chronic disease news

বর্ষ ৩ সংখ্যা ১ জুন ২০১১

a newsletter of
Centre for Control of Chronic Diseases in Bangladesh

ব্রেকিং নিউজ ... ২

শহরের স্বল্প আয়ের পুরুষরা বেশি ধূমপান করে ... ২

বাংলাদেশে ক্রনিক ডিজিজের জন্য চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করার প্রবণতা ... ৪

আইসিডিডিআর,বি-র কর্মীবৃন্দ সুস্থতর জীবনযাপনের প্রচারণা করছে! ... ৬

অ্যানুয়াল সায়েন্টিফিক কনফারেন্স (অ্যাসকন)-এ অসংক্রামক রোগের ওপর আলোকপাত ... ৭

ত্রয়োদশ অ্যানুয়াল সায়েন্টিফিক কনফারেন্স-এ সিসিসিডিবি-র গবেষণার প্রথম উপস্থাপনা ... ৮

icddr,b brac JOHNS HOPKINS BLOOMBERG SCHOOL of PUBLIC HEALTH IDS Institute of Development Studies

সম্পাদকীয়

সুপ্রিয় পাঠক,

ক্রনিক ডিজিজ নিউজের পঞ্চম সংখ্যায় আপনাদের স্বাগতম। বাংলাদেশে ক্রনিক ডিজিজের বর্তমান অবস্থা এবং সেন্টার ফর কন্ট্রোল অফ ক্রনিক ডিজিজেস ইন বাংলাদেশ (সিসিসিডিবি)-র সাম্প্রতিক গবেষণার সর্বশেষ তথ্য দেওয়ার জন্য এই নিউজলেটারটি প্রকাশিত হয়।

৬ এপ্রিল সিসিসিডিবি ব্রাজিলের এজিটা মুন্ডো নেটওয়ার্কের সাথে একাত্মতা প্রকাশ করে বিশ্ব শরীরচর্চা দিবস পালন করেছে। ক্রনিক ডিজিজ এবং এর রিস্ক ফ্যাক্টরগুলোর প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণের ক্ষেত্রে শরীরচর্চার সুফল তুলে ধরে জনসচেতনতা সৃষ্টির জন্য এই দিবসটি এক বিশাল সুযোগ করেছে। এই সংখ্যায় আমরা বিশ্ব শরীরচর্চা দিবসে আমাদের কর্মকান্ড বিস্তারিতভাবে তুলে ধরেছি।

আইসিডিডিআর,বি-র অ্যানুয়াল সায়েন্টিফিক কনফারেন্স (অ্যাসকন)-এ সিসিসিডিবি অংশগ্রহণ করে অসংক্রামক রোগের ওপর দু'টি আলোচনা সভা এবং একটি বৈজ্ঞানিক সেমিনারের আয়োজন করে। এই আলোচনা সভায় অংশগ্রহণকারীদের উদ্দেশ্যে আন্তর্জাতিক এবং স্থানীয় বিশেষজ্ঞগণ নিজ নিজ দেশের পটভূমিতে অসংক্রামক রোগ নিয়ন্ত্রণের বিষয়ে তাঁদের অভিজ্ঞতা তুলে ধরেন। এই সংখ্যায় আমরা এসব আলোচনা সভা এবং সেমিনারের বিশদ বর্ণনা প্রকাশ করেছি।

গবেষণার প্রেক্ষাপটে, নিউজলেটারের এই সংখ্যায় আমরা, বাংলাদেশে তামাক সেবনের বর্তমান ধারা এবং বাংলাদেশে ক্রনিক ডিজিজের চিকিৎসা সেবা সংক্রান্ত দু'টি গবেষণার ফলাফল তুলে ধরেছি।

আমি আনন্দের সাথে আপনাদের জানাচ্ছি, ক্রনিক ডিজিজের ওপর বেশ কিছু গবেষণা প্রকল্পের কাজ সারাদেশে মাঠ পর্যায়ে চলছে। এরমধ্যে ক্রনিক অবস্ট্রাকটিভ পালমোনারি ডিজিজ, টাইপ-টু ডায়াবেটিস এবং উচ্চ রক্তচাপ অন্যতম। শীঘ্রই আমরা আপনাদের কাছে এসব গুরুত্বপূর্ণ গবেষণার ফলাফল তুলে ধরবো।

এছাড়াও, আমরা মার্চ মাস থেকে এমপিএইচ-প্লাস প্রোগ্রামের দ্বিতীয় রাউন্ড শুরু করেছি। আপনারা হয়তো জানেন, ব্র্যাক ইউনিভার্সিটির জেমস পি গ্রান্ট স্কুল অফ পাবলিক হেলথ এবং যুক্তরাজ্যের ইনস্টিটিউট অফ ডেভেলপমেন্ট স্টাডিজ-এর যৌথ সহযোগিতায় আমরা এই প্রোগ্রামটির আয়োজন করি।

আশা করি নিউজলেটারের এই সংখ্যাটি পড়ে আপনাদের ভালো লাগবে।

আলেহান্দ্রো ক্র্যাভিওটো

এক্সিকিউটিভ ডিরেক্টর, আইসিডিডিআর,বি

ব্রেকিং নিউজ

আমাদের পাঠক এবং দাতাগণ জেনে খুশী হবেন যে, চলমান পুনর্বিন্যাস প্রক্রিয়ার অংশ হিসেবে আইসিডিডিআর,বি-র বোর্ড অফ ট্রাস্টিজ দ্য সেন্টার ফর কন্ট্রোল অফ ক্রনিক ডিজিজেস ইন বাংলাদেশ (সিসিসিডিবি)-কে আইসিডিডিআর,বি-র সেন্টার ফর ক্রনিক ডিজিজেস হিসেবে অনুমোদন দিয়েছে। এই অর্জনের জন্য সিসিসিডিবির সকল সদস্যকে অভিনন্দন এবং আমরা দাতাগোষ্ঠীকে ধন্যবাদ জানাই এই অর্জনের পিছনে তাদের স্বহৃদয় সহযোগিতার জন্য।

শহরের স্বল্প আয়ের পুরুষরা বেশি ধূমপান করে

বাংলাদেশে তামাক সেবনের ধারার ওপর পরিচালিত একটি সাম্প্রতিক গবেষণার ফলাফল

মানুষের জন্য তামাক এবং তামাকজাতীয় দ্রব্য সেবন স্বাস্থ্যের জন্য একটি বড় ঝুঁকি। ২০০৮ সালের বিশ্ব তামাকজনিত মহামারীর ওপর বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার প্রতিবেদন অনুযায়ী, বিশ্বের মোট ধূমপায়ীর দুই-তৃতীয়াংশ বসবাস করে মাত্র ১০টি দেশে যার মধ্যে বাংলাদেশ অন্তর্ভূক্ত। প্রতিদিন ধূমপান করেন এমন পুরুষ ধূমপায়ীদের মধ্যে ৩৫ শতাংশ ছিলো উন্নত দেশের এবং উন্নয়নশীল দেশে ছিলো ৫০ শতাংশ (ম্যাকেই এবং এরিকসন, ২০০২)।

বাংলাদেশে তামাক সেবন একটি বহুল প্রচলিত বিষয়। এর মধ্যে ধূমপান এবং ধূমপান ছাড়াও তামাক পাতা চিবানোর অভ্যাস দেখতে পাওয়া যায়।

পুরুষদের মধ্যে ধূমপানের অভ্যাস অনেক বেশি। গবেষণায় দেখা যায়, গ্রামীণ এলাকায় ৬৬ শতাংশের বেশি পুরুষ এবং শহর এলাকায় ৬৮ শতাংশের বেশি পুরুষের ধূমপানের অভিজ্ঞতা আছে এবং সাক্ষাতকারের সময়ে গ্রামীণ ও শহর এলাকায় যথাক্রমে ৫২ শতাংশ ও ৫৫ শতাংশ পুরুষ ধূমপান করে বলে তথ্য প্রদান করে। ২০০৮ সালে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা গ্রামীণ ও শহর এলাকার মধ্যে বেশ বড় ধরনের পার্থক্য-সংক্রান্ত তথ্য প্রদান করে, যেখানে দেখা যায় গ্রামীণ এলাকার ৩০ শতাংশ পুরুষ সেসময়ে ধূমপান করছিলো পক্ষান্তরে শহর এলাকায় এই হার ছিলো ৪৩ শতাংশ। সাম্প্রতিক কিছু গবেষণায় দেখা গেছে, বাংলাদেশে নিম্ন আর্থ-সামাজিক শ্রেণীর মানুষদের মধ্যে তামাক সেবনের হার বেশি (চৌধুরী এবং অন্যান্য ২০০৭ ও স্বাস্থ্য অধিদপ্তর ২০০৭)।

২০০৯ সালে দ্য সেন্টার ফর কন্ট্রোল অফ ক্রনিক ডিজিজেস ইন বাংলাদেশ (সিসিসিডিবি) ক্রনিক ডিজিজ ও এর রিস্ক ফ্যাক্টরগুলোর ব্যাপকতার ভিত্তি তৈরির উদ্দেশ্যে আইসিডিডিআর,বি-র চারটি হেলথ অ্যান্ড ডেমোগ্রাফিক সার্ভেইল্যান্স সাইটে ৩৯,০৩৮ জন অংশগ্রহণকারীকে নিয়ে একটি গবেষণা পরিচালনা করে। বাংলাদেশের তিনটি গ্রামীণ অঞ্চল মতলব, অভয়নগর ও মীরসরাই এবং শহর এলাকার সাইট কমলাপুরে গবেষণাটি পরিচালিত হয়। ২৫ বছর বয়সী এবং তদুর্ধ্ব ১৩,৫৮৪ জন পুরুষ ও ২৫,৪৫৪ জন মহিলা এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করেন।

অংশগ্রহণকারীদের কাছ থেকে বর্তমানে এবং অতীতে তামাক এবং তামাকজাতীয় দ্রব্য সেবন-সংক্রান্ত তথ্য সংগ্রহ করা হয়েছে। ধূমপান ও অধূমপান (তামাকপাতা খাওয়া) দুই ধরনের তামাক সেবনেরই স্থায়িত্ব এবং দিনে কতবার তামাক সেবন করা হয় এই দুই বিষয়ের ওপরই তথ্য সংগ্রহ করা হয়। ধূমপান ছাড়াও তামাক সেবনের মধ্যে পান খাওয়াকেও অন্তর্ভূক্ত করা হয়েছে কারণ বাংলাদেশে পান, তামাক পাতা ও সুপারী একসাথে খাওয়া একটি সাধারণ অভ্যাস।

ধূমপান

সাক্ষাতকারের সময়ে পুরুষ অংশগ্রহণকারীদের মধ্যে ৫০ শতাংশের বেশি ধূমপান করতেন বলে তথ্য প্রদান করেন, যার হার মহিলা অংশগ্রহণকারীদের মধ্যে মাত্র ১ শতাংশ। তাঁদের জীবনের চতুর্থ দশকের শেষদিকে

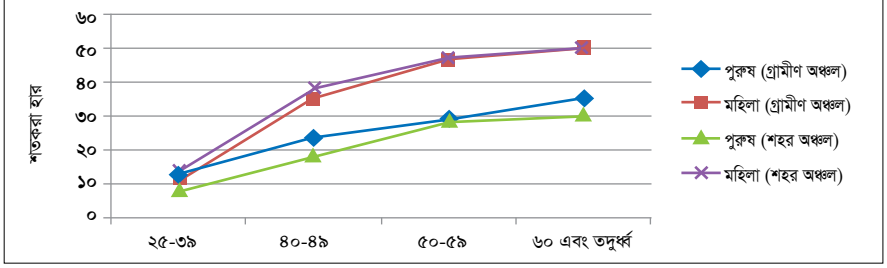
এবং পঞ্চম দশকের শুরুর দিকে ধূমপানের ব্যাপকতা বৃদ্ধি পায়। সংখ্যায় খুব কম হলেও দেখা গেছে, মহিলাদের মধ্যেও ধূমপানের ব্যাপকতা বয়স বৃদ্ধির সাথে সাথে বৃদ্ধি পায়। গবেষণায় দেখা গেছে, ৯৮ শতাংশ মহিলা কখনোই ধূমপান করেনি এবং গ্রামীণ ও শহর এলাকা মিলে মাত্র ১ শতাংশ মহিলা সাক্ষাতকারের সময় ধূমপান করেন বলে তথ্য প্রদান করেছেন।

দারিদ্র্য ও ধূমপান একে অপরের সাথে সম্পৃক্ত। গবেষণার ফলাফলে দেখা গেছে, গ্রামীণ এবং শহর এলাকায় সম্পদ বৃদ্ধির সাথে সাথে ধূমপানের ব্যাপকতা কমে যায়। খুবই স্বল্প পরিসরে হলেও, মহিলাদের ক্ষেত্রেও একই ধারা দেখা যায়। বাংলাদেশে পরিচালিত তামাক-বিষয়ক অন্যান্য গবেষণায়ও এই ফলাফলের সাথে মিল পাওয়া যায়, যেখানে নিম্ন আর্থ-সামাজিক শ্রেণীর মানুষের মধ্যে তামাক সেবনের প্রবণতা বেশি দেখা যায় (চৌধুরী এবং অন্যান্য ২০০৭ ও স্বাস্থ্য অধিদপ্তর ২০০৭)।

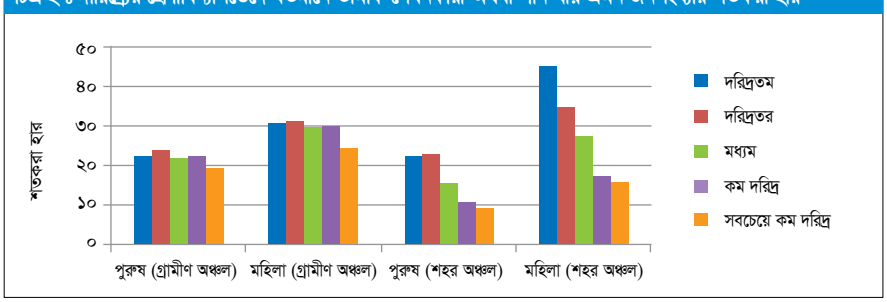
গবেষণায় আরো দেখা গেছে, গ্রামীণ এলাকার পুরুষরা গড়ে প্রতিদিন ১২.৫টি সিগারেট এবং শহর এলাকার পুরুষরা ১১.৮টি সিগারেট খায়। ধূমপায়ী হিসেবে তথ্যপ্রদানকারী মহিলাদের মধ্যে দেখা গেছে, গ্রামীণ এলাকার মহিলাদের (প্রতিদিন ৫.৬টি সিগারেট) তুলনায় শহর এলাকার মহিলাদের (প্রতিদিন ৬.২টি সিগারেট) মধ্যে ধূমপানের প্রবণতা সামান্য বেশি। বয়সের শ্রেণীবিন্যাসভেদে গ্রাম এবং শহরের অংশগ্রহণকারীদের মধ্যে পার্থক্য তুলনামূলকভাবে কম। ধূমপায়ীদের মধ্যে ৪০ থেকে ৫৯ বছর বয়সী শ্রেণীতে ধূমপানের প্রবণতা সবচেয়ে বেশি দেখা যায়।

গবেষণায় আরো দেখা গেছে, স্বল্প আয়ের পুরুষরা শুধু ঘন ঘন ধূমপানই করে না, ধনী শ্রেণীর পুরুষদের তুলনায় তারা সংখ্যায়ও বেশি সিগারেট খায়। গ্রামীণ এলাকায় সবচেয়ে দরিদ্র জনগোষ্ঠীর মধ্যে ধূমপায়ী পুরুষরা প্রতিদিন গড়ে ১৫টি সিগারেট খায়, যেখানে কম দরিদ্র জনগোষ্ঠীর পুরুষরা দৈনিক গড়ে ১০.৩টি সিগারেট খায়। শহর এলাকায় এই দুই শ্রেণীর জনগোষ্ঠী দৈনিক গড়ে যথাক্রমে ১৩.২টি এবং ৯.৪টি সিগারেট খায়। গ্রামীণ মহিলাদের ক্ষেত্রে সিগারেট অথবা এজাতীয় কিছু খাওয়া তাদের দারিদ্র্যের সাথে সম্পর্কযুক্ত নয় এবং শহর এলাকার মহিলাদের মধ্যে দরিদ্রতম জনগোষ্ঠীর ধূমপায়ী মহিলারা দৈনিক গড়ে ৬.৫টি সিগারেট খায় এবং সবচেয়ে কম দরিদ্র জনগোষ্ঠীর মহিলারা দৈনিক গড়ে ৪.৮টি সিগারেট খায়।

চিত্র ১ ঃ বয়সের শ্রেণীবিন্যাসভেদে বর্তমানে তামাক সেবনকারী অথবা পান খায় এমন জনসংখ্যার শতকরা হার



চিত্র ২ ঃ দারিদ্র্যের শ্রেণীবিন্যাসভেদে বর্তমানে তামাক সেবনকারী অথবা পান খায় এমন জনসংখ্যার শতকরা হার



তামাক পাতার ব্যবহার

পুরুষদের যেমন ধূমপানের প্রবণতা বেশি, মহিলাদের তেমন তামাক পাতা অথবা পান খাওয়ার প্রবণতা বেশি দেখা যায়, যা তামাক সেবনের আরেকটি ধারা। গ্রামীণ অঞ্চলের সার্ভেইল্যান্স সাইটগুলোতে দেখা যায়, ২২ শতাংশ পুরুষ এবং প্রায় ২৯ শতাংশ মহিলা সাক্ষাতকারের সময় তামাক পাতা এবং/অথবা পান খায় বলে তথ্য প্রদান করে। শহরের সার্ভেইল্যান্স সাইটে ১৫ শতাংশ পুরুষ এবং ২৫ শতাংশ মহিলা একই তথ্য প্রদান করে। গ্রামীণ এলাকার ২৫ থেকে ৩৯ বছর বয়সী অংশগ্রহণকারী ছাড়া মহিলারা তামাক পাতা এবং পান খাওয়ায় পুরুষদের চেয়ে সংখ্যায় অনেক বেশি ছিল। বয়সের সাথে সাথে তামাক পাতা এবং পান খাওয়ার প্রবণতা বাড়তে থাকে যা গ্রামীণ ও শহর এলাকার সাইটে ৫০ শতাংশ মহিলার মধ্যে দেখা যায় (চিত্র-১ দেখুন)।

গ্রামীণ এলাকার সার্ভেইল্যান্স সাইটে দেখা যায়, সবচেয়ে দরিদ্র ও কম দরিদ্র, এই দুই শ্রেণীর মধ্যে পার্থক্য সামান্য - শুধু সবচেয়ে কম দরিদ্রদের মধ্যে তামাক পাতা এবং/অথবা পান খায় এমন অংশগ্রহণকারীর সংখ্যা কম। দারিদ্র্যের সাথে সাথে পার্থক্য শহর এলাকায় অনেক বেশি প্রত্যক্ষ হয় এখানে দরিদ্রতম জনগোষ্ঠীর মহিলাদের ৪৬ শতাংশ সাক্ষাতকারের সময় পান ও তামাক পাতা খায় বলে জানায়, যেখানে সবচেয়ে কম দরিদ্র জনগোষ্ঠীর মহিলাদের মধ্যে এর হার ছিলো ১৪ শতাংশ (চিত্র-২ দেখুন)।

যদিও গ্রামীণ এলাকায় তামাক পাতা এবং পান খাওয়ার ব্যাপকতা সামান্য বেশি, শহর এলাকার অংশগ্রহণকারীরা গ্রামীণ এলাকার অংশগ্রহণকারীদের তুলনায় বেশিবার তামাক পাতা বা পান খায়, শহর এলাকায় দৈনিক গড়ে ৭.৭ বার তামাক পাতা এবং পান খায় এবং গ্রামীণ এলাকায় দৈনিক গড়ে ৭.৪ বার খেয়ে থাকে। গ্রামীণ মহিলারা গ্রামের পুরুষদের চেয়ে বেশিবার তামাক পাতা ও পান খায় কিন্তু শহর এলাকায় এর বিপরীত অবস্থা বিরাজমান। দারিদ্র্যের জন্য কোন স্পষ্ট পার্থক্য দেখা যায়নি।

মাল্টিভ্যারিয়েট বিশ্লেষণের ফলাফলে দেখা গেছে, পুরুষ শ্রেণী, দারিদ্র্য, শিক্ষার স্বল্পতা এবং শহর এলাকায় বসবাস এসব

উপাদানগুলো ধূমপানের ব্যাপকতার ওপর সরাসরি প্রভাব ফেলে। ধোঁয়াবিহীন তামাক সেবনের ক্ষেত্রে সরাসরি প্রভাব বিস্তারকারী উপাদানগুলো হচ্ছে মহিলা শ্রেণী, বার্ধক্য, শিক্ষার স্বল্পতা, দারিদ্র্য এবং শহর এলাকায় বসবাস। আগেও বলা হয়েছে, ধূমপানের প্রবণতা প্রধানত পুরুষদের মধ্যে প্রবল এবং ধোঁয়াবিহীন তামাক সেবনের হার মহিলাদের মধ্যে বেশি।

ধূমপান হ্রাস বা বন্ধের জন্য প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণ করার ক্ষেত্রে দরিদ্র, যুব সমাজ এবং স্বল্প শিক্ষিত মানুষদের প্রতি বিশেষ লক্ষ্য রাখতে হবে। ধোঁয়াবিহীন তামাক এবং তামাকজাতদ্রব্য সেবন প্রতিহত করতে মহিলাদের প্রতি লক্ষ্য রাখা উচিত। গ্রামীণ ও শহর এলাকায় ধূমপানের ব্যাপকতায় পার্থক্যের কারণ খুঁজে বের করতে হবে এবং ধূমপান রোধের জন্য উপযোগী পরীক্ষিত পদ্ধতিগুলো কিভাবে বাস্তবায়ন করা যায়, তা বের করতে হবে।

যেসব দেশ দ্য ফ্রেমওয়ার্ক কনভেনশন অন টোব্যাকো কন্ট্রোলকে স্বীকৃতি প্রদান করেছে তাদের মধ্যে বাংলাদেশই প্রথম। এর পরিপ্রেক্ষিতে ২০০৯ সালের মে মাস থেকে ধূমপান ও তামাকজাত দ্রব্যের ব্যবহার (নিয়ন্ত্রণ) নীতি ২০০৫ এর প্রচলন হয়। এই নতুন নীতির ফলাফল জানার জন্য এখনো কোনো জরিপ পরিচালিত হয়নি। এছাড়াও, নীতিতে উল্লেখিত বাস্তবায়ন পন্থাগুলোরও মূল্যায়ন করা প্রয়োজন, যাতে আইনটির কার্যকারীতা নিশ্চিত করার জন্য বাস্তবায়ন প্রক্রিয়ার সংশোধন করা যায়। সবচেয়ে জনপ্রিয় সিগারেট ব্র্যান্ডের ওপর বর্তমানে ৬৭ শতাংশ কর ধার্য করা হয়ে থাকে যা বিশ্বব্যাংকের সুপারিশকৃত হারের চেয়ে এখনো কম। তদুপরি, তামাকপণ্যের বিজ্ঞাপনের ওপর নিষেধাজ্ঞাও অসম্পূর্ণ, কারণ এখানে পয়েন্ট অফ সেল, ইন্টারনেটের মাধ্যমে প্রচারণামূলক উপহার সামগ্রীর মাধ্যমে বিজ্ঞাপন করা হয়ে থাকে। এছাড়াও, কিছু নির্ধারিত এলাকা, অফিস, রেঁস্তোরা এবং যানবাহনে ধূমপান এখনো অনুমোদিত। সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ বিষয় হলো, জাতীয় তামাক নিয়ন্ত্রণ ইউনিট-এ মাত্র দুজন কর্মী কাজ করে এবং এর আর্থিক অবস্থাও বেশি ভালো নয়। এর বাৎসরিক বাজেট প্রায় ৫০,০০০ মার্কিন ডলার।

বাংলাদেশে ক্রনিক ডিজিজের জন্য চিকিৎসা সেবা গ্রহণ করার প্রবণতা

সারাবিশ্বে ক্রনিক ডিজিজের ব্যাপকতা ক্রমান্বয়ে বৃদ্ধি পাচ্ছে, এমনকি কর্মজীবী জনগোষ্ঠীর মধ্যেও এরোগগুলো দেখা যাচ্ছে। ২০০৫ সালে বিশ্বব্যাপী মোট মৃত্যুর ৬০ শতাংশের জন্য ক্রনিক ডিজিজগুলো দায়ী এবং ৪৩ শতাংশ মৃত্যু ঘটে ৭০ বছর বয়সের নিচে। এধরনের অকালমৃত্যুর অনেকাংশই প্রতিহত করা যেতো। এছাড়াও, অনিয়ন্ত্রিত ক্রনিক ডিজিজ এর ডিজঅ্যাবিলিটি অ্যাডজাস্টেড লাইফ ইয়ারস-এর ওপর নেতিবাচক প্রভাব ফেলে এবং ব্যক্তি, পরিবার এবং পুরো দেশের জনশক্তি ও অর্থনীতির ওপর চাপ সৃষ্টি করে। ২০০২ সালে বাংলাদেশের মোট মৃত্যুর ৪৪ শতাংশ ঘটে ক্রনিক ডিজিজজনিত কারণে (মোরাবিয়া ২০০৬)। বাংলাদেশের গ্রামীণ এলাকা মতলবে আঘাত এবং দুর্ঘটনা ছাড়া অসংক্রামক রোগের কারণে মৃত্যুর হার ১৯৮৬ সালের হিসাব অনুযায়ী ৮ শতাংশ থেকে বৃদ্ধি পেয়ে ২০০৬ সালে ৬৮ শতাংশ হয় (কারার ২০০৯)। এই মহামারীতাত্ত্বিক পরিবর্তনের কারণে বাংলাদেশের অর্থনীতি, স্বাস্থ্যসেবা ব্যবস্থা এবং সমাজের ওপর ব্যাপক প্রভাব পড়ছে। এই মহামারীর প্রভাব হ্রাস করতে স্বাস্থ্যসংশ্লিষ্ট পরিমন্ডলে একটি বড় মাপের জনশক্তির প্রয়োজন।

এমবিবিএস ডাক্তার, নার্স ও টেকনিশিয়ানদের চরম ঘাটতি এবং সেইসাথে এসব পেশাজীবীদের প্রশিক্ষণের সীমিত সুযোগ বাংলাদেশে সরকারী স্বাস্থ্যখাতে পর্যাপ্ত জনশক্তির অভাব সৃষ্টি করেছে। সামর্থ্যে কুলায় এমন স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করার জন্য বেশিরভাগ বাংলাদেশী ঘরোয়া বেসরকারী খাত, বিশেষত লাইসেন্সবিহীন অ্যালোপ্যাথিক স্বাস্থাসেবাদানকারীর কাছে যায়। ওষুধ বিক্রেতা এবং গ্রাম ডাক্তাররা এই শ্রেণীর অন্তর্ভুক্ত। বাংলাদেশীরা এমবিবিএস চিকিৎসকদের সেবার সর্বোচ্চ স্তর হিসেবে গণ্য করে, কিন্তু তাদের সামর্থ্যের বাইরে এবং সহজলভ্য নয় বলে ধারণা করে। সাংস্কৃতিক বৈষম্য, শিক্ষা, অর্থনীতি, জেন্ডার এবং যোগাযোগসংশ্লিষ্ট বাধাও স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণকারীদের ঘরোয়া বেসরকারী খাত থেকে চিকিৎসাসেবা নেওয়ার ব্যাপারে প্রভাবিত করে।

বাংলাদেশে এই মহামারীর তীব্র ব্যাপকতার সম্ভাবনা থাকলেও এখানে কেবলমাত্র অল্প কিছু গবেষণা পরিচালিত হয়েছে এবং জাতীয় পর্যায়ে প্রতিনিধিত্বকারী তথ্যও অপর্যাপ্ত। এই সমস্যার মোকাবিলা করার জন্য কার্যকর স্বাস্থ্যনীতি প্রনয়ণ করতে চিকিৎসাসেবা গ্রহণের প্রবণতা-সংক্রান্ত তথ্য সংগ্রহ করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। এই গবেষণায় ক্রনিক ডিজিজের জন্য স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের প্রবণতা সংক্রান্ত তথ্যের এই অভাব পূরণের লক্ষ্যে বাংলাদেশের শহুরে এবং গ্রামীণ পটভূমিতে সেবাগ্রহণকারীদের সেবাগ্রহণের প্রবণতা এবং ক্রনিক ডিজিজ নির্ণয়ের ক্ষেত্রে প্রভাববিস্তারকারী উপাদানগুলো অনুসন্ধান করা হয়েছে।

আইসিডিডিআর,বি-র তিনটি হেলথ অ্যান্ড ডেমোগ্রাফিক সার্ভেইল্যান্স সাইটে এই গবেষণাটি পরিচালিত হয়েছে। বাংলাদেশের দক্ষিণ-পশ্চিমে অবস্থিত গ্রামীণ এলাকা অভয়নগর, দক্ষিণ-পূর্বে অবস্থিত আরেকটি গ্রামীণ সাইট মীরসরাই এবং ঢাকার শহুরে সাইট কমলাপুরে বসবাসকারী ২৫ বছর বয়সী বা তদুর্ধ্ব মোট ৩২,৬৬৫ জন পুরুষ ও মহিলা এই গবেষণায় অংশগ্রহণ করেন। প্রতিটি সাইটে দুই মাস ধরে তথ্য সংগ্রহ করা হয়। সার্ভেইল্যান্সের পূর্ববর্তী তথ্য থেকে অংশগ্রহণকারীদের আর্থ-সামাজিক অবস্থা সম্পর্কে বিভিন্ন তথ্যও সংগ্রহ করা হয়।

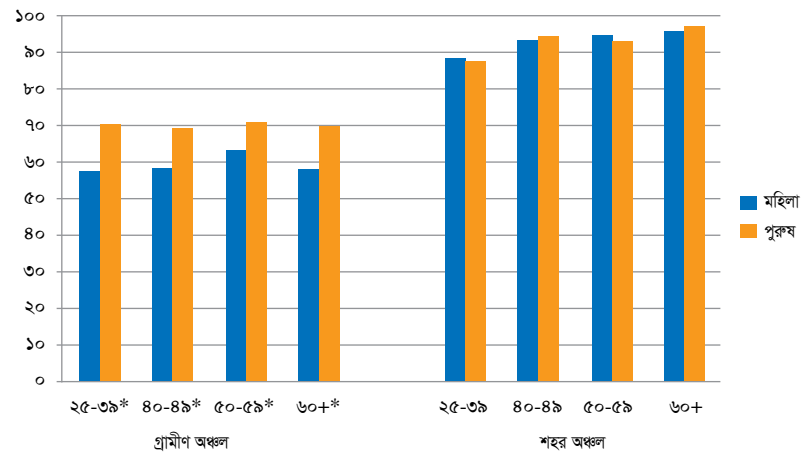
স্বাস্থ্যসেবাদানকারীদের এমবিবিএস চিকিৎসক (সাধারণ চিকিৎসক ও বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক), অন্যান্য ডিগ্রীধারী এলোপ্যাথিক স্বাস্থ্যসেবাদানকারী, লাইসেন্সবিহীন এলোপ্যাথিক স্বাস্থ্যসেবাদানকারী এবং এলোপ্যাথিক ছাড়া অন্য ধরনের স্বাস্থ্যসেবাদানকারী, এসব ভাগে বিভক্ত করা হয়। অন্যান্য ডিগ্রীধারী এলোপ্যাথিক সেবাদানকারীদের মধ্যে নার্স,

স্বাস্থ্যকর্মী এবং প্যারামেডিক অন্তর্ভুক্ত। লাইসেন্সবিহীন স্বাস্থ্যসেবাদানকারীদের মধ্যে গ্রামডাক্তার ও ওষুধ বিক্রেতা এবং এলোপ্যাথিক ছাড়া অন্য ধরনের স্বাস্থ্যসেবাদানকারীর মধ্যে কবিরাজ/পীর-ফকির এবং হোমিওপ্যাথ চিকিৎসক অন্তর্ভুক্ত।

মোট ৩২,৬৬৫ জন উত্তরদাতার মধ্যে ৮,৫৯১ জন তাদের ক্রনিক ডিজিজ আছে বলে জানায় এবং এদের মধ্যে মহিলা ও গ্রামীণ এলাকার অধিবাসীদের সংখ্যা বেশি। তথ্যপ্রদানকারীদের গড় বয়স ছিলো ৪৮.৭ বছর এবং শিক্ষাগ্রহণের গড় সময় ছিলো ৪.৮ বছর। তথ্যদাতাদের মধ্যে ৩৭.৫ শতাংশের কোনো শিক্ষাই ছিলো না এবং ১২.১ শতাংশের মাধ্যমিকের বেশি শিক্ষা ছিলো (১০ বছরের বেশি)। জরীপের ফলাফলে দেখা গেছে ক্রনিক ডিজিজ আছে বলে নিজেরা জানিয়েছে এমন তথ্যপ্রদানকারীদের মধ্যে দরিদ্রতমদের হার সবচেয়ে কম দরিদ্রদের তুলনায় কম; দরিদ্রতমদের হার ১০.৩ শতাংশ এবং সবচেয়ে কম দরিদ্রদের হার ৩৫ শতাংশ।

তথ্যপ্রদানকারীদের নিজেদের জানানো ক্রনিক অবস্থাগুলোর মধ্যে উচ্চরক্তচাপের ব্যাপকতা সবচেয়ে বেশি দেখা যায়, যা ২২.৭ শতাংশ। এরপর আছে এনজিনা (৮.৬ শতাংশ) এবং ডায়াবেটিস (৭.৬ শতাংশ)। গবেষণায় আরো দেখা গেছে ডিসলিপিডিয়া (৮৮.১ শতাংশ), হার্ট অ্যাটাক (৭৪.৬ শতাংশ) এবং স্থূলতা (৭১.৪ শতাংশ) এই অবস্থাগুলোও অন্যান্য ক্রনিক অবস্থার সাথে আছে বলে উত্তরদাতারা নিজেরাই জানায়। বেশিরভাগ ক্ষেত্রেই অসুস্থতাটি এমবিবিএস ডিগ্রীধারী চিকিৎসক নির্ণয় করেন বলে উত্তরদাতারা জানায় - বিশেষত ডিসলিপিডিমিয়া, স্থূলতা এবং হার্ট অ্যাটাক। রোগ নির্ণয়ের ক্ষেত্রে দ্বিতীয় স্থানে আছে লাইসেন্সবিহীন এলোপ্যাথিক স্বাস্থ্যসেবাদানকারীরা এবং তারা সাধারণত উচ্চরক্তচাপ, হাঁপানী ও মুখের ক্যান্সার নির্ণয় করে থাকেন। অন্যান্য ধরনের স্বাস্থ্যসেবাদানকারীদের ভূমিকা রোগ নির্ণয়ের ক্ষেত্রে খুবই কম; তবে হাঁপানী নির্ণয়ে এলোপ্যাথিক ছাড়াও অন্যান্য ধরনের স্বাস্থ্যসেবাদানকারীদের ভূমিকা তুলনামূলকভাবে অনেক বেশি।

চিত্র - ১: বয়সের শ্রেণীবিন্যাসভেদে এমবিবিএস চিকিৎসকের কাছে গিয়ে সেবাগ্রহণের প্রবণতা



* লিঙ্গভেদে বৈষম্য পরিসংখ্যানগত দিক থেকে তাৎপর্যপূর্ণ ছিল $p<.01$

সবচেয়ে দরিদ্র ছাড়া অন্য সব আর্থসামাজিক শ্রেণীতেই রোগ নির্ণয়ের ক্ষেত্রে তথ্যপ্রদানকারীরা সবচেয়ে বেশি যায় এমবিবিএস চিকিৎসকদের কাছে এবং তার পরবর্তী অবস্থানে আছে গ্রাম ডাক্তার এবং ওষুধ বিক্রেতারা। সবচেয়ে দরিদ্র তথ্যদাতারা রোগ নির্ণয়ের জন্য এমবিবিএস ডাক্তারদের (৪৫.৭ শতাংশ) তুলনায় লাইসেন্সবিহীন এলোপ্যাথিক স্বাস্থ্যসেবাদানকারী অর্থাৎ গ্রাম ডাক্তার ও ওষুধ কিক্রেতাদের কাছে (৪৬.৭ শতাংশ) বেশি যায় । অন্যান্য ধরনের স্বাস্থ্যসেবাদানকারীদের সব শ্রেণীর রোগ নির্ণয়ে সামান্য ভূমিকা পালন করে। গ্রামীণ এলাকার অধিবাসী এবং মহিলাদের তুলনায় শহরে বসবাসকারী এবং পুরুষ সেবাগ্রহণকারীরা এমবিবিএস চিকিৎসকদের কাছে বেশি যায়। শিক্ষা বৃদ্ধি এবং দারিদ্র্য হ্রাসের সাথে সাথে এমবিবিএস চিকিৎসকের কাছে যাওয়ার প্রবণতা বৃদ্ধি পায়, আবার ৬০ বছর পার হওয়ার পর এই প্রবণতা কমে যায়।

এমবিবিএস চিকিৎসকের কাছ থেকে স্বাস্থ্যসেবা নেওয়ার ক্ষেত্রে শহর এবং গ্রামে বড় ধরণের বৈষম্য দেখা যায়। চিত্রে দেখা যাচ্ছে, গ্রামে লিঙ্গভেদে একটি স্পষ্ট বৈষম্য বিরাজমান, যেখানে মহিলারা বেশি বঞ্চিত হয়। অন্যদিকে, শহরে লিঙ্গভেদে বৈষম্য প্রায় নেই বললেই চলে। বয়স, শিক্ষা ও দারিদ্র্যের অবস্থার স্তর বিন্যাস করে এই একই ধারার সঙ্গতি দেখা যায়। বয়সের শ্রেণীবিন্যাস অনুযায়ী লিঙ্গভেদে ও শহর/গ্রামভেদে বৈষম্যের ধারা দেখানো হয়েছে (চিত্র - ১) ।

লাইসেন্সবিহীন এলোপ্যাথিক স্বাস্থ্যসেবাদানকারীরা ক্রনিক ডিজিজের চিকিৎসায় একটি বড় ভূমিকা পালন করে। জনসংখ্যার তুলনায় চিকিৎসকের অভাব, বিশেষত গ্রামীণ এলাকায় স্বাস্থ্যসেবার ক্ষেত্রে একটি বড় ধরণের চাহিদার সৃষ্টি করেছে এবং এই স্বাস্থ্যসেবাদানকারীরা যারা এমবিবিএস ডিগ্রীধারী চিকিৎসকের কাছে যেতে পারে না তাদের সেবাদানের মাধ্যমে এগিয়ে এসেছে, যদিও বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসংশ্লিষ্ট পরিমন্ডলে চলমান বৈষম্যের স্থায়ী সমাধান হবে না, তবে এদের জ্ঞান, আচরণ ও কাজের মানোন্নয়নের মাধ্যমে এই বৈষম্যের কারণে সৃষ্ট সমস্যা কিছুটা দূর করা যায়। ক্রনিক ডিজিজের ক্ষেত্রে এই বিষয়ে বিশেষ নজর দেওয়া প্রয়োজন, কারণ এই সমস্যাটিকে এখনো অনেক কম গুরুত্ব দেওয়া হয়েছে। ক্রনিক ডিজিজের সঠিক চিকিৎসার জন্য একটানা চিকিৎসা সেবাদান করা প্রয়োজন। লাইসেন্সবিহীন এসব স্বাস্থ্যসেবাদানকারীরা ইতোমধ্যেই রোগনির্ণয় ও চিকিৎসা প্রদান করছে এবং তাদেরকে আরো নিয়মিতভাবে রোগের পরীক্ষা-নিরীক্ষা ও চিহ্নিতকরণে সক্ষম করে তোলার জন্য তারা বেশ উপযোগী অবস্থায় আছে। এদের উপযুক্ত ব্যবহার বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসেবা খাতের উন্নয়নে একটি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ পদক্ষেপ হিসেবে প্রমাণিত হবে।

আইসিডিডিআর,বি-র কর্মীবৃন্দ সুস্থতর জীবনযাপনের প্রচারণা করছে!

আইসিডিডিআর,বির দ্য সেন্টার ফর কন্ট্রোল অফ ক্রনিক ডিজিজেস ইন বাংলাদেশ (সিসিসিডিবি) ৬ এপ্রিল কর্মীমঙ্গল সংস্থা (সোয়া)-র সহযোগিতায় বিশ্ব শরীরচর্চা দিবস উদযাপন করেছে। গত বছরের মতো এবছরও একটি বর্ণাঢ্য র‍্যালী ও একটি অ্যারোবিক শরীরচর্চা সেশনের আয়োজন করা হয় এবং একটি কর্মঠ ও সুখী জীবনের জন্য একত্রিত হওয়ার আহ্বান জানিয়ে প্রণীত এ বছরের প্রতিপাদ্য বিষয় নিয়ে সিসিসিডিবি বিশেষ ডিজাইন-সম্বলিত পোষ্টার, ব্যানার, ফেস্টুন, টি-শার্ট এবং টুপি তৈরি করে।

বিশ্ব শরীরচর্চা দিবসটির সূচনা করে ব্রাজিলের এজিটা মুন্ডো। সুস্বাস্থ্য রক্ষার জন্য শরীরচর্চাকে একটি অপরিহার্য উপাদান হিসেবে তুলে ধরার প্রয়াসে এটি একটি বিশ্বব্যাপী প্রচারণা। এজিটা মুন্ডো নেটওয়ার্ক স্বাস্থ্য-বিষয়ক গবেষণা ও শরীরচর্চার স্বাস্থ্যসংশ্লিষ্ট উপকারিতার প্রচারণাকে অনুপ্রেরণা যোগায়, শরীরচর্চা ও স্বাস্থ্যসম্পর্কিত ইতিবাচক দিকগুলো তুলে ধরে এবং জাতীয় ও স্থানীয় বিভিন্ন কর্মসূচী ও নেটওয়ার্কে শরীরচর্চার বিষয়টিকে উন্নীত করতে সহযোগিতা প্রদান করে।

৬ এপ্রিল সকালে আইসিডিডিআর,বি-র কর্মীগণ র‍্যালীতে অংশগ্রহণ করার জন্য ঢাকার মহাখালীতে কেন্দ্রের প্রধান কার্যালয় প্রাঙ্গণে মিলিত হন। সকাল ৯টায় মহাখালী প্রাঙ্গণ থেকে র‍্যালী যাত্রা শুরু করে দ্রুতলয়ে হেঁটে বনানীর টি অ্যান্ড টি খেলার মাঠ ঘুরে আবার আইসিডিডিআর,বি প্রাঙ্গণে ফিরে আসে। র‍্যালীতে অংশগ্রহণকারীরা সুস্থ্য জীবনযাপনের জন্য নিয়মিত শরীরচর্চার অভ্যাস গড়ে তোলার আহবান জানিয়ে শ্লোগান দেয়। এরপর আইসিডিডিআর,বি-র কর্মীদের অংশগ্রহণে একটি প্রাণবন্ত অ্যারোবিক শরীরচর্চা সেশন আয়োজিত হয়। শরীরচর্চা সেশন শেষে এতে অংশগ্রহণকারীরা অ্যারোবিক এবং শরীরচর্চার বিভিন্ন উপকারিতা নিয়ে আলোচনা করে এবং একটি প্রশ্নোত্তর পর্ব অনুষ্ঠিত হয়।

সিসিসিডিবি-র প্রধান অধ্যাপক লুই উইলহেলমাস নিসেন এবং আইসিডিডিআর,বির কর্মীমঙ্গল সংস্থার সভাপতি ফারজানা শাহনাজ মজিদ অনুষ্ঠানে উৎসাহব্যঞ্জক বক্তব্য পেশ করেন।

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থ্যার তথ্য অনুযায়ী, অন্যান্য উন্নয়নশীল দেশের মতো বাংলাদেশও জনসংখ্যা এবং মহামারীতাত্ত্বিক পরিবর্তনের দ্বিমুখী ঝুঁকিতে রয়েছে। তেইশটি উন্নয়নশীল দেশের পরিস্থিতি পর্যালোচনা করে দেখা গেছে, বাংলাদেশ বয়সভিত্তিক মৃত্যুহারের দিক থেকে নবম স্থানে রয়েছে, যার কারণ বিভিন্ন ক্রনিক ডিজিজ, বিশেষত হৃদরোগ ও ডায়াবেটিস (অ্যাবিগান্ড ডি এবং অন্যান্য ২০০৭)। বাংলাদেশ পরিসংখ্যান ব্যুরো (বিবিএস)-এর ২০০৭ সালের হিসাব অনুযায়ী, বাংলাদেশে মোট মৃত্যুর ৫১ শতাংশ ঘটে অসংক্রামক রোগ ও অন্যান্য ক্রনিক স্বাস্থ্য সমস্যাজনিত কারণে এবং স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের ২০০৭ সালের হিসাব অনুযায়ী, বাংলাদেশের মেডিকেল কলেজগুলোতে পরিচালিত সাম্প্রতিক এক গবেষণায় দেখা যায় যে, ৩০ বছরের বেশি বয়সী ভর্তি-হওয়া রোগীদের মধ্যে এক-তৃতীয়াংশের হাসপাতালে ভর্তির কারণ প্রধান প্রধান অসংক্রামক রোগ।

হৃদরোগ, উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, অস্টিওপোরোসিস, হাঁপানী এবং স্থূলতার মতো ক্রনিক স্বাস্থ্যসংশ্লিষ্ট সমস্যা প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণে শরীরচর্চা খুবই প্রয়োজনীয়। গবেষণায় দেখা গেছে, শরীরচর্চা রক্তের শর্করা, রক্তচাপ এবং অপকারী কোলেস্টেরল কমাতে সাহায্য করে। এছাড়াও, শরীরচর্চা হৃদরোগ ও স্ট্রোকের ঝুঁকি কমায়, হৃৎপিন্ড ও হাড়গুলোকে শক্তিশালী রাখে, মানসিক ও শারীরিক চাপ কমায় এবং এর ফলে কর্মশক্তি বৃদ্ধি পায় এবং স্বাস্থ্য আরো উন্নত হয়।

অ্যানুয়াল সায়েন্টিফিক কনফারেন্স-এ অসংক্রামক রোগের ওপর আলোকপাত

আইসিডিডিআর,বি ১৪-১৭ মার্চ ২০১১ ঢাকার প্যান প্যাসিফিক সোনারগাঁও-এ ত্রয়োদশ অ্যানুয়াল সায়েন্টিফিক কনফারেন্স (অ্যাসকন) এর আয়োজন করে। এই সম্মেলনে ক্রনিক অসংক্রামক রোগের ওপর কয়েকটি আলোচনা সভা এবং বৈজ্ঞানিক সেমিনার অনুষ্ঠিত হয়।

ইউনাইটেডহেলথ গ্লোবাল ক্রনিক ডিজিজ ইনিশিয়েটিভের পরিচালক ডাঃ রিচার্ড এস ডব্লিউ স্মিথ-এর সভাপতিত্বে অনুষ্ঠিত প্রথম আলোচনা সভাটির বিষয়বস্তু ছিলো স্বল্প ও মাঝারী আয়ের দেশগুলোতে অসংক্রামক রোগের জন্য ইউনিভার্স্যাল হেলথ কভারেজ। আন্তর্জাতিক ও জাতীয় পর্যায়ের বিশেষজ্ঞগণ এতে নিজ নিজ দেশের আলোকে তাঁদের অভিজ্ঞতা তুলে ধরেন।

আর্জেন্টিনার বুয়েন্স আয়ার্সে অবস্থিত ইনস্টিটিউট ফর ক্লিনিক্যাল ইফেক্টিভনেস অ্যান্ড হেলথ পলিসির অধ্যাপক অ্যাডল্ফ রুবিনস্টেইন বিভিন্ন উদাহরণের মাধ্যমে আর্জেন্টিনায় ইউনিভার্সেল হেলথ কভারেজের বর্তমান অবস্থা তুলে ধরেন। বেশিরভাগ মানুষই অসংক্রামক রোগের চিকিৎসা করানোর পক্ষে বেশি দরিদ্র কিনা সে বিষয়ে আলোচনা করেন অধ্যাপক ডেভিড ড্রর। অধ্যাপক ড্রর ভারতের নয়াদিলীতে অবস্থিত মাইক্রো ইন্স্যুরেন্স কোম্পানীর চেয়ারম্যান ও ব্যবস্থাপনা পরিচালক। এছাড়াও তিনি হল্যান্ডের রটারড্যামে ইরাসমাস ইউনিভার্সিটির ইনস্টিটিউট অফ হেলথ পলিসি অ্যান্ড ম্যানেজমেন্ট-এর সাথে সংযুক্ত।

বাংলাদেশ থেকে অধ্যাপক হাজেরা মাহতাব টাইপ-টু ডায়াবেটিসের ওপর বিশেষ গুরুত্ব দিয়ে বাংলাদেশে অসংক্রামক রোগের ব্যাপকতা নিয়ে আলোচনা করেন। তিনি ঢাকার বারডেমে মেডিসিন অ্যান্ড এন্ডোক্রাইনোলজি বিভাগের অধ্যাপক। ডাঃ রিচার্ড স্মিথের পরিচালনায় একটি প্রাণবন্ত ফিস বোল সেশনের মধ্য দিয়ে আলোচনা সভাটি শেষ হয়।

সম্মেলনের আরেকটি আলোচনা সভার বিষয়বস্তু ছিলো স্বল্প সম্পদবিশিষ্ট দেশগুলোতে অসংক্রামক রোগ-সংক্রান্ত কর্মসূচিগুলোর বাস্তবায়ন। বাংলাদেশের একজন স্বনামধন্য হৃদরোগ বিশেষজ্ঞ জাতীয় অধ্যাপক ব্রিগেডিয়ার (অবঃ) আব্দুল মালিক আলোচনা সভাটিতে সভাপতিত্ব করেন এবং ডাঃ রিচার্ড এস ডব্লিউ স্মিথ এতে সহ-সভাপতিত্ব করেন।

আফ্রিকার ক্রনিক ডিজিজ ইনিশিয়েটিভ এবং দক্ষিণ আফ্রিকার ইউনিভার্সিটি অফ কেপ টাউনের ডায়াবেটিক মেডিসিন অ্যান্ড এন্ডোক্রাইনোলজী বিভাগ থেকে অধ্যাপক নাওমি (ডিংকি) লেভিট এই আলোচনা সভায় অংশগ্রহণ করেন। তিনি এই বিষয়ে দক্ষিণ আফ্রিকার পরিস্থিতির একটি বর্ণনা তুলে ধরেন এবং তাঁর অভিজ্ঞতাগুলো আলোচনা করেন। বাংলাদেশ ইনস্টিটিউট অফ হেলথ সায়েন্সেস-এর পরিচালক এবং হেলথ কেয়ার ডেভেলপমেন্ট প্রজেক্ট-এর নির্বাহী পরিচালক অধ্যাপক লিয়াকত আলী বাংলাদেশের হেলথ কেয়ার ডেভেলপমেন্ট প্রজেক্টের আলোকে উন্নয়নশীল দেশে টিকে থাকে এমন সার্বজনীন স্বাস্থ্যসেবা বিতরণের বিষয়ে আলোচনা করেন।

আইসিডিডিআর,বি-র ক্রনিক নন-কমিউনিকেবল ডিজিজেস ইউনিটের প্রধান ডঃ দেওয়ান শামসুল আলম জীবনযাত্রাকে প্রভাবিত করে এমন রোগ এবং এগুলো নিয়ন্ত্রণে গৃহীত বিভিন্ন পদক্ষেপ সম্পর্কে আলোচনা করেন। বাংলাদেশে জিআইজেড-এর প্রিন্সিপাল অ্যাডভাইজার ড. অ্যান্ড্রি নিগ সরকারি স্বাস্থ্যসেবা বিতরণ ব্যবস্থায় বেসরকারি খাতের ভূমিকার ওপর আলোচনা করেন। তিনি স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় এবং ওয়েস্টার্ন মেরিন শিপইয়ার্ডের মধ্যে সরকারি-বেসরকারি সমন্বয়ের বিষয়ে আলোকপাত করেন। ডাঃ রিচার্ড স্মিথের পরিচালনায় দর্শকদের অংশগ্রহণে প্রাণবন্ত আরেকটি ফিশ বোল সেশনের মধ্য দিয়ে এই আলোচনা সভা শেষ হয়।

সম্মেলনে অসংক্রামক রোগের ওপর নন-কমিউনিকেবল ডিজিজেস অ্যান্ড লাইফস্টাইল ফ্যাক্টরস্ নামক একটি বৈজ্ঞানিক সেমিনার অনুষ্ঠিত হয়, যেখানে চারজন বক্তা ক্রনিক ডিজিজ এবং এর রিস্ক ফ্যাক্টরগুলো সম্পর্কে বিস্তারিত আলোচনা করেন।

ত্রয়োদশ অ্যানুয়াল সায়েন্টিফিক কনফারেন্স (অ্যাসকন)-এ সিসিসিডিবি-র গবেষণার প্রথম উপস্থাপনা

- উচ্চরক্তচাপঃ বাংলাদেশের গ্রামীণ অঞ্চলে চিকিৎসার সাথে সম্পৃক্ততা - একটি জনভিত্তিক গবেষণার ফলাফল। গবেষকবৃন্দ - **মাসুমা আক্তার খানম**, উইৎজি লিনদেবুম এবং ট্রেসি পেরেজ কোহ্‌লমুজ।
- বাংলাদেশে তামাক সেবনের বর্তমান ধারাঃ একটি জনভিত্তিক গবেষণার ফলাফল। গবেষকবৃন্দ - **ট্রেসি পেরেজ কোহ্‌লমুজ**, মাসুমা আক্তার খানম এবং উইৎজি লিনদেবুম ।
- ডায়াবেটিস ও উচ্চরক্তচাপের রোগীদের হাঁটার অভ্যাস গড়ে তোলা এবং তাদের জীবনযাত্রার পরিবর্তনের জন্য ক্লাব গঠনে সহায়তাঃ চকরিয়া থেকে লব্ধ অভিজ্ঞতা। গবেষকবৃন্দ - **আরিফুল মওলা**, শহীদুল হক, মিজানুর রহমান, মোহাম্মদ ইকবাল, এস.এম.এ. হানিফি এবং আব্বাস ভূঁইয়া।
- বাংলাদেশের শহরাঞ্চল ঢাকা ও গ্রামীণ অঞ্চল মতলবে প্রাপ্তবয়স্কদের মধ্যে অনির্ণিত ডায়াবেটিস এবং প্রাক-ডায়াবেটিসঃ পদক্ষেপ গ্রহণ করার মতো একটি জরুরী বিষয়। গবেষকবৃন্দ - **দেওয়ান এস. আলম**, শামীম এইচ. তালুকদার, মোহাম্মদ ইউনুস, ট্রেসি এল. কোহ্‌লমুজ, আলেহান্দ্রো ক্র্যাভিওটো এবং লুই ডব্লিউ. নিসেন।
- উচ্চরক্তচাপঃ বাংলাদেশে সেবাগ্রহণের প্রবণতা - একটি জনভিত্তিক গবেষণার ফলাফল। গবেষকবৃন্দ - **মাসুমা আক্তার খানম**, উইৎজি লিনদেবুম, জন পার এবং ট্রেসি কোহ্‌লমুজ।
- হাঁপানীর ব্যাপকতা এবং বাংলাদেশের শহর ও গ্রামীণ অঞ্চলে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের প্রবণতা। গবেষকবৃন্দ - **জন পার**, উইৎজি লিনদেবুম, মাসুমা আক্তার খানম এবং ট্রেসি পেরেজ কোহ্‌লমুজ।
- বাংলাদেশে শরীরচর্চার ধরনঃ একটি জনভিত্তিক গবেষণার ফলাফল। গবেষকবৃন্দ - **মাসুমা আক্তার খানম**, উইৎজি লিনদেবুম এবং ট্রেসি পেরেজ কোহ্‌লমুজ।
- বাংলাদেশে ফল ও শাক-সব্জী খাওয়ার প্রবণতাঃ একটি জনভিত্তিক গবেষণার ফলাফল। গবেষকবৃন্দ - **ট্রেসি পেরেজ কোহ্‌লমুজ**, মাসুমা আক্তার খানম এবং উইৎজি লিনদেবুম ।
- ক্রনিক ডিজিজের জন্য স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণের প্রবণতাঃ স্বাস্থ্যসেবাদানকারী নির্ধারণ। গবেষকবৃন্দ - **জন পার**, উইৎজি লিনদেবুম, মাসুমা আক্তার খানম এবং ট্রেসি পেরেজ কোহ্‌লমুজ ।
- বিপাক-সংক্রান্ত জটিলতাঃ বাংলাদেশের গ্রামীণ অঞ্চলে বয়স্ক মানুষদের মধ্যে এর ব্যাপকতা, এর সাথে সম্পৃক্ত উপাদানসমূহ এবং জীবনধারণের ওপর প্রভাব। গবেষকবৃন্দ - **মাসুমা আক্তার খানম**, চেংঝুয়ান কিউ, পিটার কিম স্ট্রিটফিল্ড, জরিনা নাহার কবির, অ্যাকে ওয়াহলিন এবং উইৎজি লিনদেবুম।
- বাংলাদেশের গ্রামীণ অঞ্চলে প্রাপ্তবয়স্কদের মধ্যে অনির্ণিত এবং অনিয়ন্ত্রিত উচ্চরক্তচাপঃ একটি কমিউনিটি-ভিত্তিক গবেষণার ফলাফল। গবেষকবৃন্দ - **মাসুমা আক্তার খানম**, উইৎজি লিনদেবুম এবং আব্দুর রাজ্জাক।
- বাংলাদেশের গ্রামীণ অঞ্চলে প্রাপ্তবয়স্কদের মধ্যে প্রি-হাইপারটেনশন এবং এর আভাস দানকারী উপাদান সমূহঃ একটি কমিউনিটি-ভিত্তিক গবেষণার ফলাফল। গবেষকবৃন্দ - **মাসুমা আক্তার খানম**, উইৎজি লিনদেবুম এবং আব্দুর রাজ্জাক।
- শীর্ষসংবাদঃ লাইসেন্সবিহীন এ্যালোপ্যাথিক স্বাস্থ্যসেবাদানকারীদের ক্রনিক ডিজিজ-সংক্রান্ত জ্ঞান, মনোভাব এবং রীতি-নীতি। গবেষকবৃন্দ - **জন পার**, উইৎজি লিনদেবুম, মাসুমা আক্তার খানম, তামান্না শারমীন, নাঈম সোবহান এবং ট্রেসি পেরেজ কোহ্‌লমুজ ।

সিসিসিডিবি সম্পর্কে বিস্তারিত জানতে ও এ নিউজলেটারের ব্যাপারে আপনার প্রতিক্রিয়া জানাতে যোগাযোগ করুন:

সেন্টার ফর কন্ট্রোল অফ ক্রনিক ডিজিজেস ইন বাংলাদেশ
আইসিডিডিআর,বি
জিপিও বক্স ১২৮, ঢাকা, বাংলাদেশ
ফোন: +৮৮০২৮৮৬০৫২৩-৩২, এক্সটেনশন: ২৫৩৯
ই-মেইল: cccdb@icddrb.org
ওয়েবসাইট: www.icddrb.org/chronicdisease

প্রফেসর আলেহান্দ্রো ক্র্যাভিওটো
প্রিন্সিপাল ইনভেস্টিগেটর
সেন্টার ফর কন্ট্রোল অফ ক্রনিক ডিজিজেস ইন বাংলাদেশ
acravioto@icddrb.org

প্রফেসর লুই উইলহেলমাস নিসেন
হেড
সেন্টার ফর কন্ট্রোল অফ ক্রনিক ডিজিজেস ইন বাংলাদেশ
niessen@icddrb.org

নাজরাতুন নাঈম মোনালিসা
ইনফরমেশন ম্যানেজার
সেন্টার ফর কন্ট্রোল অফ ক্রনিক ডিজিজেস ইন বাংলাদেশ
monalisa@icddrb.org

ডিজাইন ও পেইজ লে-আউট: মোহাম্মদ ইনামুল শাহরিয়ার, কমিউনিকেশন্স ইউনিট, আইসিডিডিআর,বি
মুদ্রণে: প্রিন্টলিংক প্রিন্টার্স