকরণের আগ পর্যন্ত দূষিত যন্ত্রগুলিকে ভিজিয়ে রাখার জন্য।
- রিসাসিটেশনের জন্য সরঞ্জামঃ অ্যাম্বু ব্যাগ/ওরাল এয়ারওয়ে/অক্সিজেন সিলিন্ডার।
- সংক্রমণ প্রতিরোধ এবং জীবাণুমুক্ত করার জন্য সরঞ্জামঃ অটোক্লেভ/বয়লার/সাইডেক্স ট্রে।

খ) প্রয়োজনীয় সরবরাহ:

- অ্যান্টিসেপটিক দ্রবণ: পোভিডোন আয়োডিন সলিউশন/ক্লোরহেক্সিডিন।
- জীবাণুমুক্ত তুলার swab/গজের টুকরা।
- জীবাণুমুক্ত গ্লাভস (ছোট, মাঝারি, বড়)।
- পরিষ্কার পেরিনিয়াল শিট (কাঙ্ক্ষিত)।
- প্যারাসারভিক্যাল ব্লক এবং অন্যান্য ওষুধের জন্য সুঁইসহ একবার ব্যবহারযোগ্য সিরিঞ্জ।
- ক্লোরিন দ্রবণ/ব্লিচিং পাউডার।

গ) প্রয়োজনীয় ওষুধ

১. অ্যান্টিবায়োটিক: ডক্সিসাইক্লিন/অ্যাজিথ্রোমাইসিন/সিপ্রোফ্লক্সাসিন, মেট্রোনিডাজল।

২. ব্যথানাশক: আইবুপ্রোফেন/ ডাইক্লোফেনাক/ উপযুক্ত বিকল্প।

৩. স্থানীয়ে অ্যানাস্থেটিক: ইনজেকশন লিডোকেইন (১%-২%)।

৪. ইনজেকশন/ট্যাবলেট ডায়াজিপাম।

৫. ইউটেরোটোনিক্স (জরায়ু সংকোচক): ইনজেকশন অক্সিটোসিন, মিথাল আরগোমেট্রিন ম্যালিয়েট এবং মিসোপ্রোস্টল।

৬. ট্যাবলেট মিসোপ্রোস্টল (অসম্পূর্ণ গর্ভপাত, মিসড গর্ভপাত, জরায়ু প্রশস্তকরণের জন্য)।

৭. আইভি সেট ও ক্যানুলাসহ নরমাল স্যালাইন/রিঙ্গার ল্যাকটেট দ্রবণ/ ৫% ডেক্সট্রোজ স্যালাইন।

৮. মেডিকেল এমআর-এর জন্য ওষুধ (কম্বো-প্যাকে মিফেপ্রিস্টোন ২০০ মিলিগ্রাম এবং মিসোপ্রোস্টল (২০০×৪)=৮০০ মাইক্রোগ্রাম)।

৯. ট্যাবলেট মিফেপ্রিস্টোন ২০০ (এমআরএম, মিসড অ্যাবরশন)।

ঘ) জরুরি অবস্থার চিকিৎসার জন্য ওষুধ (বাঞ্ছনীয়):

১. অ্যাড্রেনালিন ইনজেকশন।

২ ইনজেকশন অ্যামাইনোফাইলিন/সালবিওটামল ইনহেলার।

৩. অ্যান্টিইমেটিক: ইনজেকশন মেটোরক্লোপ্রোমাইড বা একটি উপযুক্ত বিকল্প।

৪. অ্যান্টিহিস্টামিন: ইনজেকশন প্রোমেথাজিন হাইড্রোক্লোরাইড বা একটি উপযুক্ত বিকল্প।

৫. স্টেরয়েড ইনজেকশন: হাইড্রোকোর্টিসোন সাকসিনেট।

৬. ফ্রুসেমাইড ইনজেকশন।

৭. ডোপামিন ইনজেকশন।

৮. অ্যাট্রোপিন ইনজেকশন।

১৫.২ এমভিএর জন্য ওষুধি, সরবরাহ এবং যন্ত্রপাতি

প্রক্রিয়ার ধাপ	ওষুধ ও সরবরাহ	যন্ত্রপাতি
ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন	পরীক্ষার জন্য পরিষ্কার গ্লাভস।	• স্পেকুলাম। • রক্তচাপ মাপার যন্ত্র। • স্টেথোস্কোপ।
জরায়ু ইভাকুয়েশন প্রক্রিয়া	• পরিষ্কার পানি। • ডিটারজেন্ট বা সাবান। • ব্যথা উপশমের ওষুধ- এনালজেসিক ও এনজিওলাইটিক। • জরায়ু প্রস্তুতির এজেন্ট (মিসোপ্রোস্টল) নির্দেশিত ক্ষেত্রে। • গ্লাভস। • গাউন, ম্যাস্ক। • সুঁই, সিরিঞ্জ, লিডোকেইন (প্যারাসারভাইকাল ব্লকের জন্য)। • গজের টুকরা, তুলার বল। • অ্যান্টিসেপটিক দ্রবণ (জরায়ুমুখ প্রস্তুতি)। • নির্বীজন বা উচ্চমাত্রার জীবাণুনাশক দ্রবণ ও সামগ্রী। • পালস অক্সিমিটার (জেনারেল এনেস্থেশিয়া/ কনসাস সিডেশন প্রয়োগ করা হলে)।	• স্পেকুলাম (নানা সাইজের)। • ভলসেলাম/টেনাকুলাম (সম্ভব হলে এট্রমাটিক)। • ডাইলেটর (৩৭ মিমি বা সমতুল্য পরিধির)। • ১২ সাইজ পর্যন্ত ক্যানুলা (স্টেপ ওয়াইজ)। • এমভিএ অ্যাসপিরেটর। • স্পঞ্জ হোল্ডিং ফরসেপস। • দ্রবণ তৈরির জন্য স্টেইনলেস স্টিলের বাটি। • যন্ত্রপাতির ট্রে। • নিষ্কাশিত উপাদানের জন্য ছাঁকনি, বাটি, পাত্র।
রিকভারি	• স্যানিটারি ন্যাপকিন বা তুলা। • ব্যথানাশক। • অ্যান্টিবায়োটিক। • প্রক্রিয়ার পর ব্যক্তি স্বাস্থ্যের জন্য তথ্য। • জন্মবিরতিকরণ পদ্ধতি ও তথ্য এবং/ অথবা রেফারাল ব্যবস্থা।	• রক্তচাপ মাপার যন্ত্র। • স্টেথোস্কোপ।

জটিলতার ক্ষেত্রে	• অক্সিজেন সিলিন্ডার/ আম্বু ব্যাগ। • ব্যবহৃত ব্যথানাশক ওষুধের যথাযথ বিরোধী ওষুধ (antagonist)। • শিরাপথে স্যালাইন দেওয়ার জন্য (IV canula & fluid)। • প্রয়োজনে উচ্চ পর্যায়ের রেফারেল কেন্দ্রের সাথে যোগাযোগের জন্য রেফারেল পদ্ধতি থাকা। • ইউটেরোটোনিক (জরায়ু সংকোচনকারী) ওষুধ।	• কেন্দ্রে আলট্রাসনোগ্রাফির ব্যবস্থা (ঐচ্ছিক) থাকা। • লম্বা নিডল হোল্ডার ও সুতা। • কাঁচি।

১৫.৩ এমআর এবং প্যাক সেবার জন্য কেন্দ্র- নির্দিষ্ট ওষুধ, সরবরাহ এবং সরঞ্জাম

মাননীয় মন্ত্রী, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় অনুমোদিত বাংলাদেশ অ্যাসেনশিয়াল হেলথ সার্ভিস প্যাকেজ (ESP) নথি অনুযায়ী, ওষুধের প্রাপ্যতা এবং সরবরাহ এখন সরবরাহ ব্যবস্থার অবিচ্ছেদ্য অংশ। তাই এমআর এবং প্যাক সেবার প্রয়োজনীয় রসদ জাতীয় পর্যায় এবং আঞ্চলিক পর্যায়ে লাইন ডিরেক্টর/পরিচালক, বিশেষায়িত হাসপাতাল এবং জেলা/উপজেলা হাসপাতাল ব্যবস্থাপকদের মাধ্যমে ক্রয় ও সরবরাহ করা যেতে পারে।

১৫.৪ সেবা প্রদানের স্তর/পর্যায় অনুসারে সরঞ্জাম তালিকা

মানসম্পন্ন পরিষেবা প্রদানের জন্য, চিকিৎসা সরঞ্জাম স্বাস্থ্যকেন্দ্রের একটি অপরিহার্য উপাদান। আসবাবপত্র ছাড়াও (ডেস্ক এবং টেবিল, চেয়ার, বিছানা, বেডসাইড টেবিল ইত্যাদি) স্তর অনুসারে ইএসপি প্রদানের জন্য প্রয়োজনীয় চিকিৎসা সরঞ্জামগুলি নিম্নরূপঃ

সেবা প্রদানের স্তর অনুসারে ন্যূনতম সরঞ্জাম

সেবা/ উপাদান	কমিউনিটি ক্লিনিক	ইউএইচএফডাব্লিউসি (UH&FWC)	উপজেলা হেলথ কমপ্লেক্স
গর্ভকালীন পরিচর্যা/পরিবার পরিকল্পনা কক্ষ			
স্টেথোস্কোপ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
রক্তচাপ মাপার যন্ত্র	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
স্যালাইন স্ট্যান্ড		হ্যাঁ	হ্যাঁ
স্পেকুলাম		হ্যাঁ	হ্যাঁ
ওটি লাইট		হ্যাঁ	হ্যাঁ

সেবাগ্রহণকারীকে পরীক্ষা করার টেবিল	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
এমভিএ সেট		হ্যাঁ	হ্যাঁ
ওজন মাপার যন্ত্র (শিশু, বয়স্ক)	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
মাপার টেপ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
ফিটাল স্টেথোস্কোপ (পেইনার্ড হর্ন)	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
থার্মোমিটার	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
গর্ভকালীন পরিচর্যা/পরিবার পরিকল্পনা কক্ষ			
এমভিএ সেট		হ্যাঁ	হ্যাঁ

(Reference: Bangladesh Essential Health Service package, August 2016 Page no. 43 to 53)

১৫.৫ প্রয়োজনীয় সেবা প্যাকেজের (ইএসপি) জন্য স্বাস্থ্যকেন্দ্রের স্তর অনুসারে ওষুধ

সেবার স্তর অনুসারে ইএসপি ওষুধ

ওষুধের গ্রুপ এবং জেনেরিক নাম	কমিউনিটি	ইউনিয়ন	উপজেলা	জেলা
	কমিউনিটি ক্লিনিক	ইউএইচএফডাব্লিউসি/ ইউএসসি	উপজেলা হেলথ কমপ্লেক্স/ এমসিডাব্লিউসি	জেলা হাসপাতাল/ এমসিডাব্লিউসি
অক্সিটোসিন এবং অন্যান্য প্রসূতিসেবার ওষুধ				
অক্সিটোসিন	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
মিসোপ্রোস্টল	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
মিফিপ্রোস্টন		হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ

১৫.৬ ডিজিএফপি এবং ডিজিএইচএস-এ এমআর প্যাক সেবার জন্য সংগ্রহ ও ক্রয়, সংরক্ষণ এবং সরবরাহ ব্যবস্থাপনা

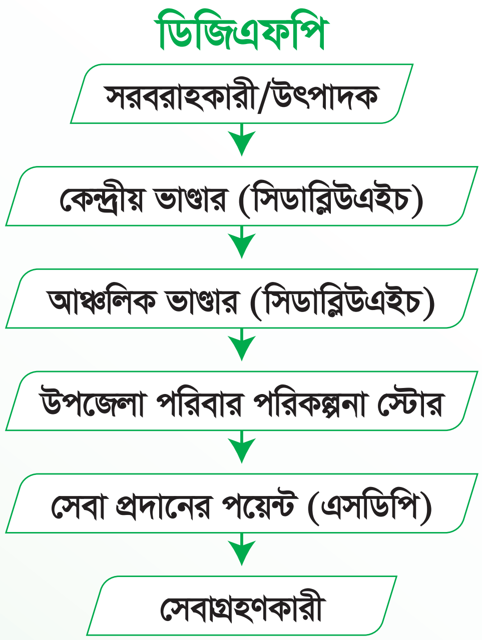
মেডিকেল সামগ্রীর সরবরাহ চেইন ব্যবস্থাপনায় সংগ্রহ ও ক্রয়, সংরক্ষণ এবং বিতরণ অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ কার্যক্রম। বিভিন্ন ব্যক্তি এবং প্রতিষ্ঠান সাধারণত ব্যবস্থাপনা, সংরক্ষণ এবং বিতরণের দায়িত্বে থাকেন। সরবরাহ চেইনের বিভিন্ন পর্যায়ে পণ্যগুলি বিভিন্ন ঝুঁকির শিকার হতে পারে, যেমন ক্রয়, সঞ্চয়, বিতরণ, পরিবহন, রিপ্যাকেজিং এবং রিলেবেলিংয়ের সময়। এছাড়াও, নিম্নমানের এবং নকল পণ্য জনস্বাস্থ্য এবং নিরাপত্তার জন্য একটি সত্যিকারের হুমকি। ফলস্বরূপ, এই জাতীয় পণ্যগুলির অনুপ্রবেশের বিরুদ্ধে সরবরাহ চেইনকে সুরক্ষা দেওয়া অপরিহার্য।

১৫.৭ এমআর এবং প্যাক সেবার জন্য কেন্দ্র-ভিত্তিক নির্দিষ্ট ওষুধ, সরবরাহ এবং সরঞ্জাম নিশ্চিত করার জন্য সামগ্রীর প্রাপ্যতা ম্যাট্রিক্স

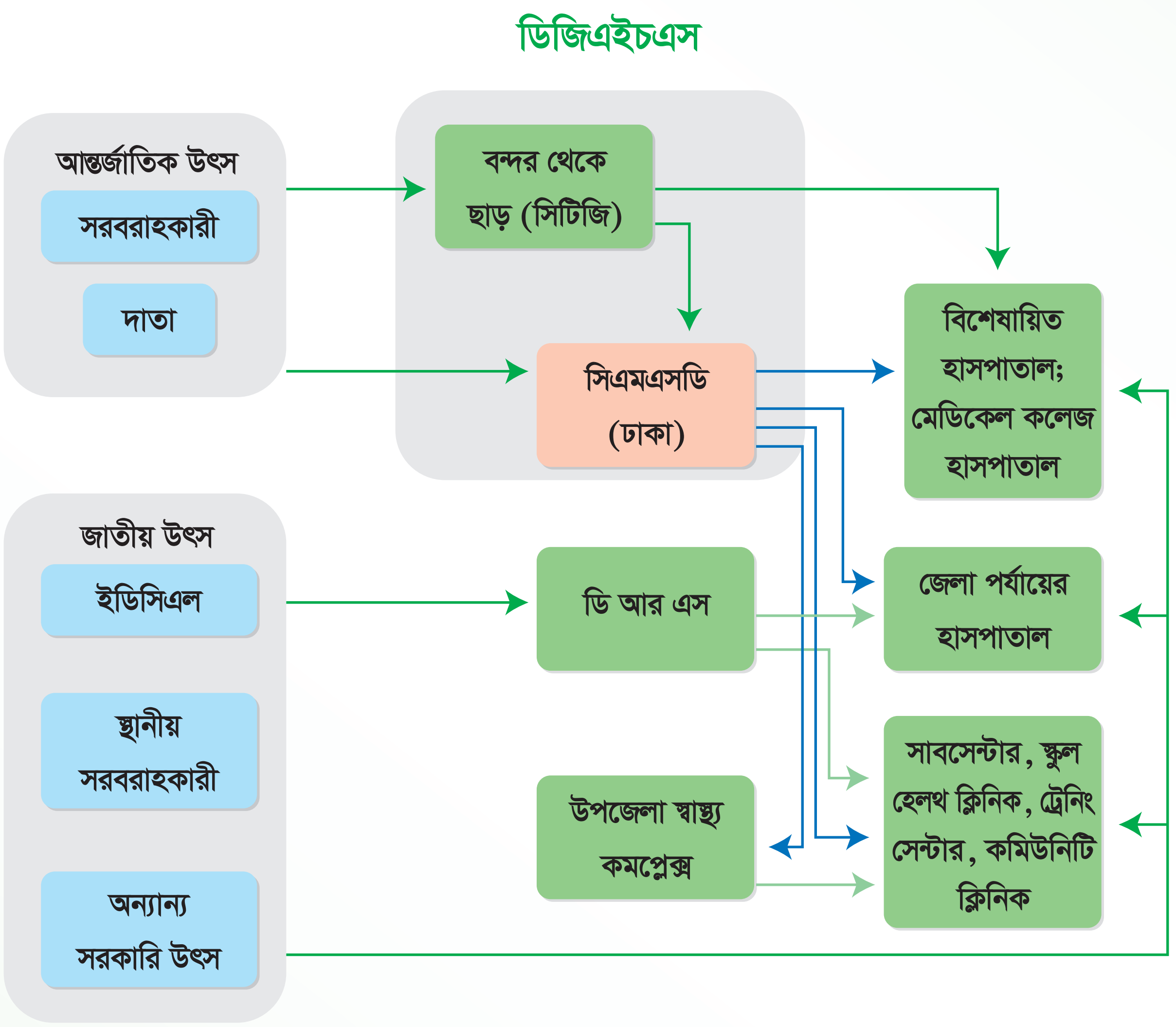
ডিজিএইচএস-এর অধীন কেন্দ্রগুলোতে এম আর এবং প্যাক সরবরাহসমূহ গ্রহণের জন্য করণীয়

করণীয়	ব্যবহারকারীর স্তর	উদ্দেশ্য
পরিমাণ ও সংখ্যা নির্দিষ্ট করা এবং ক্রয় করা।	জাতীয় ও আঞ্চলিক পর্যায়ের ব্যবস্থাপক/বিশেষায়িত হাসপাতালের ম্যানেজার	ক্রয় ও সংগ্রহ
তালিকা করা, সংরক্ষণ ও সরবরাহ	সিএমএসডি, বিশেষায়িত হাসপাতাল, ডিআরএস, উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স	স্বাস্থ্যকেন্দ্রে পণ্যের প্রাপ্যতা নিশ্চিতকরণ
কেন্দ্রগুলোতে পণ্যসমূহের প্রাপ্যতা	বিভিন্ন পর্যায়ের কেন্দ্রের স্বাস্থ্যসেবাদানকারী	সেবাগ্রহণকারীর জন্য সরবরাহ ও ব্যবহার
চাহিদা নিরূপণ ও রিকুইজিশন	বিভিন্ন পর্যায়ের কেন্দ্রের স্বাস্থ্যসেবাদানকারী	ভাণ্ডার ফুরিয়ে যাবার আগে পুনঃসরবরাহ/জরুরি সরবরাহ
পণ্যের পুনঃসরবরাহ	সিএমএসডি, বিশেষায়িত হাসপাতাল, ডিআরএস, উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স	সেবাদানকারীর চাহিদাপত্র অনুসারে জরুরি চাহিদা পূরণ

১৫.৮ এমআর এবং প্যাক সামগ্রীর ফ্লো চার্ট



১৫.৯ এমআর এবং প্যাক সামগ্রীর ফ্লো চার্ট



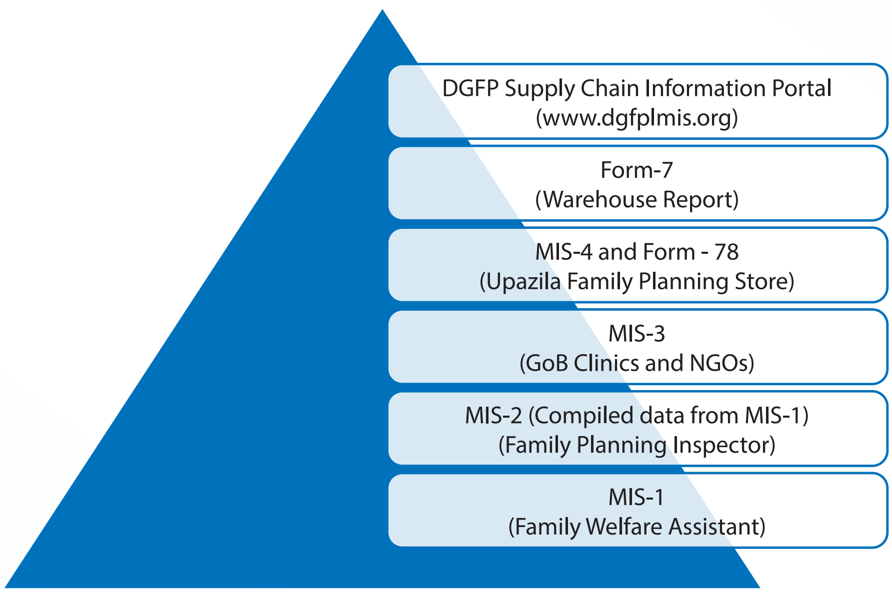
১৫.১০ বিভিন্ন স্তরের সরবরাহ ব্যবস্থায় এমআর এবং প্যাক সামগ্রীসমূহ ব্যবস্থাপনার জন্য ১০ জন মূল লজিস্টিক ব্যক্তি

স্তর	দায়িত্বপ্রাপ্ত ব্যক্তি	
	ডিজিএফপি	ডিজিএইচএস
কেন্দ্রীয়	অতিরিক্ত পরিচালক (ড্রাগ অ্যান্ড স্টোর), কেন্দ্রীয় ওয়্যারহাউজ, প.প. সহকারী পরিচালক, পোর্ট ক্লিয়ারেন্স সহকারী পরিচালক (ওয়্যারহাউজ) কেন্দ্রীয় সাপ্লাই কর্মকর্তা প্রশাসনিক কর্মকর্তা স্টোর কিপার ফার্মাসিস্ট	পরিচালক, কেন্দ্রীয় মেডিকেল স্টোর ডিপার্টমেন্ট (সিএমএসডি) উপ পরিচালক, সিএমএসডি উপ পরিচালক, প্রকিউরমেন্ট অ্যান্ড ক্লিয়ারেন্স সহকারী পরিচালক, প্রকিউরমেন্ট সহকারী পরিচালক, প্রশাসন সহকারী পরিচালক, স্টোর অ্যান্ড ডিস্ট্রিবিউশন সহকারী পরিচালক, ইন্সটলেশন সার্ভিস মেইনটেন্যান্স প্রকিউরমেন্ট ডেস্ক অফিসার সিনিয়র স্টোর কিপার
আঞ্চলিক/জেলা	আঞ্চলিক সাপ্লাই কর্মকর্তা/ সাপ্লাই কর্মকর্তা প্রশাসনিক কর্মকর্তা স্টোর কিপার/ফার্মাসিস্ট	সিভিল সার্জন মেডিকেল অফিসার-ডিআরএস স্টোর কিপার/ফার্মাসিস্ট পরিসংখ্যানবিদ
উপজেলা	উপজেলা পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা উপজেলা পরিবার পরিকল্পনা সহকারী (স্টোর)/ফার্মাসিস্ট এমসিডাব্লিউসি, এমসিএইচ ইউনিট, উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সের সদর ক্লিনিক এনজিও ক্লিনিক	উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা স্টোর ইন-চার্জ/ফার্মাসিস্ট সিনিয়র স্টাফ নার্স/ মিডওয়াইফ
ইউনিয়ন	মেডিকেল অফিসার (ক্লিনিক/ পরিবার কল্যাণ) সাব অ্যাসিস্ট্যান্ট কমিউনিটি মেডিকেল অফিসার এফডাব্লিউভি	২০ শয্যার হাসপাতাল ইউনিয়ন সাবসেন্টার রুরাল ডিসপেনসারি

১৫.১১ এমআর এবং প্যাক সামগ্রী ও সেবার রিপোর্টিং:

স্বাস্থ্যকেন্দ্রসমূহের সেবা উপাত্তের রেকর্ড কিপিং এবং এই উপাত্তগুলো রিপোর্টিং সিস্টেমে অন্তর্ভুক্ত করা নিশ্চিত করার জন্য DGFP এবং DGHS-এর ম্যানেজমেন্ট ইনফরমেশন সিস্টেম (MIS) ইউনিট প্রতিষ্ঠা করা হয়েছিল। স্বাস্থ্যকেন্দ্রের উপাত্তগুলো কেন্দ্রীয় উপাত্তের ভাণ্ডারে সহজলভ্য করা হয়; এই উপাত্ত পর্যবেক্ষণ এবং তত্ত্বাবধানের উদ্দেশ্যে, ভবিষ্যতের পরিকল্পনা এবং সিদ্ধান্ত গ্রহণে ব্যবহার করা যেতে পারে। DGFP-এর MR এবং PAC সামগ্রী ও সেবা উপাত্তের প্রবাহ MIS3-এর মাধ্যমে এবং DGHS-G MR/PAC সম্পর্কিত উপাত্তের প্রবাহ DHIS2 এর মাধ্যমে পরিচালিত হয়ে থাকে। DGHS-এর অধীনে সমস্ত কেন্দ্রে EMOC রেজিস্টারে MR এবং PAC সেবার উপাত্ত রেকর্ড করার এবং DHIS2-এর মাধ্যমে রিপোর্ট করার বিধান রয়েছে ।

১৫.১২ ডিজিএফপির অধীন এমআর/প্যাক সামগ্রীর রিপোর্টিং প্রবাহ চিত্র



এমআইএস ফরম-৩
পৃষ্ঠা-২

সেবার ধরণ			ক্লিনিকে/ হাসপাতালে	স্যাটেলাইট ক্লিনিকে	মোট
প্রজনন স্বাস্থ্য সেবা	বন্ধ্যাত্ব সেবা	চিকিৎসা/ পরামর্শ			
		রেফার			
	কিশোর- কিশোরীর সেবা (১০-১৯ বছর)	আয়রন ও ফলিক এসিড বড়ি গ্রহণকারী কিশোরীর সংখ্যা			
		প্রজননতন্ত্রের সংক্রমণ ও যৌনবাহিত রোগ নিরাময়ে চিকিৎসা প্রাপ্ত কিশোর-কিশোরীর সংখ্যা			
		প্রজননতন্ত্রের সংক্রমণ ও যৌনবাহিত রোগ বিষয়ে কাউন্সেলিং প্রাপ্ত কিশোর-কিশোরীর সংখ্যা			
		বয়ঃসন্ধিকালীন পরিবর্তন বিষয়ে কাউন্সেলিং প্রাপ্ত কিশোর-কিশোরীর সংখ্যা			
		স্যানিটারী প্যাড গ্রহণকারী কিশোরীর সংখ্যা			
	RTI/STI সংক্রান্ত চিকিৎসা প্রদান				
	ইসিপি গ্রহণকারীর সংখ্যা				
	মিসোপ্রোস্টল বড়ি গ্রহণকারীর সংখ্যা				
	এম আর (এম ভি এ) সেবা প্রদানের সংখ্যা				
	এম আর এম(ঔষধের মাধ্যমে এমআর) সেবা প্রদানের সংখ্যা				

মাসিক মওজুদ ও বিতরণের হিসাব বিষয়ক

		খাবার বড়ি (চক্র)		কনডম (পিস)	ইনজেকটেবল		আই ইউ ডি (পিস)	ইমপ্ল্যান্ট (সেট)		ই সি পি (ডোজ)	মিসো-প্রোস্টল (ডোজ)	এম আর এম (প্যাক)	৭.১% ক্লোরহেক্সিডিন	ইনজেকশন MgSO4	ইনজেকশন অক্সিটোসিন (ডোজ)	এমএনপি (স্যাশেট)	স্যানিটারী প্যাড (সংখ্যা)	এম আর (এমভিএ) কিট (সংখ্যা)	ডেলিভারী কিট (সংখ্যা)	ডিডিএস কিট (সংখ্যা)
		সুখী	আপন		ভায়াল	সিরিঞ্জ		ইমপ্ল্যানন	জেডেল											
পূর্বের মওজুদ																				
চলতি মাসে পাওয়া গেছে (+)																				
চলতি মাসের মোট মওজুদ																				
সমন্বয়	(+)																			
	(-)																			
সর্বমোট																				
চলতি মাসে বিতরণ করা হয়েছে (-)																				
অবশিষ্ট																				
চলতি মাসে কখনও মওজুদ শূন্য হয়ে থাকলে (কোড)																				

EmOC MONTHLY DATASET

Existing EmOC Reporting Form

EMERGENCY OBSTERTRIC CARE INFORMATION

Facility:

Upazila:

Month:

Sl. No.		Services	Value	
1		No. of ANC Service Recipients		
2		No. of Admitted Patients		
3	3.1	No. of Cases with Prolonged/Obstructed Labor (Complication1)		
	3.2	No. of cases with Ante partum Hemorrahage (Complication2)		
	3.3	No. of cases of full term pregnancy with Hand or Cord Prolapses (Complication4)		
	3.4	No. of cases with Ectopic Pregnancy (Complication8)		
	3.5	No. of cases with Hydatiform Mole (Complication12)		
	3.6	No. of cases with Leaking Membrance (Complication13)		
	3.7	No. of cases with non-specific abortion (Complication7)		
	3.8	No. of cases with Post-Partum Hemorrhage (Complication11)		
	3.9	No. of cases with Pre-Eclampsia/Eclampsia (Complication3)		
	3.10	No. of cases with Pregnancy/ Delivery related Complications		
	3.11	No. of cases with Puerperal Sepsis (Complication9)		
	3.12	No. of cases with retained Placenta (Complication10)		
	3.13	No. of cases with Ruptured Uterus (Complication5)		
	3.14	No. of cases with Septic abortion (Complication6)		

References:

1. Directorate General of Family Planning. (2014). Bangladesh National Menstrual Regulation Service Guidelines. Dhaka, Bangladesh: Directorate General of Family Planning and World Health Organization (WHO) Country Office for Bangladesh; and Amsterdam: Kingdom of the Netherlands.
2. Directorate General of Family Planning. (2015). Increasing gestation age up to 12 weeks for doctors and up to 10 weeks for MLP alongside introduction of MRM in Bangladesh. Circular no./PPA/MC-RAH/Admin-23/05/108 dated 03/02/2015. Dhaka, Bangladesh: Directorate General of Family Planning, 2014.
3. Government of the People's Republic of Bangladesh. 1973. Penal Code, 1860, as adopted by the Bangladesh Laws Revision and Declaration Act of 1973.
4. Bearak J, Popinchalk A, Ganatra B, Moller A-B, Tunçalp Ö, Beavin C, Kwok L, Alkema L. Unintended pregnancy and abortion by income, region, and the legal status of abortion: estimates from a comprehensive model for 1990–2019. Lancet Glob Health. 2020 Sep; 8(9):e1152-e1161. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30315-6.
5. Ganatra B, Gerdts C, Rossier C, Johnson Jr B R, Tuncalp Ö, Assifi A, Sedgh G, Singh S, Bankole A, Popinchalk A, Bearak J, Kang Z, Alkema L. Global, regional, and subregional classification of abortions by safety, 2010–14: estimates from a Bayesian hierarchical model. The Lancet. 2017 Sep
6. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels J, Gülmezoglu AM, Temmerman M, Alkema L. Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. Lancet Glob Health. 2014 Jun; 2(6):e323-33.
7. Singh S, Maddow-Zimet I. Facility-based treatment for medical complications resulting from unsafe pregnancy termination in the developing world, 2012: a review of evidence from 26 countries. BJOG 2015; published online Aug 19. DOI:10.1111/1471-0528.13552.
8. Vlassoff et al. Economic impact of unsafe abortion-related morbidity and mortality: evidence and estimation challenges. Brighton, Institute of Development Studies, 2008 (IDS Research Reports 59).

9. L Haddad. Unsafe Abortion: Unnecessary Maternal Mortality. Rev Obstet Gynecol. 2009 Spring; 2(2): 122–126.

10. Hossain, A., Maddow-Zimet, I., Ingerick, M., Bhuiyan, H. U., Vlassoff, M., Singh, S., (2017). Access to and Quality of Menstrual Regulation and Postabortion Care in Bangladesh: Evidence from a Survey of Health Facilities, 2014. New York: Guttmacher Institute. https://www.guttmacher.org/report/menstrual-regulation-postabortion-care-bangladesh.

11. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). (2011, July 12). Figo Consensus Statement: Uterine Evacuation. FIGO. https://www.figo.org/news/figo-consensus-statement-uterine-evacuation

12. Ipas. (2013a). Medical abortion study guide. (2nd ed.). Turner, K. L., (Editor). Chapel Hill, NC: Ipas. https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/07/MEDABSGE13-MedicalAbortionStudyGuide.pdf

13. Ipas. (2013b).Women -centered, comprehensive abortion care: Reference Manual. (2nd ed.) Turner, K. L., & Huber, A., (Editors). Chapel Hill, NC: Ipas. https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/06/ACREFE16-WomenCenteredCACReferenceManual.pdf

14. Ipas. (2020). Clinical Updates in Reproductive Health. Castleman, L., & Kapp, N., (Editors.). Chapel Hill, NC: Ipas. https://www.ipas.org/wp-content/uploads/2020/08/ClinicalUpdatesInReproductiveHealthCURHE20-English-digital.pdf

15. Kapp, N., Lohr, P. A., Ngo, T. D., & Hayes, J. L. (2010). Cervical preparation for first trimester surgical abortion. The Cochrane Database of Systematic Reviews (2):CD007207. doi: 10.1002/14651858.CD007207.pub2. PMID: 20166091.

16. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (icddr,b), and MEASURE Evaluation. (2019). Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2016: Final Report. Dhaka, Bangladesh, and Chapel Hill, NC, USA: NIPORT, icddr,b, and MEASURE Evaluation.

17. Population Control and Family Planning Division, Government of the People's Republic of Bangladesh. (1979). Memo No. 5-14/MCH-FP/Trg.79. Dhaka, Bangladesh: Population Control and Family Planning Division.

18. Proceedings of the 62nd Meeting of the National Technical Committee of Directorate General of Family Planning, June 30, 2014.

19. Postabortion Care Consortium. (2013). Postabortion Care (PAC) Consortium. From http://www.pac-consortium.org/

20. Singh, S., Hossain, A., Maddow-Zimet, I., Vlassoff, M., Bhuiyan, H. U., & Ingerick, M. (2017). The Incidence of Menstrual Regulation Procedures and Abortion in Bangladesh, 2014. International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 43(1), 1-11. doi:10.1363/43e2417

21. Vlassoff, M., Hossain, A., Maddow-Zimet, I., Singh, S., Bhuiyan, H. U. (2012). Menstrual Regulation and Postabortion Care in Bangladesh: Factors Associated with Access to and Quality of Services, New York: Guttmacher Institute.

22. World Health Organization. (2012). Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems (second ed.). Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70914/9789241548434_eng.pdf?sequence=1

23. World Health Organization. (2014). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97415/9789241548717_eng.pdf?sequence=1

24. World Health Organization. (2015). Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181041/9789241549264_eng.pdf?sequence=1

25. World Health Organization. (2018). Management of Medical Abortion. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf?ua=1

26. World Health Organization., Pan American Health Organization. (2016). Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities. Geneva: World Health Organization. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250232/9789241549851-eng.pdf?sequence=1

27. WHO Abortion care guideline 2022

Annexes: Annexure 1: List of Members of Core Technical Committee 2021

(Not according to seniority) :

Members of the Core Technical Committee			
Sl. No.	Name	Designation & Organization	Designation in Committee
1.	Dr. Mohammed Sharif	Director (MCH Services) & Line Director (MCRAH), DGFP	Chairperson
2.	Prof. Sameena Chowdhury, Obstetrics & Gynecology,	Ex-President, OGSB	Member
3.	Prof. Ferdousi Begum, Obstetrics & Gynecology,	President, OGSB	Member
4.	Prof. Salma Rouf, Obstetrics & Gynecology	Treasurer, OGSB	Member
5.	Prof. Iffat Ara, Obstetrics & Gynecology	OGSB	Member
6.	Prof. Fawzia Hossain, Obstetrics & Gynecology	BSMMU	Member
7.	Dr. Sayed Rubayet	Country Director, Ipas Bangladesh	Member
8.	Dr. Sharmin Sultana	Senior Advisor, Health Systems, Ipas Bangladesh	Member
9.	Dr. Mohd. Abul Khair	Senior Advisor -Health Systems, Ipas Bangladesh	Member
10.	Dr. Hamida Khatun	Advisor, Health Systems, Ipas Bangladesh	Member
11.	Dr. Md. Manjur Hossain	Assistant Director, MCH Services Unit, DGFP	Member
12.	Dr. Md. Jaynal Haque	Program Manager (Adolescent and Reproductive Health), MCH-Services Unit, DGFP	Member Secretary

Annexure 2 : List of Members of Review Committee 2021:

(Not according to seniority)		
Sl. No.	**Name**	**Designation and Organization/Address**
1.	Dr. Mohammed Sharif	Director (MCH-Services) and Line Director (MCRAH), MCH-Services Unit, Directorate General of Family Planning (DGFP)
2.	Dr. Nurun Nahar Begum	Line Director, CCSDP, DGFP
3.	Dr. Md. Muniruzzaman Siddiqui	Director, MFSTC
4.	Dr. Md. Jaynal Haque	Program Manager (Adolescent and Reproductive Health), MCH-Services Unit, DGFP
5.	Dr. Fahmida Sultana	Ex-Deputy Director (MCH), MCH-Services Unit, DGFP
6.	Dr. Md. Manjur Hossain	Deputy Program Manager (MCH), MCH-Services Unit, DGFP
7.	Dr. Helena Jabeen	Senior Consultant, MFSTC
8.	Dr. Mahbuba Nargis	Jr. Consultant, Obs & Gynae, MCHTI, Azimpur
9.	Dr. Nasima khatun	Deputy Program Manager, Maternal Health, DGHS
10.	Dr. Azizul Alim	Program Manager, Maternal Health, DGHS
11.	Dr. Sabizur Rahman	Program Manager, Adolescent and School Health, DGHS
12.	Afroza Banu	Midwifery Focal, DGNM
13.	Dr. Zakia Sultana Siddique	Senior Advisor, Ipas Bangladesh
14.	Dr. Fahmida Shahnaz	Assist Coordinator Training and Research MCHTI, Azimpur
15.	Dr. Nadira Sultana	Options
16.	Md. Altaf Hossain	Director, BAPSA
17.	Dr. Quazi Suraiya	Executive Director, RHSTEP
18.	Dr. Reena Yasmin	Director, Marie Stopes Bangladesh
19.	Dr. Sayed Rubayet	Country Director, Ipas Bangladesh
20.	Shahanara Khatun	Deputy Director, Education, DGNM
21.	Dr. Abu Sayed Md. Hasan	Program Specialist SRH, UNFPA

Annexure 3 : List of Reviewers of Bangla Guideline 2024 (Not according to seniority)

Sl. No.	Name	Designation / Directorate / Organization
1	Dr. Md. Muniruzzaman Siddiqui	Director, MCH-Services, DGFP
2	Dr. Mohammad Nizam Uddin	Director & Line Director, MNC&AH, DGHS
3	Dr. Kazi Md. Zobair Galib	LD-MCRAH, MCH, DGFP
4	Dr. Farid Uddin Ahmed	LD-CCSDP, DGFP
5	Md. Motiur Rahman	Director, Planning, DGFP
6	Md. Nasir Uddin (Deputy Secretary)	Director Admin, DGNM
7	Shahnaz Parveen	Deputy Director (MIS), MIS unit, DGFP
8	Asma Hasan	Deputy Director (PM), IEM, DGFP
9	Dr. Md. Manjur Hossain	PM (A&RH), MCH, DGFP
10	Dr. Pijush Chandra Sutradhar	Director, MCHTI Lalkhuti, Mirpur, DGFP
11	Dr. Azizul Alim	Program Manager, Maternal Health, MNC&AH, DGHS
12	Dr. Shameem Md. Akram	DD & PM, CCSDP, DGFP
13	Dr. A. N. M. Mustafa Kamal Mazumder	AD, MCH, DGFP
14	Dr. Md. Rafiqul Islam Talukder	AD (QA), CCSDP, DGFP
15	Prof. Dr. Farhana Dewan	President, OGSB
16	Prof. Dr. Salma Rouf	Secretary General, OGSB
17	Prof. Rowshan Ara Begum	Past President, OGSB
18	Prof. Dr. Sameena Chowdhury	Past President, OGSB
19	Dr. Shaila Sharmin Mimi	AD (QA), CCSDP, DGFP
20	Dr. Helena Jabeen	Ex. Deputy Director, MFSTC, Mohammadpur, DGFP
21	Dr. Mahbuba Khan	NPO-MNCAN, WHO
22	Monjun Nahar	Advocacy Lead, Marie Stopes Bangladesh
23	Dr. Altaf Hossain	Executive Director, BAPSA
24	Dr. Elvina Mustary	Deputy Director (Program), RHSTEP
25	S.M. Shaikat	Executive Director, SERAC Bangladesh
26	Dr. Sayed Rubayet	Country Director, Ipas Bangladesh
26	Dr. Wahida Siraj	Director Health, Ipas Bangladesh
27	Dr. Md. Abul Khair	Sr. Advisor, Health System Strengthening, Ipas Bangladesh
28	Dr. Rubana Rashid	Advisor-II, Health System Strengthening, Ipas Bangladesh
29	Mohd. Humayoun Kabir	Advisor I, LMIS and HMIS, Ipas Bangladesh

Annexure 4: Government Circular on MR Programme in 1979.

Government of the Peoples Republic of Bangladesh

Population Control and Family Planning Division

Population Building, Azimpur, Dhaka

Memo No. 5-14/MCH-FP/Trg/79 Dated: 06.12.79

To

All Deputy Directors

Family Planning

Subject: MR Programme

It appears that some amount of confusion prevails amongst the field functionaries regarding the status of official policy regarding Menstrual Regulation (M.R). As a consequence, many field programmes are not reporting the number of MR cases performed within the in jurisdiction. It is, therefore, categorically stated that MR is one the methods of the official FP programme. It is included in the official policy; necessary budget provisions have been made for the methods and required equipment (MR Syringes) is procured through the support of international agencies. The Population Control and Family Planning Division also arranged training of medical and paramedical personnel through different projects supported by Pathfinder fund.

We are enclosing herewith a legal interpretation of the institute of law, to dispel the prevailing doubts about the legality of the procedure.

While clarifying the status as above, it is re-emphasized that all Deputy Directors of the districts will maintain a regular stock of MR syringes in the district headquarters and supply them to all medical and paramedical persons performing MR. All the Deputy Directors are also requested to immediately enquire with all medical and paramedical personnel performing MR, if they need re-supply of MR syringes.

Please note that other supplies necessary for MR programme are available in the normal IUD clinics.

Sd/

Col. L.A. Khan

Director General (Imp.) Population Control & Family Planning Division, Dhaka

Annexure 5: Memorandum Guidelines for Menstrual Regulation (MR) in 1980

Government of the People's Republic of Bangladesh

Population Control and Family Planning Division

Population Building, Azimpur, Dhaka-5

Memo No. 5-14/MCH-FP/Trg/80 Dated: 25.1.80

Memorandum

Guidelines for Menstrual Regulation (MR)

Consequent upon the increase in demand for menstrual regulation (MR) services throughout the country, the following standard guidelines are laid down to regulate the service and ensure technical standards;

1. MR can be performed by:

a. Any registered medical practitioner, who has specific training on MR procedure in any recognized MR clinic in the country, or has experience of working in the obstetric department of any recognized medical hospital where as a part of his/her normal duty he/she was trained in the procedure of vacuum aspiration.

b. A Family Welfare Visitor (FWV) or any of the category of paramedical personnel, who have undergone a formal paramedical training course in any recognized institution, and thereafter obtained a specific training in the MR procedure in any recognized MR clinic.

2. Criteria for MR training:

The Deputy Director in the district or the Civil Surgeons may organize programme to train Family Welfare Visitors (FWVs) at their own initiative, fulfilling the following criteria;

a. Duration of training: The MR training programme for the FWVs should be for a minimum period of one week, two weeks will be preferred.

b. Training programme should include didactic lectures and demonstrations with emphasis on basic reproductive anatomy and physiology, bimanual pelvic examination, actual technique of the procedure and recognition of pregnancy tissue, sterilization of equipment and management of common problems and record keeping.

3. On completion of training, the Deputy Director of the district or Assistant Director (MCH) will establish a supervision system for the trained FWV, by a trained or experienced doctor available in the thana. This would include referral system by FWVs in case of clinical complications

4. Under normal circumstances, an FWV should perform MR only up to 8 weeks from LMP (4 weeks of missed period). Any case with longer durations must be referred to a trained doctor.

5. Deputy Director, Family Planning in the districts must maintain adequate stocks of MR kits which should include MR syringe, gynaecological aspiration kit, speculum, tenaculum, volsellum forceps, flash light, menstrual calendar etc. He should be able to supply them to any trainee doctor or paramedic on demand.

6. Deputy Director, Family Planning in the districts must arrange adequate follow-up of the trainer.

a. Random inspection of the facilities and performance of trained doctors and paramedics and

b. Reporting system by doctors and paramedics on performance of MR on a regular basis.

Sd/

Director (MCH-FP & Trg.) Population Control & Family Planning

Division, Dhaka

File No. P-146

Memo No. 5-14/MCH-FP/Trg/80/358/1(96) Dated: 25-1-80

Copy forwarded for information and necessary action to:

1. P.S to the Honorable Minister of Health & Population Control and Family Planning.
2. P.S to the Honorable Deputy Minister of Health & F.P
3. P.S to the Secretary Health Division/Population Control and Family Planning Division
4. Director General /NIPORT/Director Health Service P/C
5. Deputy Secretary Administration./Coordination or Population Control and Family Planning Division
6. Director MIS/IEM/L&S / of Population Control and Family Planning Division
7. All Divisional Directors (Imp)
8. All Deputy Commissioner
9. All Civil Surgeons
10. All Deputy Director, Family Planning Office
11. Deputy Director, TEMO
12. All Assistant Directors (MCH-FP), Population Control & Family Planning Office
13. All Vol. Agencies

Sd./

Deputy Director (MCH-FP & Trg.) Population Control & Family Planning

Division, Dhaka

Annexure 6: Office Memorandum on Launch of "Menstrual Regulation Training and Services Programme" in 1983

Government of the Peoples Republic of Bangladesh
Ministry of Health and Population Control
(Coordination Branch)
Bangladesh Secretariat, Dhaka
No. PC/S-2/COORDR/77/83 Date: 22.9.83

Office Memorandum

The undersigned is directed to say that it has been decided to launch a programme namely "Menstrual Regulation Training and Services Programme" in order to impart appropriate training on Menstrual Regulation (MR) along with adequate service providing facilities. The project will be located in nine medical colleges & hospitals and sadar hospitals of the country with a head office at Dhaka. The Population Crisis Committee, a foreign voluntary US-based organization, has shown interest to provide funding to this programme. The Pathfinder Fund has so long been providing financial support to these medical colleges and hospitals and sadar hospitals for MR Programme and they have now declined to continue the assistance due to US congressional pressure. The Programme will be managed and operated by an executive council headed by the Secretary, Ministry of Health and Population Control as its Chairman and Joint Secretary, Population Control Wing, Director General, Directorate of Health Services, Director General, Directorate of Population Control, Representatives of Medical Colleges, Representative of Bangladesh Association for Prevention of Septic Abortion (BAPSA) as members and Project Director of the Project as Member Secretary. For all purposes, this is a Government-sponsored programme but has been kept outside the purview of the ADP since the donor agency likes to operate the Programme outside the Government mechanism to ensure operational flexibility of the innovative and pilot programme.

Mohammadpur Fertility Services and Training Centre which is a Government sponsored autonomous project and has already been exempted from the registration under the Foreign Donation (Voluntary Activities) Regulation may receive fund directly from the Population Crisis Committee, United States of America (USA). Details of the scheme are enclosed herewith.

External Resources Division is, therefore, requested to kindly convey their clearance for the Foreign Donation which is around taka 14 lacs a year.

(Jalaluddin Ahmed)
Joint Secretary
Population Control Wing
Additional Secretary
(Janab Khondker Mahbub-e-Rabbani)
External Resources Division
Sher-e-Bangla Nagar, Dhaka

Annexure 7: Notification on Constitution of Executive Council for the management and operation of the Project "Menstrual Regulation Training and Services Programme"

Ministry of Health and Population Control

(Population Control Wing) Bangladesh Secretariat, Dhaka

No. PC/S-2 (Coord) 77/83/376 Dated 4th October, 1983

Notification

The Government has been pleased to constitute an Executive Council for the management and operation of the Project "Menstrual Regulation Training and Services Programme" with the following members:

Composition

1.	Secretary, Ministry of Health and Population Control	Member
2.	Additional Secretary/Joint Secretary, Population Control Wing, Ministry of Health and Population Control	Vice-Chairman
3.	Director General, Health Services	Member
4.	Director General, Directorate of Population Control	Member
5.	Deputy Secretary (Coordination), Population	Member
6.	Representative of Bangladesh Association for Prevention of Septic Abortion (BAPSA) (A Voluntary Organization)	Member
7.	Representative of Donor Agency, if any	Member
8.	One Specialist in Obstetrics & Gynaecology (to be nominated by the Chairman)	Member
9.	Project Director, Menstrual Regulation Training & Services Programme	Member Secretary

2. The terms of reference of the Council will be as follows:

a. To take policy decisions and provide guidelines for training and services on Menstrual Regulation (MR);

b. Overall management and coordination of the programme activities;

C. Approval of the budget and monitoring of the activities of the programme, and

d. To evolve the procedure to make the programme self-reliant and facilitate future expansion of the programme activities.

3. The Council will meet at least once in two months and if any member feels it necessary

4. This will come into effect from 1 October 1983.

(Babul Chakraborty)

Senior Scale Section Officer (Coord-II)

Annexure 8: Govt. Circular in 2015

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর
এমসিএইচ-সার্ভিসেস ইউনিট

স্মারক নং-পপঅ/এমসি-আরএইচ/প্রশা-২৩/০৫/১০৮

তারিখ: ০৩/০২/২০১৫

পরিপত্র

প্রজনন স্বাস্থ্য সেবায় মাসিক নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচি উল্লেখযোগ্য ভূমিকা রাখছে। এই কর্মসূচির মাধ্যমে অনিরাপদ গর্ভপাতজনিত মাতৃমৃত্যু হার বিগত একদশকে কাঙ্ক্ষিত পর্যায়ে কমিয়ে আনা সম্ভব হয়েছে। বিএমএমএস, ২০১০ তথ্যানুযায়ী বর্তমানে অনিরাপদ গর্ভপাতজনিত মাতৃমৃত্যুর হার শতকরা একজন।

ইতোমধ্যে মাসিক নিয়ন্ত্রণ কর্মসূচির সেবার পরিধি আরও বিস্তৃত করা হয়েছে। পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরাধীন জাতীয় টেকনিক্যাল কমিটির ৬২তম সবায় এই সেবা আরও জোরদার করার লক্ষ্যে নিম্নলিখিত সিদ্ধান্তসমূহ গ্রহণ করা হয়েছে। এখন থেকে

১। এমআর প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত চিকিৎসকবৃন্দ মহিলাদের মাসিক বন্ধের ৬-১২ সপ্তাহ পর্যন্ত এমআর সেবা প্রদান করতে পারবেন।

২। এমআর প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা, মহিলা উপসহকারী কমিউনিটি মেডিকেল অফিসারসহ বেসরকারি ও এনজিও প্যারামেডিক সেবা প্রদানকারীবৃন্দ মহিলাদের মাসিক বন্ধের ৬-১০ সপ্তাহ পর্যন্ত এমআর সেবা প্রদান করতে পারবেন।

জাতীয় টেকনিক্যাল কমিটির ৬১তম সভায় সিদ্ধান্তের আলোকে এখন থেকে ট্যাবলেট মিফেপ্রোস্টন ২০০ মিলিগ্রাম এবং ট্যাবলেট মিসোপ্রোস্টল ৮০০ মাইক্রোগ্রাম নির্দিষ্ট ব্যবহার বিধি অনুসরণে ওষুধের মাধ্যমে এমআর (এমআরএম) সেবা প্রদান করা যাবে। তবে এই সেবা প্রদান করার পূর্বে চিকিৎসক ও অন্যান্য প্যারামেডিকগণকে এই সংক্রান্ত যথাযথ প্রশিক্ষণ গ্রহণ করতে হবে। এমআরএম সেবা প্রদানের নির্দেশিকা নিম্নরূপ ভাবে অনুসরণ করতে হবে, যথা;

১। মহিলাদের মাসিক বন্ধের ৪২-৬৩ (৬-৯ সপ্তাহ) দিনের মধ্যে এমআরএম সেবা প্রদান করতে হবে।

২। ট্যাবলেট মেফিপ্রিস্টন ২০০ মিলিগ্রাম মুখে সেবন করতে হবে।

৩। ট্যাবলেট মেফিপ্রিস্টন গ্রহণের ২৪ ঘণ্টা পর ট্যাবলেট মিসোপ্রোস্টল ২০০ মাইক্রোগ্রাম এর ৪টি বড়ি এক সাথে জিহ্বার নিচে অথবা মুখ গহ্বরের দুই পাশে (Buccal) আধঘণ্টা রেখে দিতে হবে এবং অবশিষ্ট অংশ আধঘণ্টা পর পানি সেবনের মাধ্যমে গ্রহণ করতে হবে। ট্যাবলেট মিসোপ্রোস্টল ৮০০ মাইক্রোগ্রাম এর এই ডোজ (৪টি বড়ি) কোনো মহিলা ইচ্ছা করলে যোনিপথেও গ্রহণ করতে পারবেন।

৪। এতদসংক্রান্ত কোনো জটিলতায় নিকটস্থ স্বাস্থ্য সেবাপ্রদানকারীর পরামর্শ গ্রহণ করতে হবে।

এই নির্দেশনা অবিলম্বে কার্যকর হবে। এমআর সেবায় এই পরিধি বিস্তৃতির মাধ্যমে অনিরাপদজনিত মাতৃমৃত্যু হার শূন্যের কোঠায় কমানো সম্ভবপর হবে আশা করা যায়।

মহাপরিচালক, পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর, মহোদয়ের অনুমোদনক্রমে।

স্বাক্ষরিত
(ডা: মোহাম্মদ শরীফ)
পরিচালক (এমসিএইচ-সার্ভিসেস) এবং
লাইন-ডাইরেক্টর (এমসি-আরএএইচ)
ফোন: ৮১২৯৩৪৬
e-mail: dirmchsfp@gmail.com

Annexure 9: Sample of Informed Consent Form for MR and PAC (English)

Informed Consent Form for MR and PAC Services (English

Name and address of the Centre: ____

I, the undersigned, wish to undergo Menstrual Regulation (MR) or Post Abortion Care (PAC) procedure and state the following:

1. I have received detailed information about MR and PAC procedure and the options related to the procedure.
2. I am informed that, like many medical/surgical procedures, there are some risks and side-effects of MR/PAC procedure. These risks and side-effects have been thoroughly explained to me.
3. All the above information has been explained to me in a language I can understand.
4. I have requested the MR/PAC procedure on my own with free will, without coercion or inducement.

____________________	____________________	____________________
Client's name	Client's Signature/ Thumb Print	Date

Annexure 10: Sample of Informed Consent Form for MR and PAC (Bangla)

অবহিত সম্মতিপত্র

এমআর এবং গর্ভপাত পরবর্তী সেবার (PAC) জন্য অবহিত সম্মতি পত্র

স্বাস্থ্যকেন্দ্রের নাম ও ঠিকানা : ____

আমি, নিম্ন-স্বাক্ষরিত, মাসিক নিয়মিতকরণ (এমআর) অথবা গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পদ্ধতি (PAC) করতে ইচ্ছুক এবং নিচের বিষয়গুলো স্বীকারোক্তি করা হলো–

১. আমি এমআর এবং প্যাক পদ্ধতি এবং এই পদ্ধতির বিকল্প সম্পর্কে বিস্তারিত তথ্য পেয়েছি।

২. আমি অবহিত যে, অনেক মেডিকেল এবং সার্জিক্যাল পদ্ধতির মতো এমআর অথবা গর্ভপাত পরবর্তী সেবা পদ্ধতিরও কিছু ঝুঁকি এবং প্বার্শ-প্রতিক্রিয়া আছে। এই ঝুঁকি এবং প্বার্শ-প্রতিক্রিয়া আমার কাছে পুরোপুরি ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

৩. ওপরের তথ্যগুলো আমি বুঝতে পারি এমন ভাষায় আমার কাছে ব্যাখ্যা করা হয়েছে।

৪. আমি আমার নিজস্ব ইচ্ছায়, স্বচ্ছন্দ্যে, কোন প্ররোচনা বা প্রলোভন ছাড়া এমআর/প্যাক পদ্ধতি করার অনুরোধ করছি।

____

সেবা গ্রহীতার নাম/সেবা গ্রহীতার স্বাক্ষর/টিপসই তারিখ

____

স্বামী/অভিভাবকের নাম ও স্বাক্ষর (প্রয়োজনে) তারিখ

____

সেবাদানকারীর/কাউন্সিলরের নাম

____

সেবাদানকারী/কাউন্সিলরের স্বাক্ষর ও তারিখ

Annexure 11: Sample of MR, MRM and PAC Register (Bangla)

এমআর, এমআরএম ও গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (প্যাক) রেজিস্টার

তারিখ	রেজিঃ নং দৈনিক/ মাসিক	সেবা গ্রহীতার পরিচিতি	বয়স	সন্তান সংখ্যা	পূর্বে এমআর / গর্ভপাতের ইতিহাস		শেষ মাসিকের তারিখ / কত সপ্তাহ যাবৎ মাসিক বন্ধ	সেবা প্রদানের ধরন					সেবা প্রদানের সময় কোন জটিলতা	এমআর ও গর্ভপাত পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা সেবা	পরামর্শ	ফলো আপ	সেবা প্রদানকারীরর নাম পদবী ও স্বাক্ষর
								এম আার		গর্ভপাত পরবর্তী সেবা (প্যাক)							
					এমআর	গর্ভপাত		এম আার	ওষুধের মাধ্যমে এমআর (এম আরএম)	এম ভিএ	ওষুধের মাধ্যমে প্যাক	রেফার					
১	২	৩	৪	৫	৬	৭	৮	৯	১০	১১	১২	১৩	১৪	১৫	১৬	১৭	১৮
		নাম: স্বামীর নাম: গ্রাম/মহল্লা: ইউনিয়ন:															
		নাম: স্বামীর নাম: গ্রাম/মহল্লা: ইউনিয়ন:															
		নাম: স্বামীর নাম: গ্রাম/মহল্লা: ইউনিয়ন:															

এই গাইডলাইনটি এমসিএইচ সার্ভিসেস ইউনিট, পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য শিক্ষা ও পরিবার কল্যাণ বিভাগ স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় কর্তৃক এবং আইপাস বাংলাদেশ এর সহযোগীতায় প্রকাশিত

এই গাইডলাইনটি এমসিএইচ সার্ভিসেস ইউনিট, পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য শিক্ষা ও পরিবার কল্যাণ বিভাগ, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় কর্তৃক এবং আইপাস বাংলাদেশ এর সহযোগীতায় প্রকাশিত।