রিপোর্টিং হ্যান্ডবুক

পুষ্টি সন্ধান

শিশির মোড়ল

রিপোর্টিং হ্যান্ডবুক

পুষ্টি সন্ধান

শিশির মোড়ল

এই রিপোর্টিং হ্যান্ডবুকটি আমেরিকার জনগণের সদয় সমর্থন এবং ইউএসএইডের স্বাস্থ্য, সংক্রামক রোগ এবং পুষ্টি অফিস, বিশ্ব স্বাস্থ্য ব্যুরো এবং ইউএসএইড/বাংলাদেশ সমন্বয় চুক্তি নম্বর AID-OAA-A-12-00005-এর মাধ্যমে FHI 360 অধীনে FANTA III প্রকল্পের সহায়তায় তৈরি করা সম্ভব হয়েছে।

FHI 360 হ্যান্ডবুকটির বিষয়বস্তু ঠিক করেছে। এতে ইউএসএইড বা ইউএস সরকারের মতামতের প্রতিফলন নেই।

© ম্যানেজমেন্ট অ্যান্ড রিসোর্সেস ডেভেলপমেন্ট ইনিশিয়েটিভ (এমআরডিআই)

প্রকাশকাল : মার্চ ২০১৪

ISBN : 978-984-33-6594-1

অলংকরণ ও মুদ্রণ : ট্রান্সপারেন্ট

বাংলাদেশে মুদ্রিত

ম্যানেজমেন্ট অ্যান্ড রিসোর্সেস ডেভেলপমেন্ট ইনিশিয়েটিভ
৮/১৯ স্যার সৈয়দ রোড (৪র্থ তলা), ব্লক-এ, মোহাম্মদপুর, ঢাকা-১২০৭
ফোন : +৮৮-০২-৯১৩৪৭১৭, +৮৮-০২-৯১৩৭১৪৭
ই-মেইল : info@mrdibd.org, ওয়েবসাইট : www.mrdibd.org

বিষয়সূচি

ভূমিকা ০১

সংবাদপত্রে কী ছাপা হচ্ছে ০৫
কে লিখছেন ০৬
রিপোর্টার গুরুত্বপূর্ণ প্রতিবেদন কম লিখছেন ০৭

কিছু সাধারণ ভুল ১১
ঝালকাঠিতে উৎপাদিত লবণে আয়োডিনের অভাব ১২
জন্ম নেওয়া ৩০ শতাংশ নবজাতকই কম ওজনের ১৫
শিশুমৃত্যুর অন্যতম কারণ অপরিণত জন্ম ১৮
বিশুদ্ধ খাদ্য নিশ্চিত করতে পদক্ষেপ নেওয়ার আহ্বান ২১
কেশবপুরে পুষ্টি কর্নার চালু অনুষ্ঠানে হট্টগোল, আয়োজকরা তোপের মুখে ২২
দুর্গাপুরে শিশুদের জন্য পুষ্টিকণা-বিষয়ক কর্মশালা ২৩
Vitamin-enriched Rice- Field test delayed ২৪

পুষ্টি কী, অপুষ্টি কী ২৯
অপুষ্টি ৩১
অপুষ্টির কারণ ৩২
অপুষ্টির পরিণতি ৩৪
অপুষ্টির প্রকারভেদ ৩৫
দরকার জীবনব্যাপী সুরক্ষা ৩৫
দুই বছরের কম বয়সী শিশুর অপুষ্টি ৩৭
পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুর অপুষ্টি ৩৮
বয়ঃসন্ধিকালীন অপুষ্টি ৩৯
গর্ভকালীন অপুষ্টি ৪০
এক হাজার দিন ৪০
পুষ্টি কেন সাংবাদিকের কাছে গুরুত্বপূর্ণ ৪২

পুষ্টি-পরিস্থিতি ৪৫
জন্মের সময় কম ওজন ৪৭
খর্বতা ৪৭
কৃশতা ৪৭
ওজনস্বল্পতা ৪৮
রক্তস্বল্পতা ৪৮
বয়ঃসন্ধিকালীন অপুষ্টি ৪৮

স্থূলতা ৪৮
মায়ের দুধ ৪৯
শালদুধ ৪৯
শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো ৪৯
পরিপূরক খাদ্য ৫০
অনুপুষ্টি-উপাদান ৫০

পুষ্টি উদ্যোগ ৫৭
সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচি ৫৯
জাতীয় ভিটামিন 'এ' প্লাস ক্যাম্পেইন ৬১
মাতৃদুগ্ধ দান কর্মসূচি ৬৩
শিশুবান্ধব হাসপাতাল উদ্যোগ ৬৪
শিশুর পুষ্টি সুরক্ষায় আইন ৬৪
পরোক্ষ পুষ্টি উদ্যোগ ৬৭
মাতৃত্বকালীন সুরক্ষা ৬৭

সরকার কী করছে ৭১
পাকিস্তান আমল ৭২
বাংলাদেশ আমল ৭২
বাংলাদেশ সমন্বিত পুষ্টি প্রকল্প (বিআইএনপি) ৭৪
জাতীয় পুষ্টি প্রকল্প (এনএনপি) ৭৫
জাতীয় পুষ্টিসেবা (এনএনএস) ৭৫
মূলধারায় যুক্ত করা ৭৮
বহু খাতভিত্তিক উদ্যোগ ৭৮

পরিসংখ্যানের ব্যবহার ৮৩

প্রতিবেদন করার জন্য বিষয় খোঁজা ৯১

সাংবাদিকের নৈতিকতা পুষ্টি সুরক্ষা দেবে ১০৩

পরিশিষ্ট ১০৭
পুষ্টি শব্দকোষ ১০৭
যোগাযোগের ঠিকানা ১৪৫
তথ্যসূত্র ১৫৩
মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশুখাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য ও উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদি (বিপণন নিয়ন্ত্রণ) আইন, ২০১৩ ১৫৫

ভূমিকা

দেশের অগ্রগতির জন্য পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নয়ন অপরিহার্য। বাংলাদেশে পাঁচ বছরের কম বয়সী দেড় কোটি শিশুর মধ্যে প্রায় ৬২ লাখ (৪১%) দীর্ঘস্থায়ী অপুষ্টির শিকার। এই অপুষ্ট শিশুদের মৃত্যুর ঝুঁকি, অসুস্থতা এবং সংক্রমণের ঝুঁকি বেশি। এদের শারীরিক বৃদ্ধি বিলম্বে হয়, মেধার ঘাটতি থাকে, বিদ্যালয়ে ফলাফল সন্তোষজনক হয় না এবং ঝরে পড়ার ঝুঁকিও বেশি। বাংলাদেশের পাঁচ বছর কম বয়সী শিশুদের মৃত্যুহার ১ হাজার জীবিত জন্মে ৫৩ জন—এদের ৪৫ শতাংশের মৃত্যুর কারণ বিভিন্ন ধরনের অপুষ্টি। অপুষ্টি মানবসম্পদ ও অর্থনৈতিক উৎপাদনের ভিতকে দুর্বল করে এবং সহস্রাব্দ উন্নয়ন লক্ষ্যের আটটির মধ্যে ছয়টি লক্ষ্যমাত্রা ও বিশ্ব স্বাস্থ্য সম্মেলনের লক্ষ্যমাত্রার অর্জনকে বিঘ্নিত করতে পারে। বাংলাদেশে পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতি হলে শিশুমৃত্যুর হার কমবে, বিদ্যালয়ে শিশুদের ফলাফল ভালো হবে এবং এর ফলে দেশের অর্থনৈতিক উৎপাদনশীলতা বাড়বে।

বাংলাদেশে মা ও শিশুর অপুষ্টিজনিত সমস্যা নিরসন করতে সচেতনতা বৃদ্ধি ও অ্যাডভোকেসি জোরদার করার ক্ষেত্রে গণমাধ্যমের ভূমিকা বিশেষ তাৎপর্য বহন করে। পুষ্টিবিষয়ক গভীরতাধর্মী ও ব্যাখ্যামূলক রিপোর্ট তৈরিতে সাংবাদিকদের সক্ষমতা বৃদ্ধির লক্ষ্যে ইউএসএআইডি-এর সহায়তায় ফানটা থ্রি, এফএইচআই৩৬০ প্রকল্পের আওতায় এমআরডিআই একটি উদ্যোগ বাস্তবায়ন করেছে।

পুষ্টির মতো একটি বিষয়ে রিপোর্ট করার জন্য বিষয়ভিত্তিক জ্ঞান, পরিভাষা জানা, তথ্য ও উপাত্ত বিশ্লেষণের দক্ষতা থাকা জরুরি। পুষ্টিবিষয়ক বিভিন্ন গবেষণাপত্র, প্রতিবেদন এবং পুষ্টিবিদের সাক্ষাৎকারের ভিত্তিতে গণমাধ্যমে রিপোর্ট করার জন্য এসব বিষয়ে রিপোর্টারের সঠিক ধারণা থাকা অপরিহার্য। বিষয়টি উপলব্ধি করেই 'পুষ্টি সন্ধান' শীর্ষক এই রিপোর্টিং হ্যান্ডবুকটি রচনা করা হয়েছে।

সাংবাদিকদের সামাজিক দায়িত্ব হিসেবে পুষ্টিবিষয়ক প্রতিবেদন লেখার কিছু যুক্তি আছে :

- পুষ্টির জন্য জবাবদিহি ও সুশাসনকে এগিয়ে নেওয়া।
- পুষ্টিবিষয়ক সরকারি কার্যক্রমের ওপর সার্বিকভাবে দৃষ্টি রাখা এবং মন্ত্রণালয়গুলোর কাজের সমন্বয় নিয়ে প্রতিবেদন করা।
- বাংলাদেশের নাগরিকদের, বিশেষ করে শিশুদের অধিকার নিশ্চিত করা।
- পুষ্টি বিষয়ে সচেতনতা সৃষ্টি করা।
- পুষ্টিসেবার চাহিদা তৈরি করা।

পুস্তকটি রচনা করতে গিয়ে একজন বিশেষজ্ঞ পত্রপত্রিকায় প্রকাশিত এবং অন্যান্য রিপোর্ট বিশ্লেষণ করে আলোচ্য বিষয় চিহ্নিত করেছেন। এসব বিষয়ের ভিত্তিতে বইটির খসড়া রূপরেখা রচিত হয়েছে। এরপর বিষয় বিশেষজ্ঞ এবং মিডিয়া বিশেষজ্ঞদের সমন্বয়ে গঠিত একটি প্যানেল বইটির খসড়া রূপরেখাটি পর্যালোচনা করে তাঁদের মতামত প্রদান করেছেন। এসব মতামতের ভিত্তিতে প্রয়োজনীয় সংযোজন ও সংশোধনের মাধ্যমে এই হ্যান্ডবুক চূড়ান্ত রূপ পেয়েছে।

পত্রিকায় প্রকাশিত কয়েকটি রিপোর্ট এই বইয়ে স্থান পেয়েছে। এসব রিপোর্ট নির্বাচনে এদের গুণাগুণ বা গুরুত্ব বিবেচনায় আনা হয়নি। শুধু উদাহরণ হিসেবে এগুলো উল্লেখ করা হয়েছে। রিপোর্টের নিচে এগুলোর ত্রুটি, সীমাবদ্ধতা ও কিছু পরামর্শ সংযোজিত হয়েছে। হ্যান্ডবুকের ব্যবহারকারী এসব পরামর্শ কাজে লাগাতে পারেন।

প্রথম আলোর বিশেষ প্রতিনিধি সাংবাদিক শিশির মোড়ল অনেক পরিশ্রম ও যত্ন করে হ্যান্ডবুকটি রচনা করেছেন। এজন্য তাঁকে আমাদের অশেষ ধন্যবাদ ও কৃতজ্ঞতা। বইয়ের রূপরেখা প্রণয়নে ও খসড়া পর্যালোচনা করে মূল্যবান পরামর্শ দিয়ে যাঁরা একে পূর্ণাঙ্গ রূপ দিতে সহায়তা করেছেন তাঁদের মাঝে রয়েছেন কবিতা সেতুরমন সিনিয়র এমসিএইচএন অ্যাডভাইজর, ফানটা থ্রি; তারা কোভাচ, এমসিএইচএন সোস্যাল অ্যান্ড টেকনিক্যাল অ্যাডভাইজর, ফানটা থ্রি; সুকান্ত গুপ্ত অলক, যুগ্ম সম্পাদক, দেশ টিভি; মুনিরা পারভীন, পিএইচডি, নিউট্রিশন প্রোগ্রাম অফিসার, বিশ্ব খাদ্য কর্মসূচি; শাহনাজ মুন্নী, বার্তা সম্পাদক, এটিএন বাংলা; রিয়াজ আহমেদ, অ্যাসাইনমেন্ট এডিটর, দ্য ডেইলি স্টার; বেলাল উদ্দিন, হেড অব অ্যাডভোকেসি অ্যান্ড পলিসি অ্যাফেয়ারস, অ্যালাইভ অ্যান্ড থ্রাইভ; তাসকীন চৌধুরী, এমসিএইচএন স্পেশালিস্ট—ট্রেনিং, ফানটা বাংলাদেশ। তাঁদের সবার প্রতি আমাদের সশ্রদ্ধ কৃতজ্ঞতা।

ফানটা বাংলাদেশ-এর কান্ট্রি ম্যানেজার ড. ফেরদৌসী বেগমের সার্বক্ষণিক পরামর্শ ও সহায়তা ছাড়া এই বই প্রকাশ করা সম্ভব হতো না। তাঁকে সকৃতজ্ঞ ধন্যবাদ। বইটির

প্রকাশনায় এমআরডিআই-এর কর্মীরা আন্তরিকভাবে কাজ করেছেন। এজন্য তাঁরাও প্রশংসার দাবিদার।

ফানটা বাংলাদেশ-এর কান্ট্রি ম্যানেজার ড. ফেরদৌসী বেগমের সার্বক্ষণিক পরামর্শ ও সহায়তা ছাড়া এই বই প্রকাশ করা সম্ভব হতো না। তাঁকে সকৃতজ্ঞ ধন্যবাদ। বইটির প্রকাশনায় এমআরডিআই-এর কর্মীরা আন্তরিকভাবে কাজ করেছেন। এজন্য তাঁরাও প্রশংসার দাবিদার।

সাংবাদিকদের জন্য এই হ্যান্ডবুক প্রকাশের সুযোগ দেওয়ায় এবং এর সঙ্গে সংশ্লিষ্ট সব কার্যক্রমে সহযোগিতার জন্য ইউএসএআইডি, ফানটা, এফএইচআই৩৬০-এর কাছে বিশেষভাবে কৃতজ্ঞ।

গণমাধ্যমে পুষ্টিবিষয়ক রিপোর্টিং এই হ্যান্ডবুক বিশেষভাবে সহায়ক হবে বলে আমাদের বিশ্বাস। এটি ব্যবহারের মাধ্যমে সাংবাদিকরা তাঁদের রিপোর্টের মান উন্নত করতে পারলেই আমাদের পরিশ্রম সার্থক হবে।

১

সংবাদপত্রে কী ছাপা হচ্ছে

সংবাদপত্রে কী ছাপা হচ্ছে

পুষ্টির বিষয় নিয়ে অনুসন্ধানী বা ব্যাখ্যামূলক প্রতিবেদন কিংবা সাদামাটা বিশেষ প্রতিবেদনও সংবাদপত্রে তুলনামূলকভাবে কম ছাপা হয়, দিনের ঘটনাভিত্তিক প্রতিবেদন সবচেয়ে বেশি ছাপা হয়। এগুলোকে ইভেন্ট বেজড বা ঘটনাভিত্তিক প্রতিবেদন বলা হয়। এর মধ্যে আছে : পুষ্টি নিয়ে সংবাদ সম্মেলন, সেমিনার, কর্মশালা, কোনো দিবস উদ্‌যাপন, গবেষণার ফল প্রকাশ, মন্ত্রিসভায় আইন অনুমোদন, সংসদে আইন পাস, গোলটেবিল বৈঠক ইত্যাদি। এসব ক্ষেত্রে রিপোর্টারকে 'অ্যাসাইন' করা হয় এবং রিপোর্টার তা 'কভার' করেন। কিছু ক্ষেত্রে আয়োজকদের পাঠানো সংবাদ বিজ্ঞপ্তি থেকে প্রতিবেদন তৈরি হয়। পরের দিন এগুলো সংবাদপত্রে ছাপা হয়।

দেখা যাচ্ছে, কিছু ঘটনা প্রায় সব সংবাদপত্র নিয়মিতভাবে কভার করে আসছে। এর মধ্যে আছে : ভিটামিন 'এ' প্লাস ক্যাম্পেইন, জাতীয় টিকা দিবস (এনআইডি), বিশ্ব মাতৃদুগ্ধ সপ্তাহ, নিরাপদ মাতৃত্ব দিবস, বিশ্ব স্বাস্থ্য দিবস, বিশ্ব হাতধোয়া দিবস, বিশ্ব নিউমোনিয়া দিবস—এ রকম আরো অনেক দিবস বা সপ্তাহ আছে যার খবর সংবাদপত্রের পাতায় স্থান পায়। এসব দিবস বা সপ্তাহ পালন উপলক্ষে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়, জাতিসংঘের কোনো সংস্থা বা বেসরকারি প্রতিষ্ঠান সেমিনার, গোলটেবিল বৈঠকের আয়োজন করে। প্রতিবেদক এগুলো কভার করেন। পরের দিন সংবাদপত্রে তা ছাপা হয়। লক্ষণীয় হলো, এসবের যদি আয়োজন করা না হতো, তা হলে হয়তো রিপোর্টও হতো না। অর্থাৎ এসব বিষয়ে রিপোর্ট হওয়ার পেছনে রিপোর্টারের নিজের হাত নেই। কিন্তু প্রবণতা হচ্ছে, সংবাদপত্রে এই ধরনের রিপোর্টই বেশি।

পুষ্টি-আলোচনায় অনুপুষ্টি-উপাদান (মাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট), শিশুপুষ্টি, শিশুবিকাশ, অপুষ্টি, শিশুস্বাস্থ্য, গর্ভাবস্থায় অপুষ্টি, শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো, ভিটামিনের অভাব, জন্মের সময় কম ওজন (লো বার্থ ওয়েট), পরিপূরক খাবার, পুষ্টিসমৃদ্ধ খাবারের প্রাপ্যতা, শিশুকে খাওয়ানো, বিকল্প শিশুখাদ্য, পুষ্টিসেবা, কিশোরী স্বাস্থ্য, স্বল্প ওজন (ওয়েট ফর এইজ), কৃশতা (ওয়েট ফর হেইট), খর্বতা (স্টান্টিং), মাতৃত্বকালীন ছুটি, শালদুধ—এসব বিষয়ই প্রাধান্য পায়। কিন্তু এই বিষয়গুলো নিয়ে রিপোর্টারদের নিজস্ব উদ্যোগে রিপোর্ট করতে কম দেখা যায়। এসব বিষয় নিয়ে পুষ্টিবিদ, বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক, শিশু বিশেষজ্ঞ, স্বাস্থ্য ও পুষ্টিসচেতন মানুষের লেখা সংবাদপত্রে বেশি ছাপা হচ্ছে।

খাদ্যনিরাপত্তা, খাদ্য উৎপাদন, খাদ্যের প্রাপ্যতা, খাদ্যমূল্য, খাদ্যাভ্যাস—এসবের সঙ্গে পুষ্টির সম্পর্ক ঘনিষ্ঠ। কিন্তু এসব বিষয়ে রিপোর্টার খুব কম প্রতিবেদন তৈরি করছেন। সংবাদপত্রে চাকরি বা কাজ করেন না, এমন মানুষই লিখছেন বেশি।

নিরাপদ খাদ্য ও খাদ্যে ভেজাল নিয়ে নাগরিক সমাজে বেশ আলোচনা চলছে। এর প্রতিফলন আছে সংবাদপত্রেও। এ নিয়ে সভা-সেমিনার কভার করার পাশাপাশি রিপোর্টাররা নিজেদের উদ্যোগেও প্রতিবেদন লিখছেন। সংশ্লিষ্ট আইনের খসড়া প্রণয়ন, মন্ত্রিসভায় আইন অনুমোদন এবং সংসদে সে আইন পাস হওয়া পর্যন্ত—সব পর্যায়ে রিপোর্টাররা তা কভার করছেন। অনেকে খুঁটিনাটিও প্রতিবেদনে তুলে আনছেন। এ বিষয়ে অনেক সম্পাদকীয় ও উপসম্পাদকীয় লেখা হচ্ছে। বলা যায়, নিরাপদ খাদ্যের বিষয়টি রিপোর্টারদের প্রতিবেদনের নিয়মিত বিষয় হয়ে দাঁড়িয়েছে। কিন্তু দেখা যায়, নিরাপদ খাদ্যের বিষয়টি আবার পুষ্টিবিদদের আলোচনায় অনেক দূরের বিষয়।

এমআরডিআই, ফানটা থ্রি ও এফএইচআই৩৬০ সংবাদপত্রে পুষ্টি-প্রতিবেদন ও অন্যান্য লেখা (সম্পাদকীয়, উপসম্পাদকীয়, ফিচার, মতামত, স্বাস্থ্য পাতার লেখা) নিয়ে ২০১২ সালে একটি সমীক্ষা করে। এই সমীক্ষায় ছয় মাসে (২০১২ সালের জানুয়ারি থেকে জুন) দেশের ১০টি জাতীয় দৈনিকে (*ইত্তেফাক*, *জনকণ্ঠ*, *যুগান্তর*, *কালের কণ্ঠ*, *নয়া দিগন্ত*, *প্রথম আলো*, *সমকাল*, *নিউ এইজ*, *ডেইলি স্টার* ও *ইন্ডিপেন্ডেন্ট*) ও দুটি স্থানীয় দৈনিকে (*গ্রামের কাগজ*, যশোর ও *সোনার দেশ*, রাজশাহী) প্রকাশিত পুষ্টিবিষয়ক প্রতিবেদন ও অন্যান্য লেখা পর্যালোচনা করা হয়। ওই ছয় মাসে মোট ২৯৯টি প্রতিবেদন ও লেখা ওইসব সংবাদপত্রে ছাপা হয়।

এর মধ্যে রিপোর্টারদের নিজেদের লেখা ২০০টি। স্বাস্থ্য পাতায় চিকিৎসকরা, পুষ্টিবিদেরা বা সচেতন নাগরিকের লেখা ছাপা হয়েছে ৮০টি। সম্পাদকীয় ১৭টি। বাকী ২টি ছিলো গ্রাফিক্স।

রিপোর্টারদের নিজেদের লেখা ২০০টি রিপোর্টের মধ্যে দিনের ঘটনাভিত্তিক রিপোর্টের সংখ্যাই বেশি, ১৬১টি। এসব ঘটনা যদি না ঘটত বা কেউ এ বিষয়ে কিছু আয়োজন না করত তা হলে রিপোর্ট হতো না।

৩৯টি রিপোর্ট অনুসন্ধানমূলক বা ব্যাখ্যামূলক। ধরে নেওয়া যায়, এই রিপোর্টগুলো রিপোর্টার নিজ উদ্যোগে করেছেন। এই সমীক্ষা থেকে বলা যায়, সংবাদপত্রে পুষ্টি নিয়ে যেসব প্রতিবেদন ও লেখা ছাপা হয়, তার ১৩ শতাংশের পেছনে রিপোর্টারের নিজস্ব উদ্যোগ থাকে। সম্পাদকের নির্দেশ বা কোনো ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানের অনুরোধও এ ক্ষেত্রে কিছু ভূমিকা রাখে বলে অনুমান করা যায়।

দেখা যায়, বিশ্ব মাতৃদুগ্ধ সপ্তাহ বা নিরাপদ মাতৃত্ব দিবস উপলক্ষে আয়োজিত অনুষ্ঠানের প্রতিবেদন প্রায় সব সংবাদপত্রে ছাপা হয়। কর্মকাণ্ড বেশি দিন ধরে চলে বলে দু-তিন দিন পরপর এসব নিয়ে প্রতিবেদন ছাপা হয়। সমীক্ষা অনুযায়ী এই ধরনের প্রতিবেদনের সংখ্যা সবচেয়ে বেশি, ১৩১টি।

এর পরে আছে অনুপুষ্টি-উপাদান নিয়ে প্রতিবেদন বা লেখা। এর সংখ্যা ৩০টি। অনুপুষ্টি-উপাদান শ্রেণীতে খাদ্যগুণাগুণ নিয়ে লেখাগুলোকেও অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছে। সমীক্ষা অনুযায়ী

এ নিয়ে বিষয়ভিত্তিক প্রতিবেদন সংখ্যা এরকম : শিশুপুষ্টি (২৫টি), শিশুর বিকাশ (২১), অপুষ্টি (২০), সেবা (১৯), শিশু স্বাস্থ্য (১৭), গর্ভাবস্থায় পুষ্টি (১৫), মাতৃদুগ্ধ পান (১৫), ভিটামিনের অভাব (১৫)।

জন্মের সময় কম ওজন, পরিপূরক খাবার, পুষ্টি ও খাদ্য প্রাপ্যতা, বিকল্প শিশুখাদ্য, কিশোরী স্বাস্থ্যসহ আরো অনেক বিষয় নিয়ে প্রতিবেদন ও অন্যান্য লেখার পরিমাণ কম। দেশের মানুষের অপুষ্টি দূর করতে হলে এসব বিষয়ে সচেতনতা বাড়ানো জরুরি। অথচ এসব বিষয় গণমাধ্যমে উপেক্ষিতই বলা যায়।

ওই সমীক্ষায় লেখার গুণমানও বোঝার চেষ্টা করা হয়। তাতে দেখা যায়, ৮২টি প্রতিবেদন বা লেখার বক্তব্য একেবারেই স্পষ্ট না। অন্যদিকে ৫৩টি প্রতিবেদন সহজপাঠ্য নয়। এ ক্ষেত্রে পৃথক দুটি স্কেল ব্যবহার করা হয়।

সংবাদের স্পষ্টতা নির্ধারণের জন্য তথ্যের ধারাবাহিকতা, তথ্যের সঠিক বিশ্লেষণ, পুষ্টি-উপাত্তের সঠিক ব্যবহার, তথ্যসূত্র এবং সংখ্যার ব্যবহার অন্তর্ভুক্ত ছিল। সংবাদের পাঠযোগ্যতা নির্ধারণের জন্য সহজ ভাষা, কাঠামোগত বাক্য, সীমিত জার্গন এবং সংক্ষিপ্ত বাক্যের ব্যবহার অন্তর্ভুক্ত ছিল।

পরবর্তী সময়ে এমআরডিআই আরো একটি সমীক্ষা করে। বলা যায়, এটি ছিল আগের সমীক্ষারই ধারাবাহিকতা। এ ক্ষেত্রে সংবাদপত্র ছিল সেই ১২টি। ২০১৩ সালের ১৫ ফেব্রুয়ারি থেকে ১৫ অক্টোবর এই সময়ের প্রতিবেদন ও অন্যান্য লেখা বিশ্লেষণের জন্য নেওয়া হয়। তবে এই সময় প্রতিবেদন ও অন্যান্য লেখার সংখ্যা ছিল ১ হাজার ১২৯টি।

উল্লেখযোগ্য বিষয় হচ্ছে, এক বছরের ব্যবধানে সংবাদপত্রে প্রতিবেদন ও অন্যান্য লেখা অনেক বেশি পরিমাণে ছাপা হয়েছে। তবে তাতে সাংবাদিকদের লেখার গুণগত মানের উন্নতি দেখা যায়নি।

কে লিখছেন

প্রতিবেদন, সম্পাদকীয় বা উপসম্পাদকীয়র বাইরে পুষ্টি নিয়ে নানা ধরনের লেখা সংবাদপত্রে ছাপা হচ্ছে। আম, জাম, কলা, পেঁপে, আঙুর, ছোলা, মাশরুম, ঢ্যাঁড়স, পুদিনা পাতা, গাজরসহ নানা ধরনের ফল, শাক ও সবজির মধ্যে কোন ধরনের অনুপুষ্টি-উপাদান বা রাসায়নিক পদার্থ আছে এবং সেসব অনুপুষ্টি-উপাদান ও রাসায়নিক উপাদান মানুষের শরীরে কী উপকারে আসে তা নিয়ে পুষ্টিবিদ, কৃষিবিদ ও বিশেষজ্ঞরা লিখছেন। ধরে নেওয়া যায় যে, এতে অনেক বৈজ্ঞানিক তথ্য থাকে। তবে খুবই কম লেখাতে তথ্যের উৎসের উল্লেখ থাকে। অনেক শব্দ এসব লেখাতে থাকে যার অর্থ পাঠকের জানা থাকে না। স্যাম (সিভিয়ার একিউট ম্যালনিউট্রিশন), এলবিডব্লিউ (লো বার্থ ওয়েট), জিএম ফুড, সান

মুভমেন্ট, ফ্যাটি অ্যাসিড, কোলেস্টেরল—এ রকম আরো বহু শব্দ প্রতিবেদনে অর্থ উল্লেখ ছাড়াই ব্যবহার করা হয়।

রোজার মাসে কোন পুষ্টিকর খাবার খেতে হবে তা নিয়ে পুষ্টিবিদদের লেখা সেই মাসে বা তার ঠিক আগে আগে সংবাদপত্রে লেখা হয়। এই সময় ডায়াবেটিক রোগীদের উদ্দেশে খাবারের তালিকা ও পরামর্শ দিয়ে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক ও পুষ্টিবিদেরা লেখেন নিয়মিত।

খাদ্যে ভেজাল বা শাকসবজি, ফলমূলে রাসায়নিক ব্যবহারের বিরুদ্ধে গণমাধ্যম ও নাগরিক সমাজ বেশ সোচ্চার এখন। সরকারেরও এ ক্ষেত্রে নানা উদ্যোগ আছে। রিপোর্টাররা এ নিয়ে নিয়মিত রিপোর্ট করছেন, সম্পাদকীয় ও উপসম্পাদকীয় লেখা হচ্ছে। এসবের বাইরে নানা শ্রেণীপেশার মানুষের মতামত সংবাদপত্রে ছাপা হচ্ছে। বিজ্ঞানীরা রাসায়নিকের ক্ষতিকর দিক নিয়ে তথ্য দিচ্ছেন। চিকিৎসকেরা মানুষের শরীরে রাসায়নিকের ক্ষতিকর প্রভাব নিয়ে লিখছেন। কেউ কেউ সংশ্লিষ্ট আইনের দুর্বলতা তুলে ধরছেন।

বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের লেখায় মায়ের দুধের পুষ্টিগুণ নিয়ে অনুপুঙ্খ বিশ্লেষণ পাওয়া যায়। অন্য আরেকজনের লেখায় শিশুকে কী পদ্ধতিতে মায়ের দুধ খাওয়াতে হবে তার বর্ণনা পাওয়া যায়। এর পাশাপাশি খোঁড়া যুক্তি দেখিয়ে বিকল্প শিশুখাদ্য খাওয়ানোর পরামর্শও ছাপা হয় কোনো শিশুরোগ বিশেষজ্ঞের নামে।

কৃষিবিদ, অর্থনীতিবিদ বা সাবেক আমলারা সংবাদপত্রের পাতায় খাদ্যনিরাপত্তা নিয়ে মতামত ব্যক্ত করেন নিয়মিত। তাঁদের লেখায় হালকাভাবে হলেও এই যুক্তি তুলে ধরা হয় যে, খাদ্যনিরাপত্তা নিশ্চিত না হলে অপুষ্টির ঝুঁকি বাড়বে।

রিপোর্টার গুরুত্বপূর্ণ প্রতিবেদন কম লিখছেন

রিপোর্টাররা দায়িত্ব পালন করেন মূলত বিটের ওপর ভিত্তি করে। এ ক্ষেত্রে স্বাস্থ্য বিটের রিপোর্টাররা পুষ্টি নিয়ে কাজ করেন। মোটা দাগে স্বাস্থ্য বিট তিন ভাগে বিভক্ত : স্বাস্থ্য, পুষ্টি ও জনসংখ্যা। পুষ্টির গুরুত্ব বুঝতে তাই গণমাধ্যমে স্বাস্থ্য বিষয়টির গুরুত্ব কোন পর্যায়ে তা বোঝা দরকার।

পাঠক যা চায়, পাঠকের যে বিষয়ে আগ্রহ, সংবাদপত্রে তা-ই ছাপা হয়। পাঠকের আগ্রহ যেসব বিষয়ে বেশি সেসব বিষয় তত গুরুত্ব দিয়ে সংবাদপত্রে ছাপা হয়। পাঠকের আগ্রহ না থাকলে পাঠক সেই সংবাদপত্র আর কিনবেন না। সংবাদপত্র এক অর্থে পণ্য, তাই পাঠকের চাহিদা মেটানো তার প্রথম কাজ।

পাশাপাশি এ কথাও ঠিক যে, পাঠকের চাহিদা না থাকলেও সংবাদপত্রে অনেক কিছু ছাপা হয়। অন্য সত্যটি হচ্ছে, সংবাদপত্র পণ্য হলেও তা টয়লেট পেপার, টিস্যু পেপার, ব্যাটারি,

আলু-পটোলের মতো পণ্য নয়। চাল ও ওষুধ দুটোই পণ্য। দুটোই আমাদের জন্য অপরিহার্য। দুটোই আমরা খাই। বাজারে বিভিন্ন মানের চাল থাকতে পারে, কিন্তু বিভিন্ন কোম্পানির একই ওষুধ বিভিন্ন মানের থাকতে পারে না। চাল ব্যবসায়ীর সামাজিক দায়িত্ব আর ওষুধ কোম্পানির সামাজিক দায়িত্ব এক নয়। একই কথা সংবাদপত্রের মালিক-সম্পাদকের ক্ষেত্রেও প্রযোজ্য।

এ নিয়ে বিস্তর বিতর্ক হতে পারে, বিতর্ক হচ্ছে। তবে পাঠকের কোন বিষয়ে আগ্রহ বেশি, কোন বিষয়ে আগ্রহ কম, তা নিয়ে বিজ্ঞানভিত্তিক কোনো গবেষণা খুব একটা দেখা যায় না। ২০০৯ সালের জুনে দৈনিক *প্রথম আলো* তার পাঠকদের ওপর একটি জরিপ করেছিল। ঢাকা, চট্টগ্রাম, রাজশাহী, খুলনা ও রংপুর শহরের ১৫ বছর বা তার বেশি বয়সী ৭৮০ জন পাঠকের মতামত নেওয়া হয়েছিল। তাতে পাঠকের পছন্দের অগ্রাধিকারের ক্রমটি ছিল এরকম : রাজনীতি (৯০%), আন্তর্জাতিক বিষয় (৮০%), দুর্নীতি (৭৬%), অপরাধ (৭৫%), বিনোদন (৭৪%), শিক্ষা (৭১%), আইনশৃঙ্খলা (৬৪%), গ্রামীণ খবর (৬২%), স্বাস্থ্য (৫৯%), বিজ্ঞান ও প্রযুক্তি (৫০%), সম্পাদকীয় (৫০%), অর্থনীতি/শিল্প/বাণিজ্য (৫০%), জেন্ডার (৪৭%), সংস্কৃতি (৪৪%), ধর্ম (৪৪%), মানবাধিকার (৪২%), সাহিত্য (৩৬%), পরিবেশ (৩৫%), ভ্রমণ-পর্যটন (২৯%), উপসম্পাদকীয়-কলামসহ (২৪%)। এই জরিপ অনুযায়ী *প্রথম আলোর* পাঠকদের কাছে গুরুত্বের ক্রমানুসারে স্বাস্থ্যের অবস্থান ৯ নম্বরে।

এ কথা ঠিক যে, সংবাদপত্রে পুষ্টির গুরুত্ব কতখানি হবে তা নির্ভর করে ওই সংবাদপত্র স্বাস্থ্যকে কত গুরুত্ব দিচ্ছে তার ওপর। স্বাস্থ্য গুরুত্ব পেলে পুষ্টিও গুরুত্ব পাবে। সংবাদ ব্যবস্থাপকরা বার্তা সম্পাদক, অ্যাসাইনমেন্ট এডিটর, চিফ রিপোর্টার যদি পুষ্টিকে গুরুত্বপূর্ণ বলে মেনে নেন, তা হলে রিপোর্টারের পক্ষে পুষ্টি বিষয়ে চুপ থাকা সম্ভব নয়।

অন্যদিকে পুষ্টি নিয়ে সরকারের কর্মকাণ্ড ও আর্থিক বরাদ্দ কম। এ ক্ষেত্রে বড় আকারের দুর্নীতির সুযোগ কম বলে সাংবাদিকদের কাছে মনে হতে পারে। তাই তারা এর পেছনে লেগে থাকেন না।

পুষ্টির ওপর টাটকা নতুন তথ্য রিপোর্টাররা খুব কম পান। দেশে পুষ্টি নিয়ে গবেষণা এবং জরিপও কম হয়। রিপোর্টারকে তাই বাংলাদেশ ডেমোগ্রাফিক অ্যান্ড হেলথ সার্ভের তথ্য বছরের পর বছর ব্যবহার করতে দেখা যায়। ফুড সিকিউরিটি অ্যান্ড নিউট্রিশন সার্ভেলেন্স প্রকল্প নিয়মিত পুষ্টি জরিপ করে। এসবের বাইরে পুষ্টি নিয়ে নতুন তথ্য বেশি পাওয়া যায় না।

অন্য গুরুত্বপূর্ণ কারণ হচ্ছে, স্বাস্থ্যপুষ্টি বিষয়ে রিপোর্টারের মনোযোগ, দক্ষতা ও যোগ্যতা। পুষ্টির সঙ্গে অনেকগুলো বৈজ্ঞানিক বিষয় জড়িত। বিজ্ঞানী ও গবেষকরা অনেক পরিশ্রম করে একটি নতুন তথ্য বা পরিসংখ্যান হাজির করেন। রিপোর্টারের সেই তথ্যের গুরুত্ব বোঝার আগ্রহ, ক্ষমতা বা দক্ষতা না থাকলে ভালো রিপোর্ট তার পক্ষে করা সম্ভব নয়।

২

কিছু সাধারণ ভুল

কিছু সাধারণ ভুল

সংবাদপত্রে যা ছাপা হয়, সব সময় তা নির্ভুল হয় না। কিছু ভুল হয় প্রতিবেদন লেখার মৌলিক বিষয় না জানার কারণে। তথ্য সংগ্রহ ও প্রতিবেদন লেখার সময় মনোযোগ না দেওয়ার কারণেও কিছু ভুল হয়। প্রতিবেদকের কাছে বিষয়টি দুর্বোধ্য হওয়ার কারণেও লেখায় ত্রুটি থেকে যায়। সাংবাদিকতার নিয়ম-নীতি মেনে এবং বিষয় বুঝে প্রতিবেদন তৈরি করলে ভুল হওয়ার ঝুঁকি কম থাকে। একটু সতর্ক হলে এবং নিয়মিত চর্চা করলে এসব ভুলত্রুটি দূর করা সম্ভব।

কিছু প্রতিবেদন নিয়ে আমরা এখানে আলোচনা করব। এসব প্রতিবেদন জাতীয় ও স্থানীয় সংবাদপত্রে ছাপা হয়েছে। অধিকাংশ প্রতিবেদনে কিছু-না-কিছু সীমাবদ্ধতা, কিছু কমতি যেন থেকেই যায়। পাঠকের মনে প্রশ্ন জাগলেও উত্তর তিনি পান না। প্রতিবেদন লেখার কলাকৌশল বা ৬ক (কী, কে, কেন, কোথায়, কীভাবে, কখন) সংশ্লিষ্ট ভুলত্রুটি নিয়ে আমরা আলোচনা করব না। আমরা কিছু প্রশ্নের উত্তর খোঁজার চেষ্টা করব, যে উত্তরগুলো থাকলে প্রতিবেদন পূর্ণাঙ্গ হতে পারত।

ঝালকাঠিতে উৎপাদিত লবণে আয়োডিনের অভাব

ঝালকাঠিতে অধিকাংশ মিলের উৎপাদিত ভোজ্য লবণে সঠিক মাত্রায় আয়োডিন থাকছে না। প্রতি মাসের আয়োডিন লবণের পরীক্ষামূলক নমুনা রিপোর্টে এ চিত্র ফুটে উঠছে। অল্প কিছু মিল ছাড়া অপর মিলগুলোতে হাতে স্প্রে করে লবণে আয়োডিন মেশানো হচ্ছে। মালিক পক্ষের মাধ্যমে 'ম্যানেজ' হয়ে ল্যাবরেটরি কর্তৃপক্ষ এ অনিয়মের বিরুদ্ধে আজ পর্যন্ত কোনো দৃষ্টান্তমূলক ব্যবস্থা নেয়নি বলে অভিযোগ উঠেছে। এতে মানুষের মাঝে আয়োডিনের অভাবজনিত রোগের লক্ষণ দেখা দিচ্ছে। ঝুঁকিতে পড়ছে জনস্বাস্থ্য। এমআই (মাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট ইনেসিয়েটিভ) এবং সিআইডিডি (কন্ট্রোল অব আয়োডিন ডেফিসিয়েনসি ডিজঅর্ডার) ল্যাবরেটরি কর্তৃপক্ষ আয়োডিন পরীক্ষার দায়িত্ব পালন করছে।

২০১৩ সনের জুন মাসের সিআইডিডি ল্যাবরেটরি ও ঝালকাঠি বিসিক কর্তৃক ১০টি মিলে উৎপাদিত লবণে আয়োডিনের নমুনা পরীক্ষায় চারটি মিলের লবণে নিচে ১৪ এবং ওপরে ৫৪ পিপিএম আয়োডিন পাওয়া গেছে, যা শরীরের জন্য মারাত্মক ক্ষতিকর। কর্তৃপক্ষ বলছে, ভোজ্য লবণে নিচে ৩০ পিপিএম এবং ওপরে ৫০ পিপিএম আয়োডিন থাকতে হবে।

অধিকাংশ মিলে এসআইপি মেশিন ব্যবহার না করায় এবং আয়োডিনের অধিক মূল্য বৃদ্ধির কারণে লবণে পরিমাণমতো আয়োডিন মেশানো হচ্ছে না। এ ক্ষেত্রে কীভাবে অপর ছয়টি মিলের লবণে আয়োডিনের সহনশীল মাত্রার কথা পরীক্ষা রিপোর্টে উল্লেখ করা হলো তা নিয়ে প্রশ্ন উঠেছে। এ প্রসঙ্গে মেসার্স গাজী সল্ট ইন্ডাস্ট্রির ম্যানেজার নিরোদ ভূষণ দাস জানান, প্রথমে সরকার আয়োডিন ফ্রি দিয়ে এখন ৪ হাজার টাকা কেজি দরে বিসিকের মাধ্যমে বিক্রি করছে। এত দামের আয়োডিন খরচ করে আমাদের লাভ-খরচ সমান থাকে। তবে এ মিলে হাতে স্প্রে করার দায়িত্বে নিয়োজিত এক শ্রমিক বলেন, 'আমাদের মূল সমস্যা বিদ্যুৎ বিভ্রাট। তাই দ্রুত মাল ডেলিভারি দেওয়ার জন্য হাতে স্প্রে না করে উপায় নেই। এতে লবণে মেশিনের মতো আয়োডিন মেশে না। মালিক আমাদের যেভাবে বলে, আমরা সেভাবে কাজ করতে বাধ্য।'

পরিমাণমতো আয়োডিন লবণে না থাকলে কী ক্ষতি হয়—এমন প্রশ্নের জবাবে ঝালকাঠি বিসিকের ল্যাব সহকারী জাকিরুল ইসলাম জানান, ১ কেজি লবণে ৯০ গ্রাম আয়োডিন মেশাতে হয়। কিন্তু এর পরিমাণ কম বা বেশি হলে বমি, বুকজ্বালা, চর্মরোগ,অনিদ্রা এমনকি যকৃতের ক্যানসার হতে পারে। বিসিক সূত্র জানায়, এসআইপি মেশিন ব্যবহার করে লবণে সঠিক মাত্রায় আয়োডিন রাখার লক্ষ্যে বিসিক ও জেলা প্রশাসনের উদ্যোগে বিভিন্ন মিলে মোবাইল কোর্ট বসানো হয়। গত বছর চারটি মিল মালিককে লবণে সঠিক মাত্রায় আয়োডিন না মেশানোর অপরাধে ১২ হাজার টাকা জরিমানা করা হয়েছে।

সূত্র, জানায়, সরকার আয়োডিনের অভাব পূরণে প্রতিটি মিলে ৬ লাখ টাকার একটি করে আয়োডাইজড মিকশ্চার মেশিন (আইসিপি) বিনা মূল্যে বিতরণ করেছে। এ মেশিন বিদ্যুৎ বিভ্রাটের কারণে প্রায় সময়ই চালানো সম্ভব হচ্ছে না। আয়োডিনের মূল্য অস্বাভাবিক বৃদ্ধি পাওয়ার সত্যতা স্বীকার করে ঝালকাঠির লবণ মিল মালিক সমিতির সভাপতি ফজলুল হক জানান, ফ্রি মেশিন পেলেও আয়োডিনের দাম চড়া হওয়ায় অনেকেই তা ব্যবহার করে কম। মেশিনের চেয়ে হাতে স্প্রে করায় আয়োডিন কম লাগে।

এ প্রসঙ্গে ঝালকাঠি বিসিক পরিদর্শক মোতাহার হোসেন বলেন, অনেক মিলে হাতে স্প্রে করায় পরিমাণমতো আয়োডিন লবণে মিকচার হয় না। এ কারণে জুন মাসের রিপোর্টে উল্লেখিত মিলের লবণে পিপিএম সঠিকভাবে পাওয়া যায়নি। এসআইপি থাকতে কেন হাতে স্প্রে করা হয়—এমন প্রশ্নের জবাবে তিনি বলেন, 'আসলে অনেক সময় বিদ্যুৎ থাকে না, মেশিন খারাপ থাকে। তাই কিছু মিলে এটা করা হয়। ঝালকাঠি বিসিক উপব্যবস্থাপক আশরাফুজ্জামান বলেন, এসআইপি মেশিন ব্যবহারের ব্যাপারে মালিকদের উৎসাহিত করতে আমরা বিভিন্ন চেষ্টা চালিয়ে যাচ্ছি। তার পরও কিছু মালিক হাতে স্প্রে করায় লবণে আয়োডিনের পিপিএম খুব কম নতুবা বেশি থাকছে।

প্রতিবেদকের কাছে নিচের বিষয়গুলো জানা থাকলে প্রতিবেদন আরো সমৃদ্ধ হতো :

০১. ঝালকাঠিতে লবণ মিল বা কারখানার সংখ্যা কত। এমন কোনো কারখানা কি আছে যে বা যারা একেবারেই লবণে আয়োডিন মেশায় না।

০২. কয়টা কারখানা হাতে এবং কয়টা কারখানা যন্ত্রের সাহায্যে লবণে আয়োডিন মেশায়।

০৩. ল্যাবরেটরি কর্তৃপক্ষ কারা? তাদের বিরুদ্ধে অভিযোগ কী? 'ম্যানেজ' হয় শব্দটির অর্থ কী? একেক পাঠক একেক অর্থ ভেবে নিতে পারেন। প্রতিবেদক কী বোঝাতে চেয়েছেন।

০৪. আয়োডিন আসলে কী? আয়োডিনের অভাবে কী ক্ষতি হয়? আয়োডিনের উৎস কী? লবণে কেন আয়োডিন থাকতে হবে। এসব প্রশ্নের উত্তর বিশেষজ্ঞদের কাছ থেকে জানতে হবে। ইন্টারনেট ব্যবহার করে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার ওয়েবসাইট থেকে এসব প্রশ্নের উত্তর পাওয়া যাবে।

০৫. পিপিএম-এর অর্থ কী।

০৬. এমআই ও সিআইডিডি কি সরকারি প্রতিষ্ঠান? এদের পরিচয় কী?

০৭. বাকি ছয়টি কারখানার নমুনা পরীক্ষার ফলাফল জানানো হয়নি। কেন জানানো হয়নি? কর্তৃপক্ষ আসলে কী বলেছিল।

০৮. এসআইপি যন্ত্রের কাজ কী? এই যন্ত্র দিয়ে লবণে কীভাবে আয়োডিন মেশানো হয়?

০৯. এক কেজি আয়োডিন কত পরিমাণ লবণে মেশানো যায়? তাতে লবণের দামে কী তারতম্য হয়।

১০. লবণে আয়োডিন না মেশানো কি অপরাধ? এ ব্যাপারে কোনো আইন আছে? আইনে কী আছে?

১১. সিআইডিডি পরীক্ষাগার কোথায় : ঢাকায়, না ঝালকাঠিতে? এদের বিরুদ্ধে 'ম্যানেজ' করার অভিযোগ কাদের?

১২. অভিযোগ সম্পর্কে সিআইডিডির বক্তব্য খুবই দরকার।

১৩. সরকার কেন বিনা মূল্যে কারখানাগুলোতে এসআইপি যন্ত্র দিয়েছিল।

১৪. লবণে আয়োডিন না মেশানোর অপরাধে শাস্তি দেওয়ার কর্তৃত্ব কার। তাদের বক্তব্য কী? এসব প্রশ্নের উত্তর জানার পর প্রতিবেদন লিখলে প্রতিবেদনের মূল বার্তা আরো সুনির্দিষ্ট হতো এবং পাঠক আরো স্পষ্ট তথ্য পেত।

জন্ম নেওয়া ৩০ শতাংশ নবজাতকই কম ওজনের

শেরপুর একটি প্রান্তিক জেলা। একদিকে চরাঞ্চল, অন্যদিকে পাহাড়ি এলাকা। এজন্য এখানকার অধিবাসীদের আয়-উপার্জনও কম। ফলে গর্ভবতী মায়েরা প্রয়োজনীয় খাবার খেতে পারেন না। এর ওপর রয়েছে নানা কুসংস্কার। এতে ৩০ শতাংশ প্রসূতি কম ওজনের বাচ্চার জন্ম দিচ্ছেন। অর্থাৎ প্রতি তিনজনে একজন মা কম ওজনের বাচ্চা প্রসব করছেন। এতে শিশুদের বেড়ে ওঠা বাধাগ্রস্ত হচ্ছে। মেধার বিকাশও ঘটছে না। আর যেসব প্রসূতি কম ওজনের বাচ্চার জন্ম দিচ্ছেন তাদের ৪০ শতাংশই অপুষ্টির শিকার। সরজমিনে অনুসন্ধান, সরকারি-বেসরকারি সংস্থার দেওয়া তথ্য পর্যালোচনা এবং সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তা ও বিশেষজ্ঞদের ভাষ্য থেকে এমন তথ্য পাওয়া গেছে। তবে তৃণমূল পর্যায়ে পুষ্টিসংক্রান্ত গণসচেতনতা বৃদ্ধি এবং সরকারের পাশাপাশি বেসরকারি পর্যায়ে সম্মিলিত উদ্যোগ ও বাস্তবমুখী কর্মসূচি গ্রহণের মাধ্যমে এমন অবস্থার উত্তরণ ঘটানো সম্ভব বলে মনে করেন বিশেষজ্ঞরা।

শেরপুর মা ও শিশুকল্যাণ কেন্দ্রের মেডিকেল অফিসার (ক্লিনিক) ডা. মো. মোস্তাফিজুর রহমান বলেন, চিকিৎসাবিজ্ঞানের ভাষায় জন্মের সময় যে শিশুর ওজন আড়াই কেজি থেকে সাড়ে তিন কেজি হয় তাকে স্ট্যান্ডার্ড বা স্বাভাবিক ওজনের শিশু বলা হয়। আড়াই কেজির নিচের ওজনে নবজাতককে 'লো বার্থ ওয়েট' বা কম ওজনের শিশু বলা হয়। তিনি জানান, একজন সুস্থ মানুষের দৈনিক ২ হাজার ২০০ থেকে ২ হাজার ৪০০ ক্যালরি খাদ্যের প্রয়োজন হয়। আর গর্ভাবস্থায় মায়ের শরীরের খাবারের চাহিদা আগের চেয়ে বেড়ে যায়। গর্ভকালীন অবস্থায় মায়েদের প্রয়োজন হয় স্বাভাবিকের তুলনায় ২০-৩০ শতাংশ অতিরিক্ত খাবার। এজন্য প্রয়োজন পুষ্টিসমৃদ্ধ খাদ্যের।

শেরপুর জেলা হাসপাতালের গাইনি বিভাগে শিশু জন্মের গত আড়াই বছরের তথ্য পর্যালোচনায় দেখা যায়, গড়ে ৩০ শতাংশ প্রসূতি কম ওজনের শিশুর জন্ম দিচ্ছেন। এসব শিশুর জন্ম হয়েছে সিজারিয়ান ও নরমাল ডেলিভারির মাধ্যমে। ২০১৩ সালের জানুয়ারি থেকে ৬ সেপ্টেম্বর পর্যন্ত জেলা হাসপাতালে ৩৪৫ শিশুর জন্ম হয়েছে। এর মধ্যে ১০৫ জন মা কম ওজনের শিশু জন্ম দিয়েছেন। অর্থাৎ জন্মকালীন ওই শিশুদের ওজন ছিল আড়াই কেজির নিচে। ২০১২ সালে জেলা হাসপাতালে জন্ম নেওয়া ৫৪৩ শিশুর মধ্যে ১৫২ জন কম ওজন নিয়ে জন্মেছে। ২০১১ সালে জন্ম হওয়া ৩৭০ শিশুর মধ্যে কম ওজনের জন্ম হয়েছে ১৩৮ শিশুর। গত আড়াই বছরে কম ওজনে জন্ম নেওয়া এসব শিশুর মধ্যে ১৫২ শিশু জন্মের সময়ই মারা গেছে।

শেরপুর জেলা পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের সাবেক উপপরিচালক স্ত্রীরোগ ও প্রসূতি বিশেষজ্ঞ ডা. নার্গিস বেগম বলেন, শেরপুরে অনেক প্রসূতি কম ওজনের বাচ্চা জন্ম

দিচ্ছেন। কম ওজনে বাচ্চা জন্ম হওয়ার অনেক কারণ রয়েছে। এর মধ্যে বাল্যবিবাহ এবং অপরিণত বয়সে মা হওয়া, সময় হওয়ার আগেই বাচ্চার জন্ম হওয়া, রক্তস্বল্পতা, গর্ভবতী মায়েদের পানি ভেঙে যাওয়া অন্যতম। এসবের মধ্যে অবশ্যই পুষ্টি একটি ফ্যাক্টর।

পুষ্টি নিয়ে কাজ করা বেসরকারি উন্নয়ন সংস্থা ব্র্যাকের এক সমীক্ষায় দেখা গেছে, অপুষ্টির কারণে বাংলাদেশে ৩৬ শতাংশ শিশু স্বাভাবিকের চেয়ে কম ওজন নিয়ে জন্মগ্রহণ করে আর ৪১ শতাংশ শিশু বেড়ে ওঠে বিকলাঙ্গ হয়ে। এ ছাড়া দেশের প্রায় ৩ কোটি ৬০ লাখ মানুষ অপুষ্টিতে ভুগছে। সমীক্ষায় বলা হয়েছে, অপুষ্টির হাত থেকে রক্ষার জন্য সামাজিক নিরাপত্তা কর্মসূচি জোরদার এবং সবাইকে পুষ্টিসচেতন করতে হবে।

আইসিডিডিআরবির সেন্টার ফর নিউট্রিশন অ্যান্ড ফুড সিকিউরিটির পরিচালক ডা. তাহমিদ আহমেদ বলেন, গৃহবধূ কণা ও লিমার বয়সী একজন মানুষের স্বাভাবিক অবস্থায় ২ হাজার ২০০ ক্যালরি থেকে ২ হাজার ৪০০ ক্যালরি খাদ্যের প্রয়োজন। তাদের গর্ভকালীন বাড়তি আরো ২০-২৫ শতাংশ খাদ্যের প্রয়োজন হতো। কিন্তু গর্ভকালীন সময়ের খাদ্যতালিকায় যে পরিমাণ ক্যালরি তারা পেয়েছেন, এর পরিমাণ ১ হাজার ৫০০ ক্যালরি থেকে ১ হাজার ৭০০ ক্যালরির বেশি হবে না। ফলে অপুষ্টিতে ভোগার প্রভাব গর্ভের শিশুর ওপর পড়েছে। তিনি বলেন, কম ওজনের জন্ম নেওয়া শিশুদের রোগের সংক্রমণ বেশি হয়। তবে বাড়তি পরিচর্যা এবং জন্মের পর এসব শিশুর খাবারের প্রতি বিশেষ যত্ন নিলে অপুষ্টি দূর করা সম্ভব। এদিকে খোঁজ নিয়ে জানা গেছে, গর্ভবতী মহিলাদের পুষ্টিচাহিদা পূরণে শেরপুর জেলায় মহিলাবিষয়ক অধিদপ্তরের মাধ্যমে ৫২ ইউনিয়নের প্রতিটিতে ২১ জন গর্ভবতী মহিলাকে দুই বছরের জন্য প্রতি মাসে ৩৫০ টাকা করে মাতৃত্বকালীন ভাতা দেওয়া হচ্ছে। ২০১১ সাল থেকে এ ভাতা বিতরণ কার্যক্রম চলছে। চলতি বছর থেকে বেসরকারি উন্নয়ন সংস্থা ব্র্যাক 'হেলথ নিউট্রিশন অ্যান্ড পপুলেশন প্রজেক্ট'-এর আওতায় শেরপুর জেলায় পুষ্টি-পরিস্থিতি উন্নয়নে কার্যক্রম শুরু করতে যাচ্ছে বলে ব্র্যাকের জেলা প্রতিনিধি আতাউর রহমান জানিয়েছেন।

শেরপুর মা ও শিশুকল্যাণ কেন্দ্রের মেডিকেল অফিসার ডা. মো. মোস্তাফিজুর রহমান বলেন, জন্মের সময় শিশুর ওজন অন্তত দুই কেজি ৫০০ গ্রাম হতে হবে। শিশু যে ওজন নিয়ে জন্মায়, পরবর্তী ১০ দিন পর্যন্ত ওজন কিছুটা কমে। তবে সেই ১০ দিনের পর যদি ঠিকমতো বুকের দুধ পায় এবং মা যদি পুষ্টিকর খাবার খান, তাহলে প্রতিদিন শিশুর ওজন ১০ গ্রাম করে বাড়তে থাকে। এটাই স্ট্যান্ডার্ড।

ঘটনা-১ : ঝিনাইগাতীর পশ্চিম বেলতৈল গ্রামের শাহজাহান মিয়ার স্ত্রী মল্লিকা বেগম গত ১৩ আগস্ট ছেলে জন্ম দিয়েছেন। জন্মের সময় বাচ্চার ওজন ছিল দুই কেজি ৩০০ গ্রাম। প্রায় এক মাস পর ১০ সেপ্টেম্বর ওজন মাপা হলে দেখা যায় তার ওজন প্রায় দুই কেজি সাড়ে ৭০০ গ্রাম। জন্মের সময় কম ওজন ও পরবর্তী সময়ে তা বাড়ার কারণ সম্পর্কে মল্লিকা বেগমকে জিজ্ঞেস করলে তিনি বলেন, 'আগের দুই পুলা-মাইয়া জন্মের সময় তো

আর ওজন দেহি নাই। ইবার মাতৃসদনে বাচ্চা অইছে, তাই ওজন মাপছে।'

ঘটনা-২ : শেরপুর সদরের চর মোচারিয়া ইউনিয়নের নন্দিরজোত গ্রামের লিটনর বিদাসের স্ত্রী কণার বিদাসের গত ৭ আগস্ট বাচ্চা হয়। ওজন ছিল দুই কেজি ১০০ গ্রাম। ৮ সেপ্টেম্বর সেই বাচ্চার ওজন মেপে দেখা যায় দুই কেজি ৮০০ গ্রাম। কণা জানেন না, জন্মের সময় বাচ্চার ওজন কত হওয়া উচিত। আর এক মাস পর ওজন কত হবে।

ঘটনা-৩ : সদরের কামারের চর ইউনিয়নের বাঘেরচর গ্রামের বাসচালক মফিজুল হকের স্ত্রী লিমা বেগমের (১৯) প্রথম শিশুর জন্ম হয় গত ৮ আগস্ট। শেরপুর মা ও শিশুকল্যাণ কেন্দ্রে এক কেজি ২০০ গ্রাম ওজন নিয়ে জন্ম হওয়ার আট ঘণ্টার মধ্যেই শিশুটি মারা যায়। প্রথম সন্তানের এভাবে মৃত্যুকে মানতে পারছেন না লিমা বেগম। তিনি কেবল কেঁদেই চলেছেন। কেন কম ওজনের বাচ্চা হলো—এ বিষয়ে তার কোনো ধারণাই নেই।

এই প্রতিবেদনে বেশ কিছু অসংগতি আছে :

০১. কোনো এলাকার একদিকে চরাঞ্চল ও অন্যদিকে পাহাড় থাকলে সেই এলাকার মানুষের আয়-উপার্জন কম হবে—তার কোনো যুক্তিসংগত কারণ নেই।

০২. আয়-উপার্জন বেশি হলেই গর্ভবতী মায়েরা প্রয়োজনীয় খাবার খেতে পারবেন তার কি কোনো নিশ্চয়তা আছে?

শুরুতেই সচেতন পাঠক হোঁচট খেতে পারেন। প্রতিবেদকের বক্তব্য নিয়ে দ্বিমত পোষণ করতে পারেন। প্রতিবেদনের বাকি তথ্য নিয়ে সংশয়ও সৃষ্টি হতে পারে।

০৩. কুসংস্কারের কথা বলা হয়েছে। কিন্তু সুনির্দিষ্টভাবে কোনো কুসংস্কারের কথা উল্লেখ করা হয়নি।

০৪. মা কম ওজনের শিশু জন্ম দিচ্ছেন বলেই সেই শিশুর বেড়ে ওঠা বাধাগ্রস্ত হচ্ছে এবং মেধার বিকাশ ঘটছে না। এসব বিষয়ের অবতারণা করা হয়েছে। মা সঠিক ওজনের শিশু জন্ম দেওয়ার পরেও তো শিশু ঠিকমতো বেড়ে ওঠে না বা মেধার বিকাশ ঘটে না। সুতরাং কম ওজনের শিশু জন্ম দেওয়ার সঙ্গে পরবর্তী দুটি বিষয়কে এক করে দেখার কোনো যুক্তি নেই।

০৫. শেরপুর মা ও শিশুকল্যাণ কেন্দ্র কি সরকারি?

০৬. পরিসংখ্যান বিশ্লেষণ করে দেখা যায় যে, কম ওজন নিয়ে জন্মানো শিশুদের ১২ শতাংশ জন্মের পরপরই মারা যাচ্ছে।

০৭. ব্র্যাকের একটি সমীক্ষার কথা প্রতিবেদনে উল্লেখ করা হয়েছে। সমীক্ষার নাম ও

সময় উল্লেখ করা জরুরি ছিল।

ব্র্যাকের ওই সমীক্ষায় বলা হয়েছে, বাংলাদেশে ৩৬ শতাংশ শিশু কম ওজন নিয়ে জন্মায়। এর অর্থ শেরপুরের পরিস্থিতি জাতীয় গড়ের চেয়ে ভালো। এই কথাটি প্রতিবেদনে উল্লেখ করা যেত।

ব্র্যাকের ওই সমীক্ষায় বলা হয়েছে, ৪১ শতাংশ শিশু বিকলাঙ্গ হয়ে বেড়ে উঠছে? এখানে প্রতিবেদক নিশ্চয়ই কোনো ভুল করছেন। বিকলাঙ্গতা নিয়ে এ রকম কোনো পরিসংখ্যানের কথা আগে শোনা যায়নি।

০৮. অপুষ্টি দূর করতে শেরপুরে মহিলা অধিদপ্তরের কিছু কর্মসূচি আছে বলে প্রতিবেদনে উল্লেখ করা হয়েছে। সেই কর্মসূচি অপুষ্টি দূর করতে আদৌ কোনো অবদান রাখছে কি না তা উল্লেখ করার সুযোগ ছিল।

০৯. যেসব মা কম ওজনের শিশু জন্ম দিচ্ছেন তারা হাসপাতাল থেকে কী পরামর্শ পান বা আদৌ পান কি না তার উল্লেখ থাকলে ভালো হতো।

পরের প্রতিবেদনটি ওপরের প্রতিবেদনের সঙ্গে তুলনা করা যেতে পারে।

শিশুমৃত্যুর অন্যতম কারণ অপরিণত জন্ম

পিংকি বেগমের সদ্যভূমিষ্ঠ সন্তানকে নিয়ে পরিবারের এক বয়োজ্যেষ্ঠ নারী ঢাকা মেডিকেল কলেজ হাসপাতালের প্রসবকক্ষ থেকে নবজাতক ইউনিটে ছুটছেন। ১৫ ডিসেম্বর, বিকেল সাড়ে ৩টা। বাইরে পরিবারের অন্য সদস্যদের রুদ্ধশ্বাস প্রতীক্ষা। মিনিট দশেক পর বৃদ্ধা ফিরে এলেন শিশুকে বুকে চেপে। ততক্ষণে শিশুটি মৃত।

পিংকির পরিবারের সদস্যদের সঙ্গে কথা বলে জানা যায়, শিশুটি নির্দিষ্ট সময়ের আগে জন্মেছিল। বিশেষজ্ঞরা বলছেন, ৩৭ সপ্তাহ গর্ভে থাকার আগে জন্ম নিলে সে 'সময়ের আগে জন্মানো শিশু' (প্রি-টার্ম বেবি)। জরায়ুর ভেতর এসব শিশুর বৃদ্ধি বাধাগ্রস্ত ও ওজন কম হয়।

শিশুস্বাস্থ্য নিয়ে পরিচালিত সরকারের কর্মসূচির (ইন্টিগ্রেটেড ম্যানেজমেন্ট অব চাইল্ডহুড ইলনেস-আইএমসিআই) উপকর্মসূচি ব্যবস্থাপক মো. আলতাফ হোসেন বলেন, যত নবজাতক মারা যায়, তাদের ১১ শতাংশ সময়ের আগে অল্প ওজন নিয়ে জন্মায়। ১ হাজার ৮০০ গ্রামের কম ওজনের শিশুদের জীবন বাঁচাতে হাসপাতালে ভর্তি করা জরুরি। অনেক শিশু ১ হাজার ৫০০ গ্রামের কম ওজন নিয়ে জন্মায়। তাদের মৃত্যুঝুঁকি বেশি।

বিশেষজ্ঞরা বলেছেন, সময়ের আগে কম ওজন নিয়ে জন্মানো নবজাতকের হার পৃথিবীর মধ্যে সবচেয়ে বেশি বাংলাদেশে। শিশুমৃত্যুর হার কমানোর সহস্রাব্দ লক্ষ্যমাত্রা পূরণে এসব শিশুকে বাঁচিয়ে রাখা জরুরি।

কেন মৃত্যুর ঝুঁকি : বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিব মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয়ের (বিএসএমএমইউ) শিক্ষক ও হেল্পিং বেবিজ ব্রিদ' কর্মসূচির প্রধান প্রশিক্ষক সঞ্জয় কুমার দে বলেন, সময়ের আগে জন্মানো শিশুর সব অঙ্গপ্রত্যঙ্গই অপরিণত থাকে। শরীরে যে পরিমাণ তাপ থাকা দরকার তাদের তা থাকে না। দুধ চুষে খাওয়ার ক্ষমতা থাকে না বলে খাবার পাকস্থলীতে না গিয়ে ফুসফুসে চলে যায়। শিশুর শ্বাস বন্ধ হয়ে যায়।

চিকিৎসকরা বলেছেন, অপরিণত নবজাতকের রোগপ্রতিরোধ-ক্ষমতা কম। প্রাপ্তবয়স্কদের একটি অঙ্গে সংক্রমণ হতে পারে, অপরিণত নবজাতকের সারা শরীরে সংক্রমণ হয় (সেপটিসেমিয়া)। এরা জন্ডিসে আক্রান্ত হয় বেশি।

আমেরিকান একাডেমি অব পেডিয়াট্রিকসের এক গবেষণা-প্রবন্ধ বলছে, অপরিণত শিশুদের অনেকেরই স্নায়ুতন্ত্রের সমস্যা হয়। প্রবন্ধকার নায়লা জামান চৌধুরী ঢাকা শিশু হাসপাতালে ডিসেম্বর ১৯৯৮ থেকে জুলাই ২০০৩ সাল পর্যন্ত চিকিৎসা নিতে আসা শিশুদের ওপর গবেষণাকাজটি করেন।

কী কারণে এমন শিশু : একাধিক গবেষণায় দেখা গেছে, ১৮ বছরের নিচে ও ৪০ বছরের ওপরে যেসব নারী গর্ভধারণ করেন, তারা অপরিণত শিশু জন্ম দেন বেশি।

ওয়াশিংটন ইউনিভার্সিটির স্ত্রীরোগ ও প্রসূতিবিদ্যা বিভাগের এক গবেষণায় (প্রিভেনটিং প্রিটার্ম বার্থ অ্যান্ড নিওনেটাল মর্টালিটি : এক্সপ্লোরিং দ্য এপিডেমিওলোজি, কজেস অ্যান্ড ইন্টারভেনশনস) অপরিণত শিশুর জন্মের প্রধান কারণ মায়ের সংক্রমণ। এতে বলা হয়েছে, ৫০ ভাগ ক্ষেত্রে সংক্রমণের কারণে মাতৃগর্ভে ২৮ সপ্তাহ থাকার আগে শিশুর জন্ম হতে পারে। গবেষণায় ম্যালেরিয়া ও ম্যালেরিয়ার কারণে রক্তস্বল্পতা ও গর্ভফুলে সংক্রমণ, সিফিলিস, অ্যাক্রামশিয়া, মায়ের অতিরিক্ত পরিশ্রম ও দূষণের কারণে অপরিণত শিশু জন্মায় বলে উল্লেখ আছে।

যুক্তরাষ্ট্রের সেন্টার ফর ডিজিজ কন্ট্রোল (সিডিসি) ও আয়ারল্যান্ডের ডাবলিনে দুই বছর ধরে পরিচালিত এক গবেষণায় দেখা গেছে, কর্মক্ষেত্রে ঢোকার আগে ও পরে ধূমপান নিষিদ্ধ করায় অপরিণত শিশু জন্মের হার ২৫ শতাংশ কমেছে। সিডিসি বলেছে, অনিয়ন্ত্রিত রক্তচাপ ও ডায়াবেটিসের কারণেও শিশু জন্মাতে পারে।

বাংলাদেশে সময়ের আগে সন্তান জন্ম দেওয়ার প্রধান কারণ অপুষ্টি ও অতিরিক্ত পরিশ্রম বলে মনে করেন স্ত্রীরোগ ও প্রসূতিবিদ্যা বিশেষজ্ঞ বায়েছ ভূঁইয়া। তিনি বলেন, অপুষ্টিতে আক্রান্ত মায়েদের জরায়ু অনেক সময় ৩৭ সপ্তাহ সন্তান ধরে রাখতে পারে না। এ ছাড়া

যেসব মা অতিরিক্ত পরিশ্রম করেন, তাদের জরায়ুর দ্রুত সংকোচন হয়। ফলে সন্তান দ্রুত ভূমিষ্ঠ হয়।

পুষ্টিবিদ এস কে রায় বলেন, অপুষ্টিতে আক্রান্ত মেয়েদের জরায়ু দুর্বল। অন্যদিকে অপুষ্টির সঙ্গে সংক্রমণের সম্পর্ক আছে। অপুষ্টিতে আক্রান্ত মায়েদের অপরিণত শিশু জন্ম দেওয়ার হার বেশি।

সেবা-পরিস্থিতি : *জাতিসংঘ শিশু তহবিলের বিশ্ব শিশু পরিস্থিতি ২০১১ অনুযায়ী, বাংলাদেশে প্রতি হাজারে জীবিত জন্মে ২২টি শিশু সময়ের আগে কম ওজন নিয়ে জন্মায়। ১১ শতাংশ শিশু অপরিণত জন্ম ও কম ওজনের কারণে মারা যায়, সংক্রমণে মারা যায় ৩৪ শতাংশ। সংক্রমণে মারা যাওয়া শিশুদের অর্ধেকই অপরিণত অবস্থায় জন্মায়। এককভাবে নবজাতক মৃত্যুর অন্যতম কারণ সময়ের আগে অল্প ওজন নিয়ে জন্ম নেওয়া।*

জাতীয় নবজাতক স্বাস্থ্য কৌশল-২০০৯ অনুযায়ী, ৩৪ সপ্তাহের নিচে ১৮০০ গ্রামের কম ওজন নিয়ে জন্মালে সেই শিশুকে হাসপাতালে নিতে হবে। কিন্তু উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র দূরে থাক, জেলা হাসপাতালগুলোতেও এই শিশুদের উপযুক্ত ব্যবস্থা নেই।

ঢাকা মেডিকেল কলেজ হাসপাতালের নবজাতক ইউনিটে চারটি ইনকিউবেটর ও ২১টি শয্যা থাকলেও কৃত্রিম উপায়ে শ্বাসপ্রশ্বাসের ভেন্টিলেটর নেই। প্রতিষ্ঠানের পরিচালক শহীদুল হক মল্লিক বলেন, হাসপাতালে গড়ে ২০টি অস্ত্রোপচার হলে কমপক্ষে পাঁচটি শিশুর বাড়তি যত্নের প্রয়োজন হয়। ১৫ ডিসেম্বর ওই হাসপাতালে মিনারা বেগম নামের এক নারী বলেন, তার নাতিকে অন্য জায়গায় নিতে হচ্ছে ভেন্টিলেটর নেই বলে।

বিএসএমএমইউতে এমন শিশুদের জন্য ১৮টি শয্যা আছে। ঢাকা শিশু হাসপাতালে নবজাতকদের জন্য আলাদা ইউনিট আছে।

সরকারি কর্মকর্তারা বলেছেন, অপরিণত শিশুকে বাঁচিয়ে রাখতে সরকারের উদ্যোগে মায়েদের সচেতন করার মধ্যেই সীমাবদ্ধ। আইএমসিআই কর্মসূচির আওতায় 'ক্যাঙ্গারু মাদার কেয়ার' পদ্ধতিকে জনপ্রিয় করার চেষ্টা চলছে। এ পদ্ধতিতে মাকে তার অনাবৃত বুকে সন্তানকে চেপে ধরতে বলা হয় শিশুর শরীরের তাপমাত্রা বাড়ানোর জন্য।

এই প্রতিবেদনে আমরা নতুন বেশ কিছু বিষয় দেখাতে পাই :

০১. অপুষ্টির একটি সুনির্দিষ্ট বিষয় নিয়ে এ রকম ব্যাখ্যামূলক প্রতিবেদন খুব কম দেখা যায়। প্রতিবেদনে অপরিণত জন্মের কারণ ও পরিণতি স্পষ্ট করে ব্যাখ্যা করার চেষ্টা লক্ষ করা যায়।

০২. তথ্য ও বক্তব্য প্রতিষ্ঠিত করার জন্য আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত একাধিক গবেষণা সাময়িকীর তথ্য ব্যবহার প্রতিবেদনকে সমৃদ্ধ করেছে।

০৩. দেশের শীর্ষস্থানীয় শিশুস্বাস্থ্যবিদ, পুষ্টিবিদ ও প্রসূতি রোগ বিশেষজ্ঞের মতামত ও বক্তব্য প্রতিবেদনে দেওয়া হয়েছে।

০৪. এই প্রতিবেদনে অনেক নতুন তথ্য আছে এবং করণীয় সম্পর্কে বলা আছে। পাঠক একই সঙ্গে নতুন তথ্য জানবেন, পাশাপাশি তার সচেতনতাও বাড়বে।

০৫. অনেকে অভিযোগ করেছেন যে, প্রতিবেদনটি দীর্ঘ। হয়তো কিছুটা ছোট করা যেত।

০৬. তিনটি গবেষণার উল্লেখ আছে প্রতিবেদনে। তবে গবেষণাপত্রগুলোর নাম ও সময় উল্লেখ করার সুযোগ ছিল কি না, তা ভেবে দেখা যেতে পারে।

বিশুদ্ধ খাদ্য নিশ্চিত করতে পদক্ষেপ নেওয়ার আহ্বান

খাদ্যে ভেজালের কারণে সৃষ্ট বিভিন্ন সামাজিক রোগ প্রতিকার এবং বিশুদ্ধ খাদ্য নিশ্চিত করতে সরকারের প্রতি ব্যবস্থা নেওয়ার আহ্বান জানিয়েছেন পরিবেশ নেতারা।

গতকাল মঙ্গলবার রাজধানীর চারুকলা ইনস্টিটিউটের সামনে পরিবেশ বাঁচাও আন্দোলন (পবা) আয়োজিত 'জনস্বাস্থ্য ও অর্থনীতি বিবেচনায় বিশুদ্ধ খাদ্য নিশ্চিত করতে কঠোর পদক্ষেপ জরুরি' শীর্ষক মানববন্ধনে পরিবেশ নেতারা এ আহ্বান জানান।

মানববন্ধনে নেতারা বলেন, রাসায়নিক মেশানো এসব সবজি ও ফল খেয়ে মানুষ শ্বাসকষ্ট, অ্যাজমা, গ্যাস্ট্রিক, লিভার নষ্ট ও ক্যানসারের মতো মরণঘাতী রোগে আক্রান্ত হতে পারে। রাসায়নিক মেশানো ফল খেয়ে শিশুরা সবচেয়ে বেশি ক্ষতিগ্রস্ত হচ্ছে। গর্ভবতী মহিলারা জন্ম দিচ্ছে বিকলাঙ্গ শিশু।

মানববন্ধনে পবার সম্পাদক হাফিজুর রহমান, প্রোগ্রাম অফিসার আতিক মোর্শেদ, গ্রিনমাইন্ড সোসাইটির সভাপতি আমির হাসান, বিআরটিসির পরিচালক মো. মাহবুবুল হক, অধ্যক্ষ ব্রজেন্দ্র দেবনাথ, গার্হস্থ্য অর্থনীতি কলেজের মুনমুন প্রমুখ উপস্থিত ছিলেন।

এই প্রতিবেদন লেখার সময় আরো সতর্ক ও মনোযোগী হওয়া দরকার ছিল :

০১. সংবাদ সূচনায় যে 'সামাজিক রোগ প্রতিকার' এর কথা বলা হয়েছে, তা কী? আদৌ কি এ রকম কোনো বিষয় আছে?

০২. 'পরিবেশ নেতা' বলে আসলে কি কোনো নেতা আছে? যাঁদের কথা বলা হয়েছে এঁরা কি আদৌ নেতা?

০৩. তৃতীয় অনুচ্ছেদে 'এসব সবজি ও ফল'-এর কথা বলা হয়েছে। এই অনুচ্ছেদের আগে কোনো সবজি বা ফলের কথা বলা হয়নি। সুতরাং 'এসব' লেখা যথার্থ হয়নি।

০৪. একই অনুচ্ছেদে 'মরণঘাতী রোগে' আক্রান্ত হওয়ার আশঙ্কার কথা বলা হয়েছে। এই 'মরণঘাতী' শব্দের অর্থ কী?

০৫. প্রতিবেদনের শেষে বা চতুর্থ অনুচ্ছেদে কয়েকজনের নাম ও পরিচয় দেওয়া হয়েছে। এ ক্ষেত্রে কিছু ভুল আছে। নাম-পরিচয় দেওয়ার ক্ষেত্রে যত্নবান হওয়া প্রত্যেক সাংবাদিকের প্রাথমিক দায়িত্ব।

কেশবপুরে পুষ্টি কর্নার চালু অনুষ্ঠানে হট্টগোল, আয়োজকরা তোপের মুখে

কেশবপুর উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে পুষ্টি কর্নার চালু করা হয়েছে। বুধবার সকালে এ উপলক্ষে এক আলোচনা সভার আয়োজন করা হয়। তবে কর্তৃপক্ষ গোঁজামিল দিয়ে ১০ মিনিটেই অনুষ্ঠানের সমাপ্তি ঘোষণা করায় আগতদের তোপের মুখে পড়েন।

প্রত্যক্ষদর্শী সূত্রে জানা গেছে, হাসপাতালে পুষ্টি কর্নার চালু উপলক্ষে বুধবার এক অনুষ্ঠানের আয়োজন করা হয়। উপজেলা চেয়ারম্যান, ভাইস চেয়ারম্যান, ইউপি চেয়ারম্যান, উপজেলা নির্বাহী অফিসার, বিভিন্ন অফিসের কর্মকর্তা ও সাংবাদিকদের সেখানে আমন্ত্রণ জানানো হয়। সভায় কোনো নিয়ম না মেনে আমন্ত্রিত উপস্থিত প্রত্যেককে ৭০০ টাকা ও একটি নাশতার প্যাকেট হাতে ধরিয়ে উপজেলা স্বাস্থ্য কর্মকর্তা ডাক্তার আব্দুস সামাদ ১০ মিনিটেই অনুষ্ঠানের সমাপ্তি ঘোষণা করেন। ফলে মঙ্গলকোট ইউপি চেয়ারম্যান মনোয়ার হোসেন পুষ্টি সম্পর্কে আলোচনা না করায় আপত্তি তোলেন। এ সময় স্বাস্থ্য কর্মকর্তা আগতদের তোপের মুখে পড়েন। এদিকে অনুষ্ঠানে অর্ধশতাধিক ব্যক্তিকে আমন্ত্রণ জানানোর কথা থাকলেও মাত্র ২০/২২ জনকে আমন্ত্রণ করে অন্যান্য কর্মসূচির ন্যায় পুষ্টি অনুষ্ঠানও খাতা-কলমে পালন করে অর্থ আত্মসাৎ করার চেষ্টার অভিযোগ উঠেছে। এ ব্যাপারে স্বাস্থ্য কর্মকর্তা ডাক্তার আব্দুস সামাদ জানান, সময় স্বল্পতার কারণে দ্রুত সভা শেষ করা হয়েছে।

এই প্রতিবেদনে অনেক গুরুত্বপূর্ণ বিষয় ও ভুল আছে :

০১. জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠানের কর্মকর্তারা জানিয়েছেন, পুষ্টি কর্নার আনুষ্ঠানিকভাবে উদ্বোধন করার নির্দেশ তাদের ছিল না। তা হলে অনুষ্ঠানটি কোন বিষয়ে ছিল।

০২. এটি খুবই একটি গুরুত্বপূর্ণ প্রতিবেদন। পুষ্টি নিয়ে মাঠ পর্যায়ে কোন ধরনের অনিয়ম-দুর্নীতি হয়, এই ছোট প্রতিবেদনে তার ইঙ্গিত রয়েছে।

০৩. পুষ্টি কর্নার কী? পুষ্টি কর্নার কারা পরিচালনা করবেন? মানুষ এই কর্নার থেকে কোন কোন সেবা পাবেন—এসব প্রশ্নের উত্তর থাকা দরকার ছিল।

০৪. এখানে 'গোঁজামিল' কী হয়েছে তা আরো স্পষ্ট করে বলতে হতো।

০৫. এই আলোচনা সভা আয়োজনের উদ্দেশ্য কী ছিল। অংশগ্রহণকারীদের কীভাবে আমন্ত্রণ জানানো হয়েছিল। অর্ধ শতাধিক মানুষকে আমন্ত্রণ জানানোর কথা ছিল, এ কথা কে বলেছে?

০৬. অর্থ আত্মসাতের চেষ্টার অভিযোগ কে করেছেন?

০৭. খাতা-কলমে হিসাব দেখিয়ে অন্যান্য কর্মসূচি থেকে টাকা আত্মসাতের ইঙ্গিত দেওয়া হয়েছে। সুনির্দিষ্ট কর্মসূচি ও তারিখ উল্লেখ করা দরকার ছিল।

০৮. পুষ্টি কর্নার উদ্বোধন করা গুরুত্বপূর্ণ কাজ। উপজেলা স্বাস্থ্য কর্মকর্তা সময়ের স্বল্পতার কথা বলেছেন। ওই দিন আদৌ কি তার হাতে অন্য কোনো কাজ ছিল?

দুর্গাপুরে শিশুদের জন্য পুষ্টিকণা বিষয়ক কর্মশালা

স্প্রিংকেলস প্রোগ্রাম ও ব্র্যাক স্বাস্থ্য, পুষ্টি ও জনসংখ্যা প্রোগ্রামের আয়োজনে ব্র্যাক অফিস দুর্গাপুরে ছয় মাস থেকে পাঁচ বছরের শিশুর পিতাদের নিয়ে কর্মশালার আয়োজন করা হয়েছে। ব্র্যাক স্বাস্থ্য, পুষ্টি ও জনসংখ্যা প্রোগ্রামের জেলা ব্যবস্থাপক অমর হালদারের সভাপতিত্বে কর্মশালায় উপস্থিত ছিলেন দুর্গাপুর উপজেলা স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা অফিসার ডা. এস এফ এম খায়রুল আতাতুর্ক, জেলা ব্র্যাক প্রতিনিধি এ কে এম জাহেবুল ইসলাম, উপজেলা ব্যবস্থাপক নিলুফা আক্তার জাহান ও এলাকা ব্যবস্থাপক নূরুল ইসলাম।

এ রকম প্রতিবেদন আমরা অনেক দেখি। এসব ভুল কেন হয় :

০১। শিরোনামে 'পুষ্টিকণা' উল্লেখ আছে। প্রতিবেদনের ভিতরে এ সম্পর্কে কিছু নেই। 'পুষ্টিকণা' কী?

০২। সূচনাতে স্প্রিংকেলস প্রোগ্রামের উল্লেখ আছে। এই প্রোগ্রামটা কাদের, কী কাজ এদের? এদের সঙ্গে ব্র্যাকের সম্পর্ক কী?

০২। এই কর্মশালা কবে হয়েছে? এই কর্মশালার উদ্দেশ্য কী ছিল?

০৩। শুধু পিতাদের নিয়ে কর্মশালা কেন? মাতাদের নিয়ে নয় কেন?

০৪। কতজন পিতা এই কর্মশালায় উপস্থিত ছিলেন? এদের কি কোনো সম্মানী দেওয়া হয়েছিল?

০৫। কর্মশালায় কোন বিষয়ে আলোচনা হয়েছে?

Vitamin-enriched Rice

Field test delayed

Scientists wait for approval from regulators

Regulators' foot-dragging has failed scientists in field-testing Vitamin A-enriched rice, better known as "Golden Rice".

A year passed by since the researchers sought approval for a "confined field trial" on Golden Rice but they are still to get a response.

As a result, the plant breeders at Bangladesh Rice Research Institute (BRRI), who have been trying to develop a Vitamin A-enriched rice variety suitable for Bangladesh's agro-ecological climate, missed out one growing season (Boro) and now fear missing out the next season too.

Golden Rice, widely acclaimed for its perceived potential to fight Vitamin A deficiency (VAD) in expecting mothers and children, successfully went through greenhouse trial process at the BRRI early last year.

Then in September, the researchers sought approval from the biosafety regulators to do the field trial in a controlled-environment within the BRRI facilities before advancing into production phase but to no effect so far.

Starting the greenhouse trial around the same time as the BRRI, the Philippines' national rice research institute — PhilRice — has advanced two steps ahead by already completing confined field trial and multi-location field trials, thanks to pro-active regulatory support in that country.

Golden Rice is a "transgenic" crop, and special approval from the biosafety authorities is a prerequisite for conducting field trials on such crops.

Something is described as transgenic when genes from a different species are transferred to a plant or animal by using genetic engineering technique to increase its vigour.

"We've conducted greenhouse trials long ago and are still waiting for approval for conducting confined field trial," said Dr. Helal Uddin Ahmed, who heads the plant breeding division of the state-run BRRI.

Helal said they found very good results from greenhouse trial as the yield potential of Golden Rice turned out to be as good as that of BrriDhan-29, the country's most productive Boro rice variety.

BRRI plant breeding division's Chief Scientific Officer Dr. Alamgir Hossain told ....,"We applied for confined field trial of Golden Rice in September, 2012, hoping to go for the trial in Boro season (Nov-Dec last)." But they are now worried whether they would be able to do so even in the upcoming Boro season if the approval is not given in time.

Officials concerned said the BRRI application has gone through several scrutiny processes at the Ministry of Agriculture, and Bangladesh Agricultural Research Council (BARC) since September last and has been lying with the Ministry of Environment for several months now.

Reached over the phone, BARC Executive Chairman Dr. Wais Kabir confirmed forwarding the council's approving view to the agriculture ministry long ago, and said the ministry also paved the way for Golden Rice trial. "It's now lying with the environment ministry," he added.

But the National Committee on Biosafety (NCB), headed by the environment secretary, is yet to take up the issue. In Bangladesh, the environment ministry is responsible for implementing the Cartagena Protocol on Bio-safety and the NCB is the authority for ensuring safe management of modern biotechnological development.

Mohammed Solaiman Haider, who acts as the NCB member-secretary, however, told this correspondent that the environment ministry received the petition only three/four months ago.

"We'll soon hold a meeting of the NCB and discuss the Golden Rice trial issue, among other, things," said Solaiman, a deputy director of the Department of Environment.

Asked, Prof Dr. M Imdadul Hoque, dean of biological sciences faculty at Dhaka University, and a member of the Bio-safety Core Committee (BCC), an auxiliary body of the NCB, said that a working paper is in the process of being placed at the next NCB meeting for approval of Golden Rice trial.

The transgenic technology in rice was first applied by Prof Ingo Potrykus, then at the Institute for Plant Sciences of the Swiss Federal Institute of Technology, and Prof Peter Beyer of the University of Freiburg, Germany. Their insertion of beta carotene-enriched gene from daffodil to rice drew world attention back in the late '90s, and the rice became known as Golden Rice because of the grains' golden colour.

After years of research and experiments, the IRRI found that transfer of beta carotene gene to rice from corn was more rewarding than that from daffodil.

On April 13, 2011, Seattle-based Bill and Melinda Gates Foundation sanctioned a grant of over $10 million to the IRRI to fund, develop and evaluate Golden Rice varieties for Bangladesh and the Philippines. The Foundation expects that Golden Rice variety of BRRI Dhan-29 will be ready for regulatory approval by 2015.

Bangladesh's most productive rice variety — BRRI Dhan-29 — along with an IRRI variety, — IR-64 — and a Filipino variety, RC-28, has gone through the process in which these were genetically engineered to contain more corn gene responsible for producing beta carotene, a source of vitamin A.

The IRRI says that globally about 6,70,000 children die every year and another 3,50,000 go blind because of vitamin A deficiency.

According to the World Health Organisation (WHO), global database on vitamin A deficiency, one in every five pre-school children in Bangladesh is vitamin A-deficient, and 23.7 percent of expecting mothers are affected

by vitamin A deficiency.

Once released commercially, BRRI breeder Alamgir said, consumption o only 150 gram of Golden Rice a day would provide half of the recommended daily allowance (RDA) of Vitamin A for an adult. This is expected to revolutionise fighting vitamin A deficiency in the mostly rice-eating Asian countries where the poor have limited access to Vitamin A sources other than rice.

যেসব প্রতিবেদনে বিজ্ঞান ও বিতর্কের বিষয় থাকে সে ক্ষেত্রে সতর্কতা খুব জরুরি :

০১. নতুন জাত প্রবর্তন করার ধাপগুলো এক অনুচ্ছেদে বলা দরকার ছিল।

০২. 'গোল্ডেন রাইস'-এর পক্ষে অনেক কথা বলা হয়েছে। কিন্তু এর বিরোধী মত/পক্ষ আছে। সেই পক্ষের কথাও থাকা দরকার ছিল।

০৩. ঠিক কোন কারণে, কোথায় ট্রায়ালটা আটকে আছে প্রতিবেদনে তা স্পষ্ট না।

০৪. অনুপুষ্টি-উপাদানসমৃদ্ধ ধানের বৈজ্ঞানিক তথ্যের দুটি দিক আছে। প্রথমত, উদ্ভাবন-প্রক্রিয়া নিয়ে। দ্বিতীয়ত, যা দাবি করা হচ্ছে সেভাবে নতুন জাত মানুষের কাজে আসবে কি না।

৩

পুষ্টি কী, অপুষ্টি কী

পুষ্টি কী, অপুষ্টি কী

দেশের পুষ্টিবিদ, গবেষক ও আমলারা এবং বিভিন্ন সরকারি প্রতিষ্ঠানের কর্মকর্তা-কর্মচারীরা nutrition-এর বাংলা প্রতিশব্দ হিসেবে 'পুষ্টি' ব্যবহার করছেন। সাধারণ মানুষও সেই অর্থ গ্রহণ করে ব্যবহার করছেন। চিকিৎসা ও পুষ্টিশাস্ত্রের বাইরে কবি-সাহিত্যিক কৃষিবিদের লেখায় এবং অভিধানে পুষ্টি ও অপুষ্টি বিষয়ে আরো কিছু শব্দ দেখতে পাওয়া যায়। তবে মূল ধারার পুষ্টি আলোচনায় এসব শব্দের প্রয়োগ দেখা যায় না।

'অপুষ্টি', 'অতিপুষ্টি', 'পুষ্টির অভাব', 'অপুষ্টির শিকার'—এসব শব্দের ব্যবহার হতে দেখা যাচ্ছে। তবে পরিপুষ্টি, পুষ্টিবিধান, পুষ্টিসাধন, পুষ্টিসম্পাদন, পুষ্টিবর্ধন, পুষ্টিবৃদ্ধি, বলন, বলবর্ধন, শক্তিবর্ধন—এসব শব্দের ব্যবহার খুব একটা দেখা যায় না। 'পুষ্টিকর' বা 'স্বাস্থ্যকর' শব্দের ব্যবহার হতে দেখা গেলেও পুষ্টিবর্ধক, পুষ্টিদায়ক, বলকারক, বলবর্ধক, বলদায়ক, পুষ্টিবিধায়ক, শক্তিবর্ধক, স্বাস্থ্যদায়ী, স্বাস্থ্যবর্ধকের ব্যবহার নাই বললেই চলে।

'অপুষ্টির শিকার' শিশুর বিপরীতে অধিকাংশ সময় 'স্বাভাবিক' শিশুকে বোঝানো হয়। কিন্তু 'পুষ্ট শিশু' বলতে শোনা যায় না বা লেখায় দেখা যায় না। হৃষ্টপুষ্ট, পুরুষ্ট, পরিপুষ্ট, নধর, গোলগাল, মোটাসোটা, বলবান, বলশালী, তাগড়াই, মোটা, দশাসই, স্বাস্থ্যবান—এসব শব্দ ইতিবাচক। এদের বিপরীত শব্দই অপুষ্টির সঙ্গে সম্পর্কিত। স্বাস্থ্যহীনতা, দুর্বলতা, বলহীনতা, দৌর্বল্য, স্বাস্থ্যনাশ, স্বাস্থ্যভঙ্গ, কৃশতা, ক্ষীণতা, শীর্ণতা—এসব শব্দ অপুষ্টি-পরিস্থিতি ফুটিয়ে তোলে।

Oxford 'FOOD & NUTRITION' অভিধানে পুষ্টির অর্থ হচ্ছে : The process by which living organisms take in and use food for the maintenance of life, growth, the functioning of organs and tissues, and the production of energy...

সরকারের জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান স্বাস্থ্যকর্মীদের জন্য তৈরি করা 'পুষ্টি বিষয়ক প্রশিক্ষণ সহায়িকা'য় বলেছে : শরীরে পরিশোষিত খাদ্যের প্রতিফলই হলো পুষ্টি। পুষ্টি হলো একটি গতিশীল প্রক্রিয়া, যার মাধ্যমে গ্রহণ করা খাদ্য দেহে শোষিত হয়ে শরীরে তাপ ও শক্তি উৎপন্ন হয়। শরীরের বৃদ্ধি সাধন করে, সর্বোপরি শরীরের রোগপ্রতিরোধ-ক্ষমতার সৃষ্টি করে।

পুষ্টির মূলে আছে খাদ্য। খাদ্যে ছয় ধরনের উপাদান থাকে :

(১) শর্করা বা শ্বেতসার (Carbohydrate)

(২) আমিষ (Protein)

(৩) স্নেহ বা তেল (Fat and oil)

(৪) ভিটামিন বা খাদ্যপ্রাণ (Vitamin)

(৫) খনিজ লবণ (Mineral)

(৬) পানি (Water)

শরীরে পুষ্টির চাহিদা অনুযায়ী সাধারণত তিন ধরনের খাবারের প্রয়োজন হয় :

(১) তাপ ও শক্তি উৎপাদনকারী খাদ্য (উদাহরণ : ভাত, রুটি, গুড়, চিনি, মিষ্টি আলু, পাউরুটি, চাপাতি, তেল, মাখন, মধু, বিস্কুট, বাদাম, নারকেল);

(২) শরীরের ক্ষতিপূরণ ও বৃদ্ধিকারক খাদ্য (উদাহরণ : মাছ, মাংস, দুধ, ডিম, কলিজা, সয়াবিন, বিভিন্ন ধরনের ডাল);

(৩) রোগপ্রতিরোধী খাদ্য (উদাহরণ : গাঢ় সবুজ ও রঙিন শাকসবজি, ফলমূল, পাকা আম, পেঁপে কাঁঠাল, আনারস, পেয়ারা, কলা, লেবু, গাজর, মিষ্টি কুমড়া, ছোট মাছ, দুধ, শিম, কলিজা)।

পুষ্টির আলোচনায় গুরুত্বপূর্ণ অংশ জুড়ে থাকে সুষম খাদ্যের বিষয়টি। দেহের প্রয়োজন মতো এবং বয়স ও লিঙ্গভেদে ঠিক মাত্রায় পুষ্টি-উপাদান থাকে যে খাদ্যে, তাকে বলা হচ্ছে সুষম খাদ্য। সুষম খাদ্য একই সঙ্গে শক্তিদায়ক, শরীর বৃদ্ধিকারক ও রোগপ্রতিরোধী। আবার সুষম খাদ্যে শর্করা, আমিষ, স্নেহ, ভিটামিন, খনিজ ও পানি প্রয়োজনমতো সঠিক পরিমাণে থাকতে হবে। মনে রাখা দরকার, দুই বছরের শিশুর জন্য যা সুষম খাদ্য, ৩০ বছরের যুবকের জন্য তা নয়। যুবক ও বৃদ্ধের সুষম খাদ্যে ভিন্নতা আছে। ৩০ বছরের একজন নারী এবং একই বয়সের একজন গর্ভবতী মায়ের সুষম খাদ্যের পরিমাণে পার্থক্য আছে। একই বয়সের ভিন্ন উচ্চতা ও লিঙ্গভেদে, কায়িক পরিশ্রমভেদে সুষম খাদ্যের পরিমাণের পার্থক্য হয়।

অপুষ্টি

দুর্বল, নির্বল, কাহিল, নিস্তেজ, কাবু, রোগা, কৃশ, ক্ষীণ, শীর্ণ, পাতলা, রোগাপটকা, হাড্ডিসার, হাড়জিরজিরে, কঙ্কালসার, অস্থিচর্মসার, চিমসে, ভগ্নদেহ, ক্ষীণকায়, অল্পপ্রাণ, হীনবল, শক্তিহীন, রুগ্ণ—এসব মানুষ অপুষ্টির শিকার। অর্থাৎ এরা প্রয়োজন অনুযায়ী খাদ্য

পায়নি বা পায় না। সুষম খাদ্যের অভাবেও এরকম হতে পারে।

'পুষ্টি বিষয়ক প্রশিক্ষণ সহায়িকা'য় বলা হয়েছে : প্রয়োজনের তুলনায় অপর্যাপ্ত বা অতিরিক্ত খাদ্য গ্রহণের ফলে যে অবস্থার সৃষ্টি হয় তা 'অপুষ্টি'। খাদ্য সুষম না হলে, অপরিমিত বা অপর্যাপ্ত খাদ্য গ্রহণ করলে, খাদ্যে এক বা একাধিক পুষ্টি উপাদানের ঘাটতি থাকলে, পরিপাক বা পরিশোষণে ব্যাঘাত ঘটলে মানুষ অপুষ্টির শিকার হয়।

অপুষ্টির শিকার হলে দেহের স্বাভাবিক বৃদ্ধি ও গঠন বাধাগ্রস্ত হয়। অপুষ্টির শিকার হলে দেহে রোগপ্রতিরোধ-ক্ষমতা কমে যায়। অপুষ্টি দীর্ঘস্থায়ী হলে মানুষ অসুস্থ হয়ে পড়ে। অপুষ্টির শিকার মানুষের কর্মক্ষমতা লোপ পায়।

অপুষ্টির কারণ

০১. খাদ্যনিরাপত্তার অভাব

০২. পরিবারের স্বল্প আয়

০৩. অস্বাস্থ্যকর পরিবেশ

০৪. অপর্যাপ্ত সেবা

০৫. কৃমি সংক্রমণ

০৬. নিরক্ষরতা

০৭. কুসংস্কার

০৮. বারবার রোগাক্রান্ত হওয়া

০৯. মহামারির প্রাদুর্ভাব

১০. ত্রুটিপূর্ণ খাদ্যাভ্যাস

১১. খাবার ও পুষ্টিমান সম্পর্কে অজ্ঞতা

১২. ত্রুটিপূর্ণ খাবার প্রস্তুতপ্রণালি

১৩. স্থানীয় সহজলভ্য পুষ্টিকর খাদ্যের সঠিক ব্যবহার সম্পর্কে অজ্ঞতা

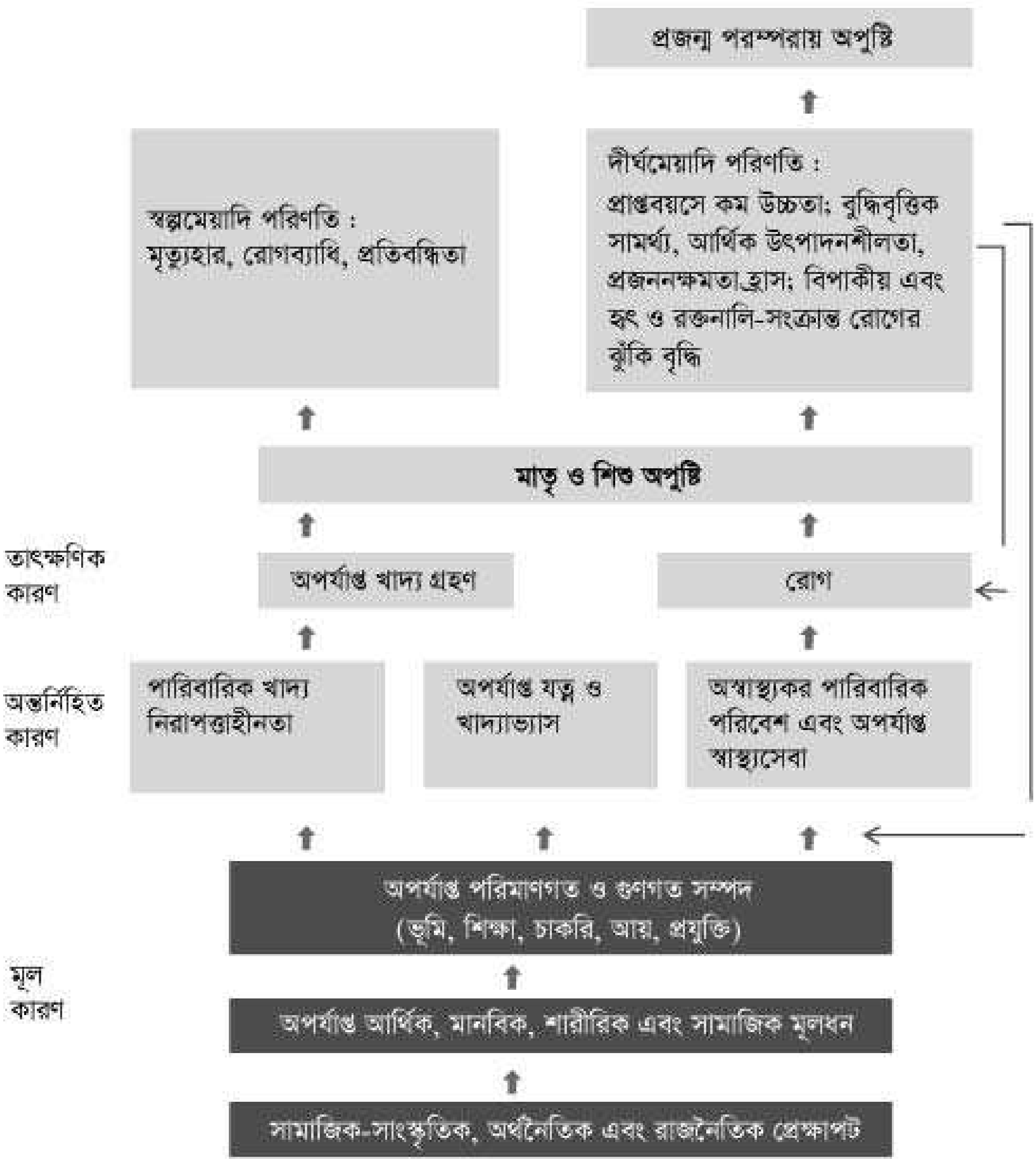
১৪. প্রয়োজনের চেয়ে অধিক পরিমাণে খাদ্য দীর্ঘদিন ধরে খাওয়া

১৫. অনিরাপদ বা ভেজাল খাদ্য

ইউনিসেফ ১৯৯০ সালে অপুষ্টির কার্যকারণ সম্পর্কের একটি মডেল দাঁড় করিয়েছিল।

মডেলটি এ রকম :

অপুষ্টির মৌলিক কার্যকারণ মডেল



কালো তির চিহ্ন দিয়ে দেখানো হচ্ছে যে অপুষ্টির পরিণতিতে অন্তর্নিহিত ও মূল কারণে ফিরে আসতে হতে পারে, যা অপুষ্টি, দারিদ্র্য ও অসমতার চক্রকেই দেখাচ্ছে।

সূত্র : জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান

ইউনিসেফ অপুষ্টির কারণকে মূল, অন্তর্নিহিত ও তাৎক্ষণিক এই তিন ভাগে ভাগ করেছে।

মূল কারণ : অপুষ্টির মূল কারণ সম্পদের অপ্রাপ্যতা। এর পাশাপাশি সামাজিক, রাজনৈতিক, আদর্শিক ও অর্থনৈতিক প্রেক্ষাপটের সম্পর্ক আছে। যেমন, সুদানে দীর্ঘদিনের রাজনৈতিক অস্থিরতার কারণে সেখানে অপুষ্টির হার অনেক বেশি।

অন্তর্নিহিত কারণ : অপুষ্টির অন্তর্নিহিত কারণকে তিনটি ভাগ করা যায়। খাদ্যনিরাপত্তাহীনতা, অপর্যাপ্ত যত্ন ও খাদ্যাভ্যাস এবং অস্বাস্থ্যকর পারিবারিক পরিবেশ ও অপর্যাপ্ত স্বাস্থ্যসেবা। যত্নের অভাবের পাশাপাশি নিরাপদ পানির অভাব ও স্বাস্থ্যসম্মত শৌচাগার না থাকায় রোগের প্রাদুর্ভাব বা সংক্রমণের হার বাড়ে এবং রোগ সংক্রমণের হার বাড়ার সাথে সাথে অপুষ্টির হারও বাড়তে থাকে।

তাৎক্ষণিক কারণ : অপুষ্টির তাৎক্ষণিক কারণ অপর্যাপ্ত খাবার ও রোগব্যাধির প্রকোপ। শরীরের পুষ্টি চাহিদার তুলনায় জোগান কম হলে বা জোগানে তারতম্য হলে অপুষ্টি দেখা দেয়। রোগব্যাধি বা সংক্রমণের কারণে শারীরিক পুষ্টিচাহিদা বাড়ে, ক্ষুধামন্দা তৈরি হয়, শরীরে আন্ত্রিক শোষণের পরিমাণ কমে যায়—এতে মানুষ অপুষ্টির শিকার হয়।

অপুষ্টি ও সংক্রমণ একই সময়ে শরীরে উপস্থিত থাকতে পারে। অপুষ্টির কারণে সংক্রমণ হয়, আবার সংক্রমণের কারণেও অপুষ্টি দেখা দেয়। একে অপুষ্টি-সংক্রমণ চক্র বলে। যেমন—অপুষ্ট শিশু ঘন ঘন ডায়রিয়া, হাম নিউমোনিয়ায় ভোগে। আবার ডায়রিয়া, নিউমোনিয়ায় ঘন ঘন আক্রান্ত হলে শিশু অপুষ্টিতে ভুগতে পারে।

অপুষ্টির পরিণতি

- ✓ বাংলাদেশসহ উন্নয়নশীল দেশগুলোতে পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের এক-তৃতীয়াংশের মৃত্যুর কারণ মাতৃ ও শিশু-অপুষ্টি।
- ✓ মা খর্বাকৃতির হলে ও আয়রনের অভাবজনিত রক্তস্বল্পতায় ভুগলে প্রসবকালে মায়ের মৃত্যুঝুঁকি বাড়ে, এর হার মোট মাতৃমৃত্যুর কমপক্ষে ২০ শতাংশ।
- ✓ গর্ভে সন্তানের বৃদ্ধি যথাযথ না হলে এবং দুই বছর পর্যন্ত শিশুর উচ্চতা যদি বয়সের তুলনায় কম হয় তা হলে শিশুর অপূরণীয় ক্ষতি হয়। সে স্কুলে ভালো করে না। প্রাপ্ত বয়সে তার উচ্চতা স্বাভাবিকের চেয়ে কম হয়। প্রাপ্ত বয়সে তার উৎপাদনশীলতা কম হয়।

✓ অপুষ্টি পরবর্তী প্রজন্মের ওপর নেতিবাচক প্রভাব ফেলে। অপুষ্টির শিকার মায়ের কম ওজনের সন্তান জন্ম দেওয়ার আশঙ্কাই বেশি। এসব সন্তান ঘন ঘন রোগে আক্রান্ত হয়, শারীরিক ও মানসিক বিকাশ বাধাগ্রস্ত হয় এবং এদের মৃত্যুহার বেশি।

সূত্র : জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান

অপুষ্টির প্রকারভেদ

শরীরের প্রয়োজন অনুযায়ী পুষ্টিগুণসম্পন্ন খাদ্য দিনের পর দিন না খেলে, অথবা অধিক পুষ্টিগুণসম্পন্ন অথচ শরীরে প্রয়োজন নেই এমন খাবার দীর্ঘদিন খেলে মানুষ অপুষ্টির শিকার হয়। তাই অপুষ্টিকে দুই ভাগে দেখা হচ্ছে :

০১. কম পুষ্টি (Under-nutrition) : একটি, একাধিক বা সব কটি পুষ্টি উপাদানের অভাব দেখা দেয়। শর্করা, আমিষ, স্নেহ, ভিটামিন ও খনিজ লবণের ঘাটতিজনিত পরিস্থিতিই হচ্ছে 'কম পুষ্টি'। এই পরিস্থিতিতে মানুষ নানা রোগে আক্রান্ত হয় বা একই রোগে বারবার আক্রান্ত হয়। বাংলাদেশে কম পুষ্টির সমস্যাই প্রবল।

০২. অতিপুষ্টি (Over-nurtition) : প্রয়োজনের তুলনায় বেশি খাওয়া, কায়িক পরিশ্রম থেকে বিরত থাকা, শর্করা ও স্নেহ জাতীয় খাদ্য বেশি গ্রহণ অতিপুষ্টির কারণ। অতিপুষ্টির শিকার মানুষ স্থূলকায় হয়। স্থূলকায় মানুষ উচ্চ রক্তচাপ, ডায়াবেটিস, হৃদ্‌রোগে বেশি আক্রান্ত হয়। দেশে অতিপুষ্টির সমস্যা শহরের উচ্চবিত্তের মধ্যে দেখা যাচ্ছে।

দরকার জীবনব্যাপী সুরক্ষা

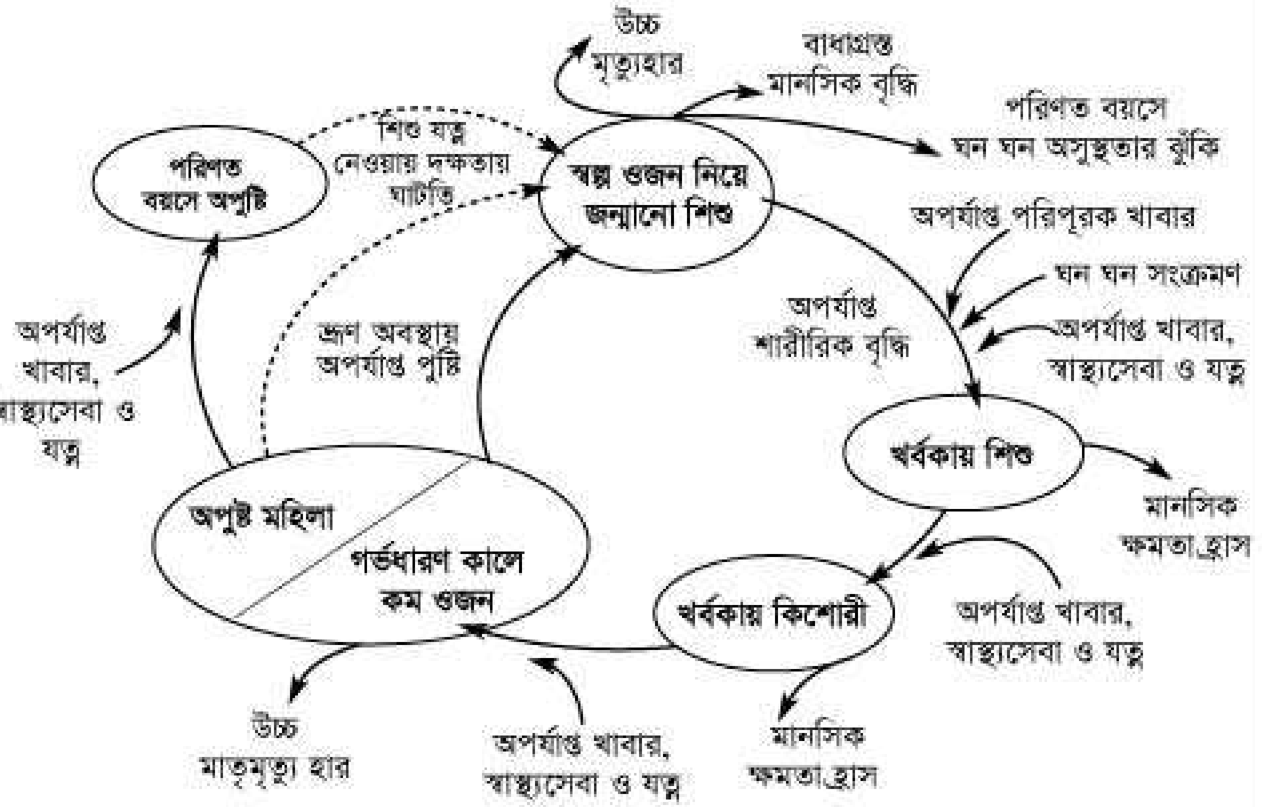
পুষ্টিনিরাপত্তা শুধু নবজাতক, দুই বা পাঁচ বছর বয়সী শিশুদের জন্য দরকার—এ কথা ঠিক না। শুধু গর্ভবতী মায়ের পুষ্টি নিশ্চিত করলেই শিশুর পুষ্টি নিশ্চিত হয়—এ ধারণাও যথার্থ না। কিশোরীর পুষ্টি যেমন নিশ্চিত হওয়া দরকার, তেমনি দরকার বয়স্ক মানুষের পুষ্টির নিশ্চয়তা। গর্ভাবস্থা থেকে বৃদ্ধাবস্থা—জীবনের প্রতিটি স্তরে পুষ্টির চাহিদা ভিন্ন। তবে সুস্থ জীবনের জন্য প্রতিটি স্তরেই প্রয়োজনীয় পুষ্টির নিশ্চয়তা থাকা বাঞ্ছনীয়।

তবে গর্ভস্থ ভ্রূণ, নবজাতক ও শিশুর পুষ্টি নিয়েই বেশি আলোচনা হয়। একজন ব্যক্তির শরীরের গঠন ও বৃদ্ধি, তার মানসিক বিকাশ কতটুকু হবে তার অনেকখানি নির্দিষ্ট হয়ে যায়

শিশু বয়সে। ভ্রূণ যদি মায়ের গর্ভে যথাযথ পুষ্টি না পায়, যদি অস্বাস্থ্যকর পরিবেশে নবজাতকের জন্ম হয় অথবা জন্মের দুই বছরের মধ্যে শিশু অপুষ্টির শিকার হয়, তা হলে তার শারীরিক বৃদ্ধি বাধাগ্রস্ত হয়, মানসিক বিকাশ যথাযথ হয় না।

নিচের নকশাটিতে জীবনব্যাপী পুষ্টির প্রয়োজনীয়তা ব্যাখ্যা করা হয়েছে। এটা বহুল ব্যবহৃত একটি নকশা। নকশাটি কমিশন অন দি নিউট্রিশন চ্যালেঞ্জেস অব দি টোয়েন্টিফার্স্ট সেঞ্চুরির চূড়ান্ত প্রতিবেদনে ব্যবহার করা হয়েছে।

জীবনচক্রে পুষ্টি



Source: *Commission on the Nutrition Challenges of the 21st Century (2000) Final report to the ACC/SCN*

একটি শিশু কম ওজন নিয়ে জন্মালে তার মৃত্যুঝুঁকি বেশি। তার মানসিক বিকাশ বাধাগ্রস্ত হয়। বেশি বয়সে তার দীর্ঘস্থায়ী রোগে (ক্রনিক ডিজিজ) আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি বেশি থাকে।

যদি কম ওজনের শিশু পর্যাপ্ত মায়ের দুধ না পায়, ঘন ঘন রোগে আক্রান্ত হয় এবং খাদ্য, স্বাস্থ্যসেবা ও আদর-যত্ন পর্যাপ্ত না হয়, তা হলে ওই শিশুর বৃদ্ধি যথাযথ হয় না। শিশুটি খর্বাকৃতির হওয়ার সম্ভাবনা অনেক গুণ বৃদ্ধি পায়।

খর্বকায় শিশুর মানসিক দক্ষতা বা ক্ষমতা কম হয়। এসব শিশু যদি পর্যাপ্ত প্রয়োজনীয় খাবার, স্বাস্থ্যসেবা ও আদর-যত্ন না পায়, তা হলে সে কৈশোরেও খর্বকায় থেকে যেতে পারে।

খর্বকায় কিশোর-কিশোরীর মানসিক পরিপক্কতা কম হয়। সে যদি কিশোরী হয়, তা হলে সমস্যাটি অন্য স্তরে পৌঁছায়। খর্বকায় কিশোরী যথাযথ খাদ্য, স্বাস্থ্যসেবা ও যত্ন না পেয়ে পরিণত বয়সে গর্ভধারণ করলে গর্ভাবস্থায় তার ওজন কম বৃদ্ধি পায়।

এই পর্যায়ে একাধিক পরিণতি দেখা যায়। প্রথমত মাতৃমৃত্যুর ঝুঁকি বাড়ে। অন্যদিকে ভ্রূণের পর্যাপ্ত পুষ্টি হয় না। মা আরেকটি অপুষ্ট শিশুর জন্ম দেয়, যার ওজন হয় প্রয়োজনের চেয়ে কম। নতুন এই শিশুটি যদি কন্যাসন্তান হয়, তা হলে এই চক্র আর ভাঙে না।

অন্যদিকে অপুষ্টির শিকার মায়েরা বয়স বৃদ্ধি পাওয়ার সঙ্গে সঙ্গে যদি যথাযথ খাদ্য, স্বাস্থ্যসেবা ও যত্ন না পায়, তা হলে বয়স বাড়লেও অপুষ্টি তাকে ছাড়ে না। শিশুকে আদর-যত্ন-সেবা করার ক্ষমতা তার কম হয়। তার কোলের শিশুও অপুষ্টির শিকার হয়।

দুই বছরের কম বয়সী শিশুর অপুষ্টি

বাংলাদেশে অপুষ্টি শুরু হয় শিশু বয়সেই। কম ওজন নিয়ে জন্মানোই এই অপুষ্টির একমাত্র কারণ নয়, অপর্যাপ্ত বা ত্রুটিপূর্ণ খাওয়ানোর চর্চাও এর জন্য দায়ী। তবে শিশুদের এই অপুষ্টি প্রতিরোধ করা সম্ভব। বুকের দুধ খাওয়ানো ও পরিপূরক খাবারের বিষয়ে উন্নতি করতে বিনিয়োগ বাড়ালে শিশুদের অপুষ্টি প্রতিরোধ যে করা সম্ভব তার প্রমাণ আছে। বাংলাদেশ জনমিতি ও স্বাস্থ্য জরিপ বলছে, দুই-তৃতীয়াংশ মা শিশুকে শুধু বুকের দুধ খাওয়ান, কিন্তু এ ক্ষেত্রে উন্নতির আরো সুযোগ আছে।

শিশুর ছয় মাস বয়স পর্যন্ত বুকের দুধ খাওয়ানোতে, বা ছয় মাসের পর যথাযথ পরিপূরক খাবারের সঙ্গে বুকের দুধ খাওয়ানো অব্যাহত রাখতে মাকে সহায়তা দিলে শিশু ডায়রিয়া ও শ্বাসকষ্টের জটিলতায় কম আক্রান্ত হয় এবং শিশুমৃত্যু কম হয়। কৃত্রিম শিশুখাদ্য ক্রয়ে ও চিকিৎসায় ব্যয় কমাতে মায়ের দুধ বড় ভূমিকা রাখে। শিশুকে বুকের দুধ খাওয়াতে মা যেন পর্যাপ্ত বিশ্রাম পান, সময় পান, তার পুষ্টি যেন নিশ্চিত হয়, সে ব্যাপারে পরিবারের সদস্যদের তাকে সহায়তা দেওয়া প্রয়োজন।

দেশের ছয় থেকে নয় মাস বয়সী ৭৪ শতাংশ শিশু শক্ত খাবার পায়। তবে প্রয়োজনমাফিক বারবার তারা সেই খাবার পায় না। এবং তাদের খাবারে বৈচিত্র্য থাকে না। শিশুদের খর্বতা প্রতিরোধে শিশুদের বারবার খাবার দিতে হবে এবং সেই খাবার যেন বৈচিত্র্যপূর্ণ হয়, সে ব্যাপারে পরিবারের সদস্যদের সচেতন থাকার কথা বলা হয়।

এসব ক্ষেত্রে পরিবার, কমিউনিটি এবং রাষ্ট্রের ভূমিকা আছে। কে কোন ভূমিকা পালন করছে, কতটুকু পালন করছে তার দিকে নজর রাখা সাংবাদিকের কাজ।

দুই বছরের কম বয়সী শিশুর অপুষ্টি দূর করতে নিচের কাজগুলো হচ্ছে কি না সাংবাদিক তা দেখতে পারেন :

- ✓ পরিবার ও কমিউনিটি পর্যায়ে শিশুদের পুষ্টি নিশ্চিত করতে পরিবার ও পুরুষদের অন্তর্ভুক্ত করা।
- ✓ শিশুদেরকে বুকের দুধ খাওয়ানোর সময় মায়েদের জন্য পরিবারের সহযোগিতা বাড়ানো।
- ✓ সন্তান প্রসবের পর মায়েদের জন্য পর্যাপ্ত পুষ্টিকর খাবার নিশ্চিত করা।
- ✓ বুকের দুধ খাওয়াতে সন্তান প্রসবের পর মায়েদের পর্যাপ্ত বিশ্রাম দেওয়া এবং কাজের চাপ কমানো।
- ✓ শিশুকে প্রথম ছয় মাস শুধু বুকের দুধ খাওয়াতে হবে এবং জন্মের প্রথম ১ ঘণ্টার মধ্যে শালদুধ দিতে হবে এবং বুকের দুধ ছাড়া অন্য কিছু মুখে দিতে নিরুৎসাহিত করা।
- ✓ ছয় মাস বয়স থেকে শিশুকে বুকের দুধের পাশাপাশি সঠিক পরিপূরক খাবার দিতে হবে এবং বয়স অনুযায়ী বিভিন্ন ধরনের স্বাস্থ্যসম্মত বিশুদ্ধ খাবার দেওয়া।
- ✓ শিশুর সঠিক বৃদ্ধি ও স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করতে ঠিক সময়ে টিকা দেওয়া, ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল ও কৃমিনাশক খাওয়ানো, অসুস্থতার শুরুতেই চিকিৎসাসেবার ব্যবস্থা করা।
- ✓ অসুস্থ শিশুকে প্রয়োজনীয় যত্ন নেওয়ার পাশাপাশি অসুস্থতার সময়, অসুস্থতার পরে পর্যাপ্ত বুকের দুধ এবং তরল খাবার দেওয়া এবং সঠিক চিকিৎসা, যেমন– ডায়রিয়ার জন্য জিঙ্ক ও খাবার স্যালাইন দেওয়া।

পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুর অপুষ্টি

তীব্র অপুষ্টি বা উচ্চতার তুলনায় ওজনজনিত (কৃশতা) অপুষ্টির প্রকোপ বাংলাদেশে খুব বেশি। শিশুরা যদি তীব্র সংক্রমণে পড়ে এবং বারবার সংক্রমণের শিকার হয় তা হলে

তাৎক্ষণিকভাবে তাদের ওজন হ্রাস পায়। এই সংক্রমণ ও ওজন হ্রাস পাওয়া তার বৃদ্ধি বাধাগ্রস্ত করে। এটা যদি লাগাতার চলতে থাকে তবে স্থায়ীভাবে তার উচ্চতার ওপর প্রভাব ফেলে, সে খর্বকায় হয়ে পড়ে।

বাংলাদেশে পাঁচ বছরের কম বয়সী ১৬ শতাংশ শিশু কৃশতার শিকার। এসব শিশুর চিকিৎসার ব্যবস্থা হাসপাতাল পর্যায়ে থাকলেও কমিউনিটি পর্যায়ে নেই।

পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুর তীব্র ও মাঝারি পর্যায়ের কৃশতা দূর করতে নিচের কাজগুলো হচ্ছে কি না সাংবাদিক তা দেখতে পারেন :

- ✓ কমিউনিটি-ভিত্তিক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা (সিএমএএম) জোরদার করতে :
  - উচ্চতা অনুযায়ী ওজন কম শিশু (মারাত্মক ও মাঝারি পর্যায়ে) শনাক্ত করতে কমিউনিটি পর্যায়ে নিয়মিত পর্যবেক্ষণ;
  - পাঁচ বছরের বয়সী উচ্চতা অনুযায়ী কম ওজনসম্পন্ন (মারাত্মক পর্যায়ের) শিশুদের চিকিৎসার জন্য তৈরি খাবার সরবরাহ;
  - উচ্চতা অনুযায়ী ওজন কম, এ রকম শিশুর সংখ্যা কমাতে পর্যাপ্ত বুকের দুধ এবং পরিপূরক খাবারের প্রতি গুরুত্ব।
- ✓ সংক্রমণ প্রতিরোধে প্রাথমিক পর্যায়ে চিকিৎসা গ্রহণে উৎসাহ দান।
- ✓ উচ্চতা অনুযায়ী ওজন কম (মাঝারি পর্যায়ের) পরিস্থিতি মোকাবিলায় পরিপূরক খাবারের প্রতি গুরুত্ব দিতে কমিউনিটি পর্যায়ে সচেতনতা সৃষ্টি।

বয়ঃসন্ধিকালীন অপুষ্টি

বাংলাদেশে গত কয়েক দশকে মোট প্রজনন হার নাটকীয়ভাবে কমে গেছে। কিন্তু ১৫ থেকে ১৯ বছর বয়সীদের মধ্যে বা কিশোরীদের মধ্যে প্রজনন হার এখনো অনেক বেশি।

কিশোরীরা স্থায়ীভাবে দীর্ঘদিন ধরে অপুষ্টির শিকার। এটাই বাংলাদেশে মায়ের অপুষ্টি, গর্ভকালীন অপুষ্টি, কম জন্ম ওজনের কারণ। এবং চূড়ান্তভাবে তা শিশু-অপুষ্টিতে গিয়ে পৌঁছায়। তথ্য-উপাত্তে দেখা গেছে যে, কিশোরী মায়েরা শিশুর সঠিক যত্ন নেওয়ার ক্ষেত্রে বয়স্ক মায়েদের থেকে পিছিয়ে থাকে। পরিবার থেকে এসব মায়ের জন্য বাড়তি সহায়তা দরকার। মাধ্যমিক স্কুল শেষ করা, কাজের সুযোগ করে দেওয়া—এসবের মাধ্যমে বিয়ে বা প্রথম গর্ভধারণ দেরিতে হলে, গর্ভকালীন সময়ে পুষ্টি-পরিস্থিতি কিছুটা ভালো হয়। এর ফলে অপুষ্ট শিশু জন্মানোর আশঙ্কা কমে যায়, মায়েরও যত্ন নেওয়ার সামর্থ্য তুলনামূলকভাবে বেশি থাকে।

গর্ভকালীন অপুষ্টি

গর্ভধারণের আগে ওজন কম থাকলে, প্রাপ্তবয়স্ক হওয়ার আগে গর্ভধারণ করলে, গর্ভকালে পর্যাপ্ত ওজন না বাড়লে নারী গর্ভধারণকালে অপুষ্টির শিকার হয়। আর গর্ভধারণকালে অপুষ্টির শিকার হলে শিশু প্রয়োজনের চেয়ে কম ওজন নিয়ে জন্মায় এবং মাতৃ, নবজাতক ও শিশুমৃত্যুর ঝুঁকি বাড়ে।

বাংলাদেশে এখনো অনেক শিশু কম ওজন নিয়ে জন্মায়। এর পেছনে আছে : অল্প বয়সে মা হওয়া, গর্ভধারণের আগে মায়ের অপুষ্টি, অল্প সময়ের ব্যবধানে দুটি গর্ভধারণ, যথাযথ খাবার (পরিমাণ, মান ও বৈচিত্র্যে) না খাওয়া, গর্ভধারণকালে অপর্যাপ্ত ওজন বৃদ্ধি, কাজের চাপ ও গর্ভধারণকালে বিশ্রামের অভাব।

বাংলাদেশের নারীদের একটি বড় অংশ গর্ভধারণকালে অনুপুষ্টি-উপাদানের স্বল্পতায় ভোগে। তারা মূলত আয়োডিন ও ফোলেটের স্বল্পতার শিকার হয়। প্রসব-পরবর্তীকালেও এই পরিস্থিতি থেকে যায়। এর বিরূপ প্রভাব পড়ে বুকের দুধ খাওয়ানো ও শিশুর যত্ন নেওয়ার ক্ষেত্রে।

গর্ভকালে ও প্রসব-পরবর্তী সময়ে মায়ের পুষ্টির উন্নতিতে নিচের কাজগুলো হচ্ছে কি না সাংবাদিক তা দেখতে পারেন :

- ✓ সন্তান প্রসবের আগে, প্রসবের সময় এবং প্রসবের পর মায়েদের পর্যাপ্ত যত্ন নিতে পরিবারের ও পুরুষের উদ্যোগ।
- ✓ মায়ের পুষ্টি ও নবজাতকের যত্ন একসঙ্গে নিশ্চিত করা।
- ✓ গর্ভধারণকালে এবং সন্তান প্রসবের পর মায়ের পর্যাপ্ত পরিমাণে সঠিক খাদ্য নিশ্চিত করা।
- ✓ গর্ভধারণকালে এবং সন্তান প্রসবের পর মাকে আয়রন-ফলিক অ্যাসিড দেওয়া।
- ✓ গর্ভধারণকালে মায়েদের পর্যাপ্ত বিশ্রাম দেওয়া এবং কাজের চাপ কমানো।
- ✓ দুটি সন্তান জন্মদানের ব্যবধান কমপক্ষে দুই বছর করা।
- ✓ সন্তান প্রসবের পর মায়েদের জন্য ভিটামিন 'এ' নিশ্চিত করা।

এক হাজার দিন

শিশুপুষ্টি বিষয়ে মানুষের সচেতনতা বাড়াতে বা কর্মসূচি বাস্তবায়নে সাম্প্রতিক কালে ১০০০ (এক হাজার) দিনের কথা বলা হচ্ছে। এর মধ্যে গর্ভকালীন নয় মাস (৩০ X ৯ = ২৭০ দিন) এবং জন্মের পর প্রথম দুই বছর (৩৬৫ + ৩৬৫ = ৭৩০ দিন)। বলা হচ্ছে, শিশুর

অপুষ্টি দূর করতে বা অপুষ্টির হাত থেকে শিশুকে রক্ষা করার সবচেয়ে উপযুক্ত সময় এই ১০০০ দিন। যত আগে উদ্যোগ নেওয়া যাবে তত ভালো ফল পাওয়া যাবে।

বলা হচ্ছে, মায়ের গর্ভধারণের শুরুতেই অপুষ্টি দূর করার উদ্যোগ নিতে হবে। গর্ভকালীন ২৭০ দিনে মায়ের উপযুক্ত খাবার, ওজন বৃদ্ধি, বিশ্রাম সবকিছু ঠিকঠাক রাখতে হবে। শিশু জন্মের পরপরই শালদুধ নিশ্চিত করতে হবে। এরপর প্রথম ছয় মাস শিশুকে শুধু বুকের দুধ খাওয়াতে হবে। এরপর বাকি ১৮ মাস মায়ের দুধের পাশাপাশি যথাযথ পরিপূরক খাবার খাওয়াতে হবে। এই ১ হাজার দিন পুষ্টি ও সেবা নিশ্চিত হলে শিশুস্বাস্থ্যের দৃঢ় ভিত্তি তৈরি হবে বলে আশা করা যায়।

মায়ের পুষ্টি নিশ্চিত করবে দীর্ঘস্থায়ী রোগমুক্ত সন্তান

আগামী প্রজন্মকে দীর্ঘস্থায়ী রোগ (ক্রনিক ডিজিজ) থেকে রক্ষা করতে হলে গর্ভধারণকালে মায়ের অপুষ্টি দূর করতে হবে। বিজ্ঞানীরা বলেছেন, গর্ভধারণকালে অপুষ্টির শিকার হলে সেই মা অপুষ্ট শিশু জন্ম দেন। ওই শিশু সারা জীবনে সেই ক্ষতি পুষিয়ে উঠতে পারে না। পরিণত বয়সে সে নানা দীর্ঘস্থায়ী রোগে আক্রান্ত হয়।

১৯তম আন্তর্জাতিক পুষ্টি সম্মেলনে যুক্তরাষ্ট্রের শিশুস্বাস্থ্য বিজ্ঞানী ডেভিড বার্কার মানুষের জীবনে পুষ্টির প্রভাব বিষয়ে নতুন তথ্য উপস্থাপনের সময় এসব কথা বলেন। তিনি বলেন, মাতৃগর্ভ খুবই স্পর্শকাতর স্থান। আগামী প্রজন্মকে সুস্থ, সবল ও রোগমুক্ত রাখতে হলে মায়ের গর্ভ, মায়ের পুষ্টি ও মায়ের স্বাস্থ্যে বিনিয়োগ বাড়াতে হবে।

পৃথিবীর ১০৬টি দেশের প্রায় ৪ হাজার প্রতিনিধি এ সম্মেলনে অংশ নেয়। বিশ্বসেরা প্রায় ৩০০ পুষ্টিবিজ্ঞানী-গবেষক বিভিন্ন বৈজ্ঞানিক অধিবেশন ও সিম্পোজিয়ামে প্রবন্ধ উপস্থাপন করেন।

ডেভিড বার্কার শিশু ও পুষ্টিবিজ্ঞানীদের কাছে পরিচিত তার 'বার্কার হাইপোথিসিস'-এর কারণে। বার্কার তার তত্ত্বে বলেছেন, 'মা যদি অপুষ্টির শিকার হন, গর্ভধারণকালে মা যদি পর্যাপ্ত পুষ্টিসমৃদ্ধ খাদ্য না পান, তাহলে ভ্রূণ অবস্থা থেকেই শিশু অপুষ্টিতে ভুগতে শুরু করে এবং জন্মের পরও সেই অপুষ্টির প্রভাব থেকে যায়।'

ডেভিড বার্কার গবেষণায় দেখিয়েছেন, গর্ভফুল থেকে শিশু বেড়ে ওঠার পুষ্টি উপাদানগুলো পায়। মা অপুষ্টির শিকার হলে শিশু গর্ভফুল থেকে বৃদ্ধির জন্য প্রয়োজনীয় উপাদান পায় না। এতে শিশুর যথাযথ বিকাশ হয় না। সে কম ওজন নিয়ে জন্মায়।

ডেভিড বার্কার জানান, 'জন্মের পরও শিশুর মস্তিষ্কসহ কিছু অঙ্গপ্রত্যঙ্গের বিকাশ ঘটে। কিন্তু হৃৎপিণ্ড, যকৃতের কোনো বিকাশ ঘটে না, বয়সের সঙ্গে সঙ্গে আকার কিছুটা বৃদ্ধি পায়।

যেসব শিশু কম ওজন নিয়ে জন্মায় অর্থাৎ অপরিণত হৃৎপিণ্ড ও যকৃৎ নিয়ে জন্মায়, পরিণত বয়সে তাদের হৃদ্‌রোগ, ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ—এসব দেখা যায়।' ডেভিড আরো মত দেন, 'যে মা অপুষ্টিতে ভোগেন বা ভুগবেন, তিনি একটি অপুষ্ট শিশুই জন্ম দেবেন। সেই শিশু ভবিষ্যতে কোন কোন রোগে বেশি আক্রান্ত হবে, তা মায়ের গর্ভেই নির্ধারিত হয়ে যায়।

অপুষ্টি নিয়ে জন্ম নিল যে শিশু, তার ভবিষ্যৎ কী? তার অপুষ্টি দূর করার কি কোনো সুযোগ নেই? বুকের দুধ কিছুটা ক্ষতি পুষিয়ে দিতে পারে কি না—বাংলাদেশের শিশু চিকিৎসক এম কিউ কে তালুকদার এমন প্রশ্ন করেছিলেন ডেভিড বার্কারকে। উত্তরে বার্কার জানান, মায়ের দুধের অনেক গুণ আছে, তবে এ ব্যাপারে সুনির্দিষ্ট গবেষণালব্ধ তথ্য তার কাছে নেই।

মন্ত্রমুগ্ধ শ্রোতাদের কিছু পরামর্শ দিয়েছিলেন বার্কার পরবর্তী প্রজন্মকে দীর্ঘস্থায়ী রোগ থেকে দূরে রাখতে। তিনি বলেন, 'গর্ভধারণের আগে ও গর্ভধারণকালে মাকে পর্যাপ্ত পুষ্টিসমৃদ্ধ খাদ্য খেতে হবে, মেয়েদের সারা জীবন পর্যাপ্ত খাদ্য দিতে হবে, শিশুদের বৃদ্ধির উদ্যোগ নিতে এবং গর্ভফুল যেন অপুষ্টির শিকার না হয়, তা নিশ্চিত করতে হবে। এগুলো করা গেলে আগামী প্রজন্ম দীর্ঘস্থায়ী রোগ থেকে দূরে থাকবে।

পুষ্টি কেন সাংবাদিকের কাছে গুরুত্বপূর্ণ

বাংলাদেশে অর্থনৈতিক প্রবৃদ্ধি সন্তোষজনক। স্বাস্থ্য খাতেও বাংলাদেশ উল্লেখযোগ্য সাফল্য অর্জন করছে। কিন্তু পুষ্টির ক্ষেত্রে বাংলাদেশ অনেক পিছিয়ে। এর অর্থ এই নয় যে, অর্থনৈতিক উন্নতি হলেই পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতি হবে। এর কোনো নিশ্চয়তা নেই। একাধিক দেশে এর নজির আছে। ধনী ও দরিদ্র দুই ধরনের পরিবারের শিশুদের অপুষ্টির শিকার হতে দেখা যায়। পুষ্টির ক্ষেত্রে ভারসাম্যের বিষয়টি তাই তাৎপর্যপূর্ণ। এই ভারসাম্যের বিষয়টি জনসমক্ষে তুলে ধরাকে সাংবাদিক তার কাজ হিসেবে বেছে নিতে পারেন।

সাংবাদিক নিজের, বন্ধুবান্ধবের বা নিকট আত্মীয়ের পরিবারে একটু মনোযোগী হয়ে খেয়াল করলেই কিছু কিছু অপুষ্টির সমস্যা তার চোখে পড়বে। অনেক পরিবার বা ব্যক্তি সুষম খাদ্যের ব্যাপারে সচেতন নন। লবণে আয়োডিন থাকার বা না-থাকার বিষয়টিকে অনেকে গুরুত্বই দেন না। পরিবারে কেউ গর্ভবতী হলে তার ওজন প্রয়োজনমতো বাড়ছে কি না তা নিয়মিত পরিমাপ করাকে অনেকে প্রয়োজন মনে করেন না। নবজাতককে শালদুধ খাওয়ানো, ছয় মাস বয়স পর্যন্ত শিশুকে শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো—এ রকম আরো বিষয় জানা থাকা ও সেসবের চর্চা করা সাংবাদিকের নিজের জন্যই দরকার।

দেশে পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের ৪০ শতাংশের বেশি অপুষ্টির শিকার। শিশুরা বেড়ে ওঠার জন্য পর্যাপ্ত খাদ্য ও পরিবেশ পাচ্ছে না। শিশু-অপুষ্টি ধনী পরিবারের চেয়ে দরিদ্র

পরিবারে বেশি প্রকট। শিশু-অপুষ্টির ব্যাপারে সাংবাদিকের এই কারণে গুরুত্ব দেওয়া উচিত যে:

- ✓ অপুষ্টি শিশুর মৃত্যুঝুঁকি বাড়ায়।
- ✓ অপুষ্টির শিকার শিশু বিলম্বে বসতে, দাঁড়াতে ও হাঁটতে শেখে।
- ✓ অপুষ্টির শিকার শিশুর মানসিক বিকাশ বাধাগ্রস্ত হয়।
- ✓ অপুষ্টির শিকার শিশু স্কুলে ভর্তি হয় দেরিতে।
- ✓ অপুষ্টির শিকার শিশু স্কুলে খারাপ করে।

সুতরাং শিশুর অপুষ্টি দূর করতে সরকার, এনজিও ও দাতারা কী করছে, কত বিনিয়োগ করছে, বিনিয়োগ করা অর্থ কীভাবে খরচ হচ্ছে তা তলিয়ে দেখা সাংবাদিকের কাজ।

জাতীয় ও আন্তর্জাতিকভাবে কিছু লক্ষ্য অর্জনের ব্যাপারে সরকার প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। এর মধ্যে আছে সহস্রাব্দ উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা, রূপকল্প ২০২১, ষষ্ঠ পঞ্চবার্ষিক পরিকল্পনা এবং স্বাস্থ্য, জনসংখ্যা ও পুষ্টি খাত উন্নয়ন কর্মসূচির লক্ষ্যমাত্রা। পুষ্টিসংশ্লিষ্ট এসব লক্ষ্য ও লক্ষ্যমাত্রা অর্জনে সরকার কী করছে, কাজের অগ্রগতি, বাধা—এসবের ওপর নজর রাখা যেমন সাংবাদিকের দায়িত্ব, তেমনি দায়িত্ব মানুষকে তা জানানো।

অন্য আরেকটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয় হচ্ছে, পুষ্টি একক কোনো মন্ত্রণালয় বা প্রতিষ্ঠানের দেখভাল বা তদারক করার বিষয় নয়। তীব্র অপুষ্টির শিকার শিশুকে চিকিৎসা দেওয়া স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের কাজ। বিশুদ্ধ পানি সরবরাহের দায়িত্ব স্থানীয় সরকার মন্ত্রণালয়ের জনস্বাস্থ্য প্রকৌশল অধিদপ্তরের। এভাবে কৃষি, খাদ্য, বাণিজ্য—প্রত্যেক মন্ত্রণালয়ের দায়িত্ব রয়েছে। তথ্য দিয়ে মানুষকে সচেতন করার দায়িত্ব তথ্য মন্ত্রণালয়ের। এসব কাজের সমন্বয়ের ওপর জোর দেওয়া হচ্ছে আন্তর্জাতিকভাবে। বাংলাদেশে এই সমন্বয়ের কাজ কে করছে, কীভাবে করছে, আদৌ করছে কি না, করে থাকলে তার অগ্রগতি বা সুফল কী—তা জানা ও দেশবাসীকে জানানো সাংবাদিকের দায়িত্বের মধ্যেই পড়ে।

আন্তর্জাতিক পরিমণ্ডলে এই বিষয়টি স্বীকৃতি পেয়েছে যে, পুষ্টিতে বিনিয়োগ করা অধিক লাভজনক। এই বিনিয়োগ নিয়ে নানা ব্যাখ্যা বিশ্লেষণ হচ্ছে। অনেক ব্যবসায়িক প্রতিষ্ঠান, আন্তর্জাতিক দাতা সংস্থা পুষ্টি খাতে অর্থ যোগান দিচ্ছে। এ ক্ষেত্রে বাংলাদেশে কী হচ্ছে সেদিকে বিশেষ নজর রাখা দরকার।

ব্যক্তি, পরিবার ও দেশের জন্য পুষ্টি গুরুত্বপূর্ণ বিষয়। পুষ্টির মধ্যে অনেক সংবাদ-উপাদান আছে। পুষ্টি খাতে অনেক অর্থ বিনিয়োগ হচ্ছে। অনেক প্রকল্প বাস্তবায়িত হচ্ছে। অনেক অনিয়ম দুর্নীতির খবর শোনা যাচ্ছে। অন্যদিকে পুষ্টির বিষয়ে মানুষের আগ্রহ আছে। অনিয়ম-দুর্নীতির খবর তুলে ধরা ও মানুষের আগ্রহ মেটানোই সাংবাদিকের কাজ।

৪

পুষ্টি-পরিস্থিতি

পুষ্টি-পরিস্থিতি

স্বাস্থ্য খাতে বাংলাদেশ বেশ সাফল্য অর্জন করলেও পুষ্টির ক্ষেত্রে অনেক পিছিয়ে আছে। ধারণা করা হয় যে, আফ্রিকার দেশগুলো দরিদ্র, সেখানে অপুষ্টি খুব বেশি। পুষ্টিবিদরা বলছেন, কিছু ক্ষেত্রে বাংলাদেশ আফ্রিকার অনেক দেশের থেকে পিছিয়ে। উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, বাংলাদেশসহ দক্ষিণ এশিয়ার দেশগুলোতে গর্ভধারণকালে নারীদের ওজন বৃদ্ধি পায় গড়ে পাঁচ কিলোগ্রাম। আফ্রিকার দেশগুলোতে গর্ভবতী নারীদের ওজন বৃদ্ধি পায় গড়ে ১০ কিলোগ্রাম করে। সময়ের আগে জন্ম নেওয়া শিশুদের (প্রি-টার্ম বেবি) মৃত্যুহার অনেক বেশি। যে ১০টি দেশে সময়ের আগে জন্ম নেওয়া শিশু বেশি, বাংলাদেশ তার একটি।

তথ্য-উপাত্ত বিশ্লেষণ করলে দেখা যায় বাংলাদেশের পুষ্টি-পরিস্থিতি সার্বিকভাবে বেশ খারাপ। পুষ্টি-পরিস্থিতি পরিমাপের জন্য কিছু নির্ধারক (indicator) ব্যবহার করা হয়। এর মধ্যে আছে :

- কম ওজন নিয়ে জন্মানো শিশুর হার
- অনূর্ধ্ব পাঁচ বছর বয়সী খর্বকায় শিশুর হার
- অনূর্ধ্ব পাঁচ বছর বয়সী কৃশকায় শিশুর হার
- অনূর্ধ্ব পাঁচ বছর বয়সী কম ওজনবিশিষ্ট শিশুর হার
- বয়ঃসন্ধিকালীন অপুষ্টি-পরিস্থিতি
- নারীদের স্থূলতা
- জন্মের এক ঘণ্টার মধ্যে শালদুধ খাওয়া শিশুর হার
- পূর্ণ ছয় মাস বয়স পর্যন্ত শুধু বুকের দুধ খাওয়া শিশুর হার
- পরিপূরক খাদ্যের পাশাপাশি পূর্ণ ২৩ মাস পর্যন্ত বুকের দুধ খাওয়া শিশুর হার
- অনুপুষ্টি-উপাদান-পরিস্থিতি
- ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল খাওয়ানোর হার
- আয়োডিনযুক্ত লবণ খাওয়া মানুষের হার

মানুষ যত সচেতন হচ্ছে এই তালিকা তত দীর্ঘ হচ্ছে। এখন বৃদ্ধসহ সব বয়সী মানুষের পুষ্টি নিয়ে আলোচনা শুরু হয়েছে। সব বয়সী মানুষের জন্য পুষ্টি গুরুত্বপূর্ণ—এ বার্তাটি আস্তে আস্তে সামনে চলে আসছে।

বাংলাদেশে স্বাস্থ্যের প্রধান সমস্যা অপুষ্টি। শিশু ও প্রজনন-বয়সী নারীদের এই সমস্যা প্রকট। অপুষ্টির প্রধান কারণ সব বয়সী মানুষের সঠিক খাদ্য গ্রহণের অভ্যাস ও চর্চা না থাকা। আর্থসামাজিক নানা বিষয় এর পেছনে কাজ করে।

জন্মের সময় কম ওজন

জন্মকালীন ওজন একটি শিশুর রোগে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি কতটুকু তার নির্দেশক হিসেবে কাজ করে। জন্মকালীন আদর্শ ওজন কমপক্ষে আড়াই কিলোগ্রাম। এর কম ওজন নিয়ে জন্মগ্রহণ করা শিশুর মৃত্যুঝুঁকি বেশি।

সাধারণত সময়ের আগে জন্মগ্রহণ করা (৩৭ সপ্তাহ গর্ভে থাকার আগে) শিশুর ওজন কম হয়। এদের 'সময়ের আগে জন্মানো শিশু' বা 'প্রি-টার্ম বেবি' বলে। যে ১০টি দেশে সময়ের আগে জন্ম নেওয়া শিশু বেশি, বাংলাদেশ তার একটি।

খর্বতা

বয়সের তুলনায় শিশুর উচ্চতা কম হলে তাকে বলা হয় খর্বকায় শিশু (স্টান্টেড চাইল্ড)। দীর্ঘকাল অপুষ্টিতে ভুগতে থাকলে শিশু খর্বকায় হয়। খর্বকায় শিশু ঘন ঘন সংক্রামক রোগে আক্রান্ত হয়। এদের মানসিক বিকাশ কম হয়। ২০১১ সালের জরিপে (বাংলাদেশ জনমিতি ও স্বাস্থ্য জরিপ) দেখা যায়, পাঁচ বছরের কম বয়সী ৪১ শতাংশ শিশু খর্বকায়। এর অর্থ প্রতি পাঁচটি শিশুর দুটি খর্বকায়। ২০০৪ ও ২০০৭ সালে ছিল যথাক্রমে ৫১ ও ৪৩ শতাংশ। খর্বকায় শিশুর হার বছরে ১.৪ শতাংশ হারে কমছে। তবে বিশেষজ্ঞরা বলছেন, বছরে ২ বা ৩ শতাংশ হারে কমলে তা সন্তোষজনক হতো।

কৃশতা

কৃশকায়তা অপুষ্টির নির্দেশ করে। শিশুর ওজন যদি উচ্চতার তুলনায় কম হয়, তা হলে শিশু কৃশকায় হয়। তীব্র অপুষ্টির শিকার শিশু কৃশকায় হয়ে পড়ে। ২০১১ সালে কৃশকায় শিশু ছিল ১৬ শতাংশ। ২০০৪ ও ২০০৭ সালে এই হার ছিল যথাক্রমে ১৫ ও ১৭ শতাংশ।

ওজনস্বল্পতা

অপুষ্টির আরেকটি রূপ হলো পাঁচ বছর বয়সী শিশুদের বয়সের তুলনায় ওজন কম হওয়া। বাংলাদেশে ২০১১ সালে এই ধরনের শিশু ছিল ৩৬ শতাংশ। ২০০৪ ও ২০০৭ সালে এই হার ছিল যথাক্রমে ৪৩ ও ৪১ শতাংশ।

শহর-গ্রাম এবং ধনী-দরিদ্র পরিবারভেদে শিশুদের খর্বতা, কৃশতা ও কম ওজনের পার্থক্য লক্ষ করা যায়। একই সঙ্গে দেখা যায়, তিনটি ক্ষেত্রেই বাংলাদেশ উন্নতি করছে। তবে বিশেষজ্ঞরা বলছেন এই উন্নতি হচ্ছে ধীর গতিতে। একজন রিপোর্টারের জানা দরকার এই গতি বাড়ানোর জন্য সরকার, এনজিও ও দাতারা কী করছে।

রক্তস্বল্পতা

শিশু ও নারীদের রক্তস্বল্পতা অপুষ্টির নির্দেশক। রক্তে আদর্শ অবস্থার চেয়ে কম পরিমাণ হিমোগ্লোবিন থাকলে মানুষ রক্তস্বল্পতায় ভুগছে বলা হয়। মাতৃমৃত্যু, হঠাৎ গর্ভপাত, সময়ের আগে জন্ম নেওয়া শিশু বা কম ওজন নিয়ে শিশু জন্ম গ্রহণ করার একটি প্রধান কারণ মায়ের রক্তস্বল্পতা।

দেশের ১৫-৪৯ বছর বয়সী ৪২ শতাংশ নারী রক্তস্বল্পতার শিকার। অন্যদিকে ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের ৫১ শতাংশ রক্তস্বল্পতায় ভুগছে। তবে ধনী-দরিদ্র বা শিক্ষিত-নিরক্ষরের মধ্যে রক্তস্বল্পতার প্রকোপের তারতম্য আছে।

বয়ঃসন্ধিকালীন অপুষ্টি

সরকারের পুষ্টিবিষয়ক দলিলে বলা হচ্ছে, দেশের এক-তৃতীয়াংশ মেয়ে বয়ঃসন্ধিকালীন অপুষ্টির শিকার। তাদের উচ্চতা অনুপাতে ওজন কম। একজন নারীর উচ্চতা ১৪৫ সেন্টিমিটারের কম হলে তাকে খর্বকায় বলা হয়। বাংলাদেশে প্রজননক্ষম নারীদের ১৩ শতাংশ খর্বকায়। এসব নারীর প্রসবকালে জটিলতার ঝুঁকি বেশি এবং পাশাপাশি এদের শিশুর খর্বকায় হওয়ার আশঙ্কাও বেশি।

স্থূলতা

নারীদের মধ্যে ওজনাধিক্য বা স্থূলতা নতুন সমস্যা হিসেবে দেখা দিয়েছে। ২০০৭ সালে দেশে প্রয়োজনের চেয়ে বেশি ওজন, এমন নারী ছিল ১০ শতাংশ। ২০১১ সালে তা বেড়ে

দাঁড়ায় ১৪ শতাংশে। অর্থাৎ চার বছরে ওজনাধিক্যের মাত্রা ৪০ শতাংশ বেড়েছে। ২০০৭ সালে দেশে স্থূল নারী ছিল ২ শতাংশ। ২০১১ সালে দেখা গেছে ৩ শতাংশ। পরিসংখ্যান থেকে দেখা যাচ্ছে, নারীদের মধ্যে ওজনাধিক্য ও স্থূলতা বেশ দ্রুতই বাড়ছে।

মায়ের দুধ

মায়ের বুকের দুধ শিশুর অমূল্য খাদ্য। জন্মের পর থেকেই শিশুকে বুকের দুধ খাওয়াতে হয়। শালদুধ শিশুর প্রথম খাদ্য। কিছু মানুষের মধ্যে এই ধারণা আছে যে শালদুধ ক্ষতিকর, দূষিত। শিশুর জন্য তা ক্ষতিকর। এটা একেবারেই কুসংস্কার। এই কুসংস্কার থেকে মানুষ মুক্ত হচ্ছে। বিজ্ঞানীরা বলছেন, শালদুধের পুষ্টিমান অতি উচ্চ। এটা অ্যান্টিবায়োটিক হিসেবে শিশুকে নানা সংক্রমণ থেকে রক্ষা করে। শালদুধ খাওয়ানোর হার বাড়লে শিশুর পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতি হবে।

তাই বিশেষজ্ঞরা বলেন, জন্মের পরপরই, যত শিগগির সম্ভব, এক ঘন্টার মধ্যে নবজাতককে বুকের দুধ দিতে হবে। এটা করা গেলে ক্ষুধা দূর হয়, পুষ্টিসাধন ঘটে এবং মা ও নবজাতকের সম্পর্কের বন্ধন দৃঢ় হয়।

শালদুধ

সর্বশেষ বাংলাদেশ জনমিতি ও স্বাস্থ্য জরিপ ২০১১ (বিডিএইচএস ২০১১) বলছে, দেশে জন্মের এক ঘন্টার মধ্যে শালদুধ খাওয়ানো নবজাতক ৪৭ শতাংশ। এক দিনের মধ্যে শালদুধ খাওয়ানো নবজাতকের হার ৯০ শতাংশ। পরিস্থিতির কিছু উন্নতি হচ্ছে তা বোঝা যায়। ২০০৭ সালের জরিপে (বিডিএইচএস ২০০৭) জন্মের এক ঘন্টার মধ্যে শালদুধ খাওয়ানো নবজাতক ছিল ৪৪ শতাংশ। আর এক দিনের মধ্যে শালদুধ খাওয়ানো নবজাতকের হার ছিল ৮৯ শতাংশ।

শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো

বিজ্ঞানীরা বলছেন, ছয় মাস বয়সী শিশুদের যে যে পুষ্টি-উপাদান (নিউট্রিয়েন্ট) দরকার তার সবই আছে মায়ের বুকের দুধে। সুতরাং এই বয়সী শিশুদের মায়ের দুধ ছাড়া আর কিছুই খাওয়ানোর দরকার নেই। এমনকি পানিও খাওয়ানোর দরকার নেই। মায়ের ক্ষেত্রেও এর উপকার আছে। মা শিশুকে বুকের দুধ খাওয়ালে তার পরবর্তী গর্ভধারণের প্রবণতা কমে আসে। অর্থাৎ দুটি গর্ভধারণের মধ্যবর্তী সময় দীর্ঘতর হয়।

বিডিএইচএস ২০১১ বলছে, শুধু বুকের দুধ খাওয়া ছয় মাস বয়সী শিশু ৬৪ শতাংশ। ২০০৭ সালে এটা ছিল ৪৩ শতাংশ। চার বছরে ২১ শতাংশ মান বেড়েছে। একে উল্লেখযোগ্য ঘটনা বলছেন পুষ্টিবিদেরা।

পরিপূরক খাদ্য

ছয় মাস বয়সের পরের সময়টা কিছুটা জটিল। এই বয়স থেকে শিশুকে মায়ের দুধের পাশাপাশি শক্ত বা আধা শক্ত খাবার দিতে হয়। মূল নীতিটা হচ্ছে শুরুতে মায়ের দুধ বেশি পাবে এবং পরিপূরক খাদ্য কম পাবে। আস্তে আস্তে পরিপূরক খাদ্যের পরিমাণ বাড়তে থাকবে। এই খাদ্য পাবে পূর্ণ ২৩ মাস পর্যন্ত। শিশুকে পরিপূরক খাবারের পাশাপাশি মায়ের দুধ দুই বছর পর্যন্ত খাওয়াতে হবে। পরিসংখ্যান বলছে, দেশে এক বছর পর্যন্ত ৯৬ শতাংশ এবং দুই বছর ৯০ শতাংশ শিশু পরিপূরক খাদ্যের পাশাপাশি মায়ের দুধ খাওয়া অব্যাহত রাখে।

এই দুধ খাওয়ানো নিয়ে পার্থক্যও লক্ষ করা যায়। ধনী-দরিদ্র, শহর-গ্রাম, শিক্ষিত-নিরক্ষর পরিবারের শিশুদের দুধ খাওয়া নিয়ে পার্থক্য দেখা যায়। সব পার্থক্য ঘুচে ১০০ শতাংশ শিশু জন্মের পরেই শালদুধ পাবে, ১০০ শতাংশ শিশু জন্মের প্রথম ছয় মাস শুধু মায়ের দুধ খাবে—এটাই পুষ্টিবিদেরা প্রত্যাশা করেন। সরকার, এনজিও ও দাতাগোষ্ঠী এ ক্ষেত্রে কী করছে সেটাই সাংবাদিকের দেখার বিষয়।

অনুপুষ্টি-উপাদান

শিশু ঠিক পরিমাণে অনুপুষ্টি-উপাদানগুলো পাচ্ছে কি না, তা পুষ্টি-পরিস্থিতি বিশ্লেষণের একটি হাতিয়ার। শিশু ঠিক কী পরিমাণে অনুপুষ্টি-উপাদান পাচ্ছে তা শিশুর রোগাক্রান্ত হওয়ার বা মৃত্যুর ঝুঁকি নির্ধারণ করে দেয়। বাংলাদেশে ভিটামিন 'এ', লৌহ, আয়োডিন, জিঙ্ক, ভিটামিন-১২, ফলিক অ্যাসিড—এসব অনুপুষ্টি-উপাদানের ঘাটতি ব্যাপক। অনুপুষ্টি-উপাদান নিয়ে দেশের একমাত্র জাতীয় জরিপে বলা হচ্ছে : স্কুলে যাওয়ার বয়স হয়নি, এমন শিশুদের ২০.৫ শতাংশ এবং স্কুলগামী শিশুদের ২০.৯ শতাংশ ভিটামিন 'এ'-র স্বল্পতায় ভুগছে। স্কুলে যাওয়ার বয়স হয়নি, এমন শিশুদের ৪৪.৬ শতাংশের জিঙ্কের ঘাটতি রয়েছে। গর্ভবতী নয় ও শিশুকে বুকের দুধ খাওয়ান না, এমন নারীদের ৭.২ শতাংশ লৌহের অভাবজনিত রক্তস্বল্পতায় ভুগছে। একই ধরনের নারীদের ৫৭.৩ শতাংশ জিঙ্ক ও ৯.১ শতাংশ ফোলেট ঘাটতির শিকার।

শিশু, নারী, বয়ঃসন্ধিকালীন মেয়ে বা যেকোনো বয়সী মানুষের পুষ্টি নিশ্চিত হয় খাদ্যের মাধ্যমে। এই খাদ্য সুষম হওয়া বাঞ্ছনীয়। বছরের ৩৬৫ দিন প্রতিটি মানুষের সুষম খাদ্য নিশ্চিত হলে অপুষ্টি দূর হবে। তাই পুষ্টিবিধানের প্রাথমিক শর্ত খাদ্যনিরাপত্তা। বাংলাদেশের মানুষের একটি বড় অংশের খাদ্যনিরাপত্তা নেই। এই নিরাপত্তাহীনতা নারীদের মধ্যে আরো বেশি। প্রতি পাঁচজন নারীর একজন খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার শিকার।

বাংলাদেশের পুষ্টির তথ্য

পটভূমি তথ্য

শিরোনাম	১৯৯৭ সালের অবস্থা সংখ্যা/%	২০১২	তথ্যসূত্র
জনসংখ্যা	১১২.০ মিলিয়ন	১৫১.৬ মিলিয়ন	বিবিএস, ২০১১
জনসংখ্যার ঘনত্ব	প্রতি বর্গ কিমি-এ ৭৭৮ জন	প্রতি বর্গ কিমি-এ ১০১৫ জন	বিবিএস, ২০১১
গ্রামীণ জনসংখ্যা	৮০%	৭২%	বিবিএস, ২০১১
দারিদ্র্যসীমার নিচে বসবাসকারী জনসংখ্যা	৪৭.৬১%	৩১.৫১%	বাংলাদেশ অর্থনৈতিক সমীক্ষা ২০১২
মাথাপিছু গড় আয়	২৫৫ মার্কিন ডলার	৮৪৮ মার্কিন ডলার	বাংলাদেশ অর্থনৈতিক সমীক্ষা ২০১২
সাক্ষরতার হার	৩২.৪%	৫৬.১%	বিবিএস, ২০১১
সাক্ষর পুরুষ	৩৮.৯%	৫৮.৮%	বিবিএস, ২০১১
সাক্ষর নারী	২৫.৫%	৫৩.৪%	বিবিএস, ২০১১
গড় আয়ু (পুরুষ)	৫৮.২ বছর	৬৬.৬ বছর	এসভিআরএস, ২০১০
গড় আয়ু (নারী)	৫৭.৯ বছর	৬৮.৮ বছর	এসভিআরএস, ২০১০
ভূমিহীন কৃষক (০.৫ একর জমির নিচে)	৫৬.৫%		
বেকারত্ব	৫৬.৫%	২৮%	বিবিএস, ২০১১
উপার্জনক্ষম নারী (১৫-৪৯ বছর বয়স পর্যন্ত)		২৪%	এফএসএনএসপি, ২০১১

মৃত্যুসংক্রান্ত তথ্য

শিরোনাম	১৯৯৭ সালের অবস্থা সংখ্যা/%	২০১২	তথ্যসূত্র
এক বছরের শিশু মৃত্যুর হার (প্রতি এক হাজার জীবিত জন্মে)	৭১ জন (প্রতি এক হাজার জীবিত জন্মে)	৪৩% এবং ৩৭%	বিডিএইচএস, ২০১১ এবং বিবিএস, ২০১১
৫ বছরের কম বয়সী শিশুমৃত্যুর হার	১১৭ জন (প্রতি এক হাজার জীবিত জন্মে)	৫৩ জন (প্রতি এক হাজার জীবিত জন্মে)	বিডিএইচএস, ২০১১
মাতৃমৃত্যুর হার	৫ জন (প্রতি এক হাজার জীবিত জন্মে)	২.১৮ (প্রতি এক হাজার জীবিত জন্মে)	বিবিএস, ২০১১

নবজাতকদের পিইএম (প্রোটিন এনার্জি ম্যালনিউট্রিশন)

কম ওজন নিয়ে জন্মানো শিশু	৩০.৫%	২২%	বিডিএইচএস, ২০১১
খর্বতা	৬৬.৫%	৪১%	বিডিএইচএস, ২০১১
কৃশতা	১৪.৭%	১৬%	বিডিএইচএস, ২০১১
ওজন স্বল্পতা	৭৯%	৩৬.৪%	বিডিএইচএস, ২০১১
হালকা, মধ্য ও তীব্র পিইএম	৯৪.৪%		
তীব্র পিইএম	৩৫%		

মায়ের অপুষ্টি

বয়সের তুলনায় খর্বাকৃতির কিশোরী (১০-১৮ বছর)		৩২%	এফএসএনএসপি, ২০১১
বয়সের তুলনায় খর্বাকৃতির নারী (<১৫০ সেমি)		৪২%	এফএসএনএসপি, ২০১১
খাদ্যে কম অনুপুষ্টি উপাদান গ্রহণকারী মহিলার সংখ্যা		৬০%	এফএসএনএসপি, ২০১১
কিশোরী বয়সেই (<১৮ বছর) প্রথম গর্ভধারিণী		>৫০%	এফএসএনএসপি, ২০১১

শিরোনাম	১৯৯৭ সালের অবস্থা সংখ্যা/%	২০১২	তথ্যসূত্র
দীর্ঘ মেয়াদে শক্তির ঘাটতি আছে, এমন নারী		২৫%	এফএসএনএসপি, ২০১১
গর্ভবতী নয়, এমন নারীদের গড় ওজন	৩৯-৪১ কেজি		
গর্ভবতী নয়, এমন নারীদের গড় উচ্চতা	১৪৭-১৪৮ সেমি		
গর্ভকালীন ওজন বৃদ্ধি	৪-৬ কেজি		

অনুপুষ্টি-উপাদানজনিত অপুষ্টি

প্রাক-স্কুল বয়সী শিশুদের ভিটামিন 'এ'-র ঘাটতির প্রকোপ		২০.৫%	এনএমএসএস, ২০১২
স্কুলগামী শিশুদের ভিটামিন 'এ'-র ঘাটতির প্রকোপ		২০.৯%.	এনএমএসএস, ২০১২
গর্ভবতী বা দুগ্ধদাত্রী নয়, এমন নারীদের ভিটামিন 'এ'-র ঘাটতির প্রকোপ		৫.৪%	এনএমএসএস, ২০১২
প্রাক-স্কুল বয়সী শিশুদের রক্তস্বল্পতার প্রকোপ		৩৩.১%	এনএমএসএস, ২০১২
প্রাক-স্কুল বয়সী শিশুদের লৌহের অভাবজনিত রক্তস্বল্পতার প্রকোপ		৭.২%	এনএমএসএস, ২০১২
গর্ভবতী বা দুগ্ধদাত্রী নয়, এমন নারীদের রক্তস্বল্পতার প্রকোপ		২৬.০%	এনএমএসএস, ২০১২
গর্ভবতী বা দুগ্ধদাত্রী নয়, এমন নারীদের লৌহের অভাবজনিত রক্তস্বল্পতার প্রকোপ		৪.৮%	এনএমএসএস ২০১২
নারীদের (১৫-৪৪ বছর) গলগণ্ড রোগের প্রকোপ		১১.৭% (২০০৪-৫)	বিডিএইচএস, ২০১২

শিরোনাম	১৯৯৭ সালের অবস্থা সংখ্যা/%	২০১২	তথ্যসূত্র
প্রাক-স্কুল বয়সী শিশুদের জিঙ্কের ঘাটতি		৪৪.৬ %	এনএমএসএস, ২০১২
গর্ভবতী বা দুগ্ধদাত্রী নয়, এমন নারীদের জিঙ্কের ঘাটতি		৫৭.৩%	এনএমএসএস, ২০১২
গর্ভবতী বা দুগ্ধদাত্রী নয়, এমন নারীদের ফোলেটের ঘাটতির প্রকোপ		৯.১%	এনএমএসএস, ২০১২
গর্ভবতী বা দুগ্ধদাত্রী নয়, এমন নারীদের বি১২-এর ঘাটতির প্রকোপ		২২%	এনএমএসএস, ২০১২
স্কুলগামী শিশুদের আয়োডিনের অপর্যাপ্ততা (ইউআইসি <১০০.০ মাইক্রোগ্রাম/ ১)		৪০.০%.	এনএমএসএস, ২০১২
গর্ভবতী বা দুগ্ধদাত্রী নয়, এমন নারীদের আয়োডিনের অপর্যাপ্ততা (ইউআইসি <১০০.০ মাইক্রোগ্রাম/ ১)		৪২.০%	এনএমএসএস, ২০১২
অপুষ্টি রক্তস্বল্পতা	৭০% গর্ভবতী মা		

অপুষ্টিজনিত রোগের তাৎক্ষণিক কারণ

ডায়রিয়া	৩০%		
শ্বাসযন্ত্রের তীব্র সংক্রমণ	৩০%		
হাম	৮%		
অপর্যাপ্ত খাদ্য গ্রহণ	৮০% এফএও সুপারিশ অনুযায়ী প্রতি পরিবারের ক্ষেত্রে ৬৪% ৫ বছরের কম বয়সী শিশুর চাহিদার ক্ষেত্রে ৭৪% গর্ভবতী ও স্তন্যদায়ী নারীর ক্ষেত্রে		

শিরোনাম	১৯৯৭ সালের অবস্থা সংখ্যা/%	২০12	তথ্যসূত্র
শ্বাসযন্ত্রের তীব্র সংক্রমণ	৩০%	৩০.৭%	এফএসএনএসপি, ২০১১
নিউমোনিয়া		৮.১%	এফএসএনএসপি, ২০১১
সমগ্র খাদ্যশক্তির মধ্যে ভাত থেকে গৃহীত শক্তি		৬৯%	এফএসএনএসপি, ২০১১
সমগ্র খাদ্যশক্তির মধ্যে প্রাণিজ উৎস		<২%	এফএসএনএসপি, ২০১১

সূত্র : জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান

৫

পুষ্টি উদ্যোগ

পুষ্টি উদ্যোগ

পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতি শুধু পুষ্টিবিদেরা করেন না। বিষয়টি এমনও নয় যে শুধু চিকিৎসক, নার্স, স্বাস্থ্যকর্মীরাই দেশের মানুষের পুষ্টিকে এগিয়ে নিতে পারেন। এমন কিছু বিষয় আছে, যা পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতিতে অবদান রাখে, কিন্তু আপাতদৃষ্টিতে মনে হয়, বিষয়টির সঙ্গে পুষ্টির কোনো সম্পর্ক নেই। যেমন, নারী নির্যাতন কমলে শিশুপুষ্টির উন্নতি হয়। নির্যাতনের শিকার মা যথেষ্ট সময় ও মনোযোগ দিয়ে শিশুকে বুকের দুধ খাওয়াতে পারে না, আদর-যত্ন করতে পারে না। তাই সমাজে নারী-নির্যাতন প্রতিরোধের উদ্যোগ নিলে তা পরোক্ষভাবে পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতিতে অবদান রাখে।

পুষ্টিবিদেরা তাই পুষ্টিসংক্রান্ত কাজকে দুই ভাগে ভাগ করেছেন। পুষ্টিকেন্দ্রিক উদ্যোগ বা প্রত্যক্ষ পুষ্টি কার্যক্রম (Nutrition Specific Interventions বা Direct Nutrition Interventions) ও পুষ্টি-সম্পর্কিত উদ্যোগ বা পরোক্ষ পুষ্টি কার্যক্রম (Nutrition Sensitive Interventions বা Indirect Nutrition Interventions)। নিচের সারণিতে বিষয়টি আরো একটু স্পষ্ট করা হলো :

পুষ্টিকেন্দ্রিক উদ্যোগ	পুষ্টি-সম্পর্কিত উদ্যোগ
পুষ্টিচর্চার পরীক্ষিত ভালো উদ্যোগগুলোর বিস্তার (বুকের দুধ খাওয়ানো, পরিপূরক খাবার, স্বাস্থ্যবিধি মেনে চলা)	কৃষি ও খাদ্যনিরাপত্তা
শিশু ও মায়েদের জন্য অনুপুষ্টি-উপাদানের ব্যবস্থা করা (ভিটামিন 'এ', জিঙ্ক, আয়োডিন সম্পূরক দেওয়া ও কৃমি দূর করা)	সামাজিক নিরাপত্তা
খাদ্য সমৃদ্ধকরণের মাধ্যমে অনুপুষ্টি-উপাদান সরবরাহ করা (লবণ আয়োডিনযুক্ত করা)	পানিসম্পদ ব্যবহারে দক্ষতা
অপুষ্টির শিকার শিশুর জন্য চিকিৎসার ব্যবস্থা করা	ভূমির সুষ্ঠু ব্যবহার
	বাজারসুবিধা
	নারীর ক্ষমতায়ন

পুষ্টিকেন্দ্রিক কাজ	পুষ্টি-সম্পর্কিত কাজ
	বয়ঃসন্ধিকালের শিক্ষা
	জলবায়ু পরিবর্তনের প্রভাব মোকাবিলা
	দারিদ্র্য হ্রাস
	পরিবেশসম্মত উন্নয়ন (গ্রিন গ্রোথ)
	গ্রামীণ জীবনমানের উন্নতি
	সুন্দর প্রতিবেশ (হেলথি ইকোসিস্টেম)

দেশে বেশকিছু প্রত্যক্ষ পুষ্টি-উদ্যোগ আছে, যা মাতৃ ও শিশুস্বাস্থ্যের উন্নতিতে ভূমিকা রেখেছে। এসব উদ্যোগ আরো কয়েক দশক অব্যাহত থাকবে বলে অনুমান করা যায়। এসব উদ্যোগ সম্পর্কে স্পষ্ট ধারণা থাকা দরকার।

সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচি

শিশুমৃত্যু ও প্রতিবন্ধিতা প্রতিরোধে ১৯৭৯ সালের ৭ এপ্রিল এক বছরের কম বয়সী শিশুদের ছয়টি সংক্রামক রোগের টিকা দেওয়ার মধ্য দিয়ে বাংলাদেশে সম্প্রসারিত টিকাদান কর্মসূচির (ইপিআই) আনুষ্ঠানিক যাত্রা শুরু হয়। এই ছয়টি রোগ হচ্ছে : যক্ষা, পোলিও, ডিফথেরিয়া, হুপিং কাশি, ধনুষ্টংকার ও হাম।

পরবর্তী সময়ে দেশের সব শিশু ও সন্তান ধারণে সক্ষম সব নারীকে এই কর্মসূচির আওতায় আনা হয়। এই কার্যক্রম সারা দেশের ১,৩৪,৬৮৪টি টিকাদান কেন্দ্রের মাধ্যমে পরিচালিত হচ্ছে। স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়ের অধীন সব পর্যায়ের কর্মকর্তা ও কর্মচারীসহ অন্য একাধিক মন্ত্রণালয় ও এনজিওরা এই কর্মসূচি বাস্তবায়নের সঙ্গে জড়িত।

বিগত বছরগুলোতে বাংলাদেশে টিকাদানের হার উল্লেখযোগ্যভাবে বৃদ্ধি পেয়েছে। ইপিআই কভারেজ মূল্যায়ন জরিপ বলছে, ২০০১ সালে শিশু জন্মের এক বছরের মধ্যে পূর্ণ টিকা পাওয়ার হার ছিল ৫২ শতাংশ। ২০১১ সালে তা বেড়ে দাঁড়ায় ৮০.২ শতাংশে।

শুরুতে ইপিআইতে ছয়টি টিকা দেওয়া হতো। তবে এখন টিকার সংখ্যা বেড়েছে। হেপাটাইটিস-বি, হেমোফাইলাস ইনফ্লুয়েঞ্জা টাইপ বি এবং রুবেলা রোগের নতুন টিকা সংযোজনের ফলে ইপিআই কর্মসূচিতে এখন টিকার সংখ্যা নয়টি।

বাংলাদেশে টিকাদান কর্মসূচিতে আন্তর্জাতিক সহায়তাও রয়েছে। পৃথিবীর দরিদ্র দেশগুলোতে শিশুর টিকাদান নিশ্চিত করার লক্ষ্যে প্রয়োজনীয় সহায়তা দানের জন্য ২০০০

সালে গ্লোবাল অ্যালায়েন্স ফর ভ্যাক্সিনেশন অ্যান্ড ইম্যুনাইজেশন (গ্যাভি) প্রতিষ্ঠিত হয়। সহায়তা পাওয়ার জন্য বাংলাদেশ ২০০১ সালে গ্যাভির কাছে আবেদন করে। তখন থেকে বাংলাদেশ গ্যাভির সহায়তা পেয়ে আসছে।

২০০৯ সালে গ্যাভির সহায়তায় দেশে পেন্টাভ্যালেন্ট টিকা দেওয়া শুরু হয়। এ ছাড়া ১৩ জেলায় ইপিআই কর্মসূচি অধিকতর গতিশীল করার জন্য গ্যাভি সরকারকে সহায়তা দিচ্ছে।

পাঁচ বছরের কম বয়সী সব শিশুকে নিউমোনিয়ার টিকা দেওয়ার জন্য বাংলাদেশ গ্যাভির কাছে সহায়তা চায় ২০১১ সালে। ২০১২ সালে গ্যাভি সহায়তা দিতে স্বীকৃতি জানায়। এই টিকাও বাংলাদেশে দেওয়া শুরু হবে।

এনআইডি : নিয়মিত টিকাদান কর্মসূচির পরিপূরক কৌশল হিসেবে সরকার জাতীয় টিকা দিবসের (ন্যাশনাল ইম্যুনাইজেশন ডে-এনআইডি) আয়োজন করে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা, ইউনিসেফ, রোটারি ইন্টারন্যাশনাল এবং উন্নয়ন সহযোগীদের নিয়ে সরকার এনআইডির আয়োজন করে। জাতীয় টিকা দিবসের প্রাক্কালে রেডিও, টেলিভিশন, সংবাদপত্রে এ বিষয়ে প্রচার চালানো হয়। মসজিদের মাইক ও ভ্রাম্যমাণ মাইকে শিশুদের টিকা কেন্দ্রে আনার জন্য মা-বাবা ও অভিভাবকদের অনুরোধ জানানো হয়।

সারা দেশে ১ লাখের বেশি টিকাকেন্দ্রের মধ্যে স্থায়ী কেন্দ্র বেশি, বাকিগুলো ভ্রাম্যমাণ। ভ্রাম্যমাণ কেন্দ্রগুলো লঞ্চ টার্মিনাল, রেলস্টেশন, বাস টার্মিনালে কাজ করে, যেন পথে থাকার কারণে কোনো শিশু বাদ না পড়ে।

এসব কেন্দ্রে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের মাঠ পর্যায়ের ৬৮ হাজার কর্মী ছাড়াও বিভিন্ন বেসরকারি প্রতিষ্ঠান ও এনজিও কর্মী এবং লক্ষাধিক স্বেচ্ছাসেবক শিশুকে টিকা খাওয়ায়। বড় ধরনের উদ্যোগ আয়োজনের পরও বেশ কিছু শিশু টিকা পায় না। ব্যস্ততাসহ নানা কারণে বাবা-মায়েরা শিশুদের টিকাকেন্দ্রে আনতে পারেন না। তাই জাতীয় টিকা দিবসের পরবর্তী কয়েক দিন স্বাস্থ্যকর্মীরা প্রতিটি ওয়ার্ড ও মহল্লায় বাড়ি বাড়ি গিয়ে খোঁজ নিয়ে বাদ পড়া শিশুদের টিকা খাওয়ান।

জাতীয় টিকা দিবসে শিশুদের পোলিও টিকা খাওয়ানো হয়। পোলিও (পোলিওমাইলাইটিস) একটি সংক্রামক রোগ। এর ভাইরাস স্নায়ুতন্ত্রে প্রবেশ করে পক্ষাঘাতের কারণ হতে পারে, এমনকি মৃত্যুও হতে পারে। কম বয়সী শিশু পোলিওতে আক্রান্ত হয় বেশি। তবে কোনো কোনো জাতীয় টিকা দিবসে (২০১০) পোলিও টিকার পাশাপাশি শিশুদের ভিটামিন 'এ' ও কৃমিনাশকও দেওয়া হয়েছে। বর্তমানে বাংলাদেশ পোলিও মুক্ত।

জাতীয় ভিটামিন 'এ' প্লাস ক্যাম্পেইন

ভিটামিন 'এ'-র অভাবজনিত সমস্যা বাংলাদেশের একটি অন্যতম প্রধান পুষ্টিসমস্যা। ভিটামিন 'এ'-সমৃদ্ধ খাবারের অভাবই এর প্রধান কারণ। ভিটামিন 'এ'-র অভাবজনিত কারণে শিশু রাতকানা রোগে ভোগে এবং দৃষ্টিপ্রতিবন্ধী হয়ে পড়ে। প্রাপ্তবয়স্করা যকৃতে জমে থাকা ভিটামিন 'এ'-র কারণে এ ধরনের ঝুঁকি থেকে মুক্ত থাকেন। ভিটামিন 'এ'-র অভাবে রোগ-সংক্রমণের ঝুঁকি বেড়ে যায় এবং বারবার শিশু অসুস্থ হয়ে পড়ে। ভিটামিন 'এ' দৃষ্টিশক্তি ঠিক রাখে, রোগ সংক্রমণ থেকে শরীরকে রক্ষা করে এবং রোগ প্রতিরোধক হিসেবে কাজ করে।

ভিটামিন 'এ'-র অভাব হয় :

- ✓ জন্মের পর শিশুকে শালদুধ না খাওয়ালে।
- ✓ শিশুকে পর্যাপ্ত পরিমাণে বুকের দুধ না খাওয়ালে।
- ✓ বুকের দুধের পরিপূরক হিসেবে দেওয়া খাবারে ভিটামিন 'এ' কম থাকলে।
- ✓ গর্ভবতী ও প্রসূতি মা ভিটামিন 'এ'-র অভাবে ভুগলে এবং তার বুকের দুধ শিশুকে খাওয়ালে।
- ✓ ছয় মাস বয়সের পর থেকে শিশুর পরিপূরক খাবারের সঙ্গে ভিটামিন 'এ'-সমৃদ্ধ শাকসবজি ও ফলমূল না খাওয়ালে।
- ✓ দীর্ঘমেয়াদি ডায়রিয়া, হাম ও মারাত্মক অপুষ্টিতে ভুগলে।

উৎস : গাঢ় সবুজ রঙের শাকসবজি এবং হলুদ ও কমলা রঙের সবজি ভিটামিনের প্রাথমিক উৎস। এ ছাড়া কলিজা, ডিম, মাংস, মাছ বিশেষত মলা ও ঢেলা মাছ ও মাছের তেলেও প্রচুর পরিমাণে ভিটামিন 'এ' পাওয়া যায়।

অনেক পরিবার শিশুদের নিয়মিত মাছ, মাংস, ডিম, কলিজা খাওয়াতে পারে না। এ কারণে শিশুদের ভিটামিন 'এ'-র অভাব দেখা যায়। এই অভাব দূর করার জন্য সরকার শিশুদের ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল খাওয়ায়।

ভিটামিন 'এ' (প্লাস) ক্যাম্পেইন

১৯৭৩ সাল থেকে দেশব্যাপী ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল বিতরণ করা হচ্ছে। ১৯৯৪ সাল থেকে ভিটামিন 'এ' সপ্তাহ পালন শুরু হয়। পরবর্তী সময়ে নিয়মিতভাবে জাতীয় টিকা দিবস (National Immunization Day—NID) পালন শুরু হলে কখনো কখনো এনআইডির

সঙ্গে ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল খাওয়ানো হয়। পোলিও টিকার সঙ্গে ছয় মাস পর পর ভিটামিন 'এ' খাওয়ানো হতো।

ভিটামিন 'এ'-র সঙ্গে শিশুকে কৃমিনাশক খাওয়ানো শুরু হলে কর্মসূচির নাম হয়ে যায় 'ন্যাশনাল ভিটামিন এ প্লাস ক্যাম্পেইন'। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার সুপারিশ অনুযায়ী যেসব দেশে কৃমি সংক্রমণের হার শতকরা ৫০-এর বেশি, সেসব দেশে নিয়মিত ছয় মাস অন্তর কৃমিনাশক ট্যাবলেট খাওয়াতে হবে। বাংলাদেশের শিশুদের কৃমিতে (রাউন্ড ওয়ার্ম, হুক ওয়ার্ম ও পিন ওয়ার্ম) আক্রান্ত হওয়ার হার খুবই বেশি। কৃমি শিশুর শরীর থেকে পুষ্টি উপাদান শোষণ করে। এর ফলে শিশু ভিটামিন 'এ'-র অভাবে ভোগে এবং শিশুর রক্তস্বল্পতা দেখা দেয়। তাই শিশুদের কৃমিনাশক ট্যাবলেট খাওয়াতে হয়।

এই কর্মসূচিতে ০৬-১১ মাস বয়সী শিশুদের উচ্চক্ষমতাসম্পন্ন নীল রঙের ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল, ১-৫ বছর বয়সী সকল শিশুকে উচ্চক্ষমতাসম্পন্ন লাল রঙের ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল এবং ২-৫ বছর বয়সী সকল শিশুকে কৃমিনাশক এলবেনডাজল ট্যাবলেট খাওয়ানো হয়। শিশুর ছয় মাস বয়স পর্যন্ত শুধু বুকের দুধ খাওয়ানোর বার্তাও প্রচার করা হয়। সারা দেশব্যাপী সরকারি স্বাস্থ্যকর্মী এবং স্বেচ্ছাসেবকরা স্থায়ী ও ভ্রাম্যমাণ (যেমন—বাসস্ট্যান্ড, রেলস্টেশন, খেয়াঘাট, ফেরিঘাট, বিমানবন্দর) কেন্দ্রের মাধ্যমে শিশুদের ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল ও কৃমিনাশক বড়ি খাওয়ান।

ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল খাওয়ানোর সময় ও পরিমাণ

উদ্দিষ্ট জনগোষ্ঠী	খাওয়ানোর সময়	ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুলের মাত্রা	খাওয়ানোর সময়সূচি
শিশু	৬-১১ মাস	১০০০০০ আইইউ	১টি নীল রঙের ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল খাওয়াতে হয়
শিশু	১২-৫৯ মাস	২০০০০০ আইইউ	জাতীয় ভিটামিন 'এ' ক্যাম্পেইন/ জাতীয় টিকা দিবসে ৪-৬ মাস পর পর বছরে ২ বার ১টি করে লাল রঙের ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল।
প্রসূতি মা	প্রসবের পর পরই (৬ সপ্তাহের মধ্যে)	১০০০০০ আইইউ	প্রসবের পরপরই (৬ সপ্তাহের মধ্যে) মাকে ১টি লাল রঙের ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল খাওয়াতে হয়।

ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল ও কৃমিনাশক ট্যাবলেটে কোনো ধরনের স্বাস্থ্যঝুঁকি নেই। এ ক্যাপসুল ও ট্যাবলেট শিশুর স্বাস্থ্যের জন্য সম্পূর্ণ নিরাপদ। এতে মারাত্মক কোনো পার্শ্বপ্রতিক্রিয়া নেই।

ভিটামিন 'এ' প্লাস ক্যাম্পেইন সফল করার জন্য জাতীয় পর্যায়ে ন্যাশনাল স্টিয়ারিং কমিটি, কোর কমিটি এবং বিভাগীয়, জেলা ও উপজেলা পর্যায়ে কমিটি গঠন করা হয়। সংবাদপত্র, রেডিও, টেলিভিশনে ভিটামিন 'এ' ক্যাপসুল ও কৃমিনাশক খাওয়ানোর বিষয়ে টিভি/রেডিও স্পট ও ক্রোড়পত্র প্রকাশ করা হয়।

মাতৃদুগ্ধ দান কর্মসূচি

১৯৭০ সালের দিকে শিশুকে বোতলের বা বাণিজ্যিক দুধ খাওয়ানোর মারাত্মক ক্ষতিকর দিক নিয়ে ব্যাপক বিতর্ক শুরু হলে শিশুকে মাতৃদুগ্ধ দানের বিষয়টি শিশুস্বাস্থ্যের আলোচনার কেন্দ্রে চলে আসে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা ১৯৮১ সালে মাতৃদুগ্ধের বিকল্প খাদ্যের নিয়ন্ত্রণ বিল অনুমোদন করে। ১৯৯০ সালে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা ও ইউনিসেফ এ বিষয়ে 'ইনোসেন্টি ঘোষণা' গ্রহণ করে। এই ঘোষণার চারটি উদ্দেশ্য ছিল :

১. প্রতিটি দেশে একটি জাতীয় মাতৃদুগ্ধ দান সমন্বয়কারী এবং কার্যকরী অথরিটি নিযুক্ত করা।

২. মাতৃদুগ্ধ দানকে সফল করতে ১০টি ধাপ যথাযথভাবে পালন করার জন্য পর্যাপ্ত মাতৃসেবা ও সুবিধা নিশ্চিত করা।

৩. বিকল্প শিশুখাদ্যের নিয়ন্ত্রণ নীতিমালা ও বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থার আনুষঙ্গিক নীতি অনুসরণ করা।

৪. কর্মজীবী মায়েদের মাতৃদুগ্ধ দানের অধিকার রক্ষার্থে যথাযথ আইন প্রণয়ন করা।

এরপর আরো অগ্রগতি লক্ষ করা যায়। ২০০২ সালে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা ও ইউনিসেফ বিশ্বব্যাপী শিশু-খাবারের ব্যাপারে কর্মসূচি গ্রহণ করে। এর পাঁচটি লক্ষ্যমাত্রা ছিল :

১. শিশু-খাবারের কার্যক্রমকে কার্যকরী করতে যথাযথ নীতি প্রণয়ন ও তা বাস্তবায়ন করা।

২. শিশুর ছয় মাস বয়স পর্যন্ত শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো এবং পরবর্তী দুই বছর পর্যন্ত মায়ের দুধ খাওয়ানোর জন্য সংরক্ষণ, সহায়তা এবং প্রচারণা নিশ্চিত করা।

৩. মাতৃদুগ্ধ দানের পাশাপাশি উপযুক্ত সময়ে যথাযথ, নিরাপদ এবং সঠিক পরিপূরক খাবার দেওয়া।

৪. অস্বাভাবিক পরিস্থিতিতে (অপুষ্টি, স্বল্প ওজনবিশিষ্ট শিশু, জরুরি অবস্থায় এবং HIV সংক্রমণ) শিশুখাদ্যের ব্যাপারে পর্যাপ্ত নির্দেশনা প্রদান করা।

৫. মাতৃদুগ্ধের বিকল্প শিশুখাদ্যের বাজারজাত করার নিয়ন্ত্রণ আইন কার্যকরী করার জন্য কী ধরনের নতুন আইন প্রণয়ন করা যায়, তা অনুধাবন করা।

অন্যদিকে ১৯৯২ সাল থেকে ওয়ার্ল্ড অ্যালায়েন্স ফর ব্রেস্টফিডিং অ্যাকশন (WABA) বিশ্ব মাতৃদুগ্ধ সপ্তাহ উদ্‌যাপন করে আসছে। বাংলাদেশেও এই সপ্তাহ উদ্‌যাপন করা হয়।

শিশুবান্ধব হাসপাতাল উদ্যোগ

১৯৯০ সালের ইনোসেন্টি ঘোষণার পরের বছর বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা ও ইউনিসেফ শিশুকে সফলভাবে বুকের দুধ খাওয়ানোর প্রচার ও সহায়তা করার জন্য 'শিশুবান্ধব হাসপাতাল' গড়ে তোলার কর্মসূচি গ্রহণ করে।

১৯৯২ সাল থেকে বাংলাদেশ ব্রেস্টফিডিং ফাউন্ডেশন শিশুবান্ধব হাসপাতাল গড়ে তুলতে বাংলাদেশ সরকার ও ইউনিসেফের সহায়তায় কাজ করে যাচ্ছে। প্রথমে চারটি হাসপাতালকে বেছে নেওয়া হয়। প্রতিটি হাসপাতালের তিনজন চিকিৎসক এবং একজন নার্সকে প্রশিক্ষণ দেওয়া হয়। প্রশিক্ষণপ্রাপ্তরা নিজ নিজ হাসপাতালে ১৫ থেকে ২০ জন স্বাস্থ্য সেবাদানকারীকে প্রশিক্ষণ দেওয়া শুরু করেন। এরপর হাসপাতালগুলো সঠিক উপায়ে শিশুকে বুকের দুধ খাওয়ানোর ১০টি পদক্ষেপ গ্রহণ শুরু করে।

পরবর্তী সময়ে দেশের ৪৯৯টি হাসপাতালকে শিশুবান্ধব হাসপাতাল হিসেবে ঘোষণা করা হয়। তবে বেশ কিছুদিন কার্যক্রম বন্ধ ছিল। এরপর ২০১২ সালের এপ্রিল থেকে ৬৩টি হাসপাতালে আবার প্রশিক্ষণ কার্যক্রম শুরু হয়েছে।

শিশুর পুষ্টি সুরক্ষায় আইন

সরকার ২০১৩ সালে 'ব্রেস্ট-মিল্ক সাবস্টিটিউট (রেগুলেশন অব মার্কেটিং) অর্ডিনেন্স, ১৯৮৪' নামের আইনটি সংশোধন করে নতুন আইন করেছে। নতুন আইনটির নাম : 'মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশুখাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য ও উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদি (বিপণন নিয়ন্ত্রণ) আইন, ২০১৩'। দেশের শীর্ষ পুষ্টিবিদেরা এই আইনটিকে

আগের আইনের চেয়ে ভালো বলেছেন। কারণ :

- ✓ 'শিশুখাদ্য' বা 'বাণিজ্যিকভাবে তৈরি করা শিশুর বাড়তি খাদ্য' সম্পর্কে আগের আইনে কিছু বলা ছিল না।
- ✓ আইন অমান্য করার জন্য শাস্তির বিধান আগের চেয়ে কড়া করা হয়েছে।
- ✓ চিকিৎসক, নার্স বা অন্য কোনো স্বাস্থ্যকর্মী মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশুখাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা এগুলো ব্যবহারের সরঞ্জামাদি তৈরি বা বিপণনকারী প্রতিষ্ঠানের কাছ থেকে আর্থিক সুযোগ-সুবিধা যেন না নিতে পারে, সে ব্যাপারে স্পষ্টভাবে বলা হয়েছে।

আইনটি এই বইয়ের শেষে যুক্ত করা হয়েছে। পরিশিষ্ট-১ দেখুন।

এ রকম আরো অনেক উদ্যোগের কথা বলা যেতে পারে। যেমন : লবণে আয়োডিন মেশানো, খাবারে অনুপুষ্টি-উপাদান মেশানো, তেল ভিটামিন 'এ' সমৃদ্ধকরণ ইত্যাদি। এর প্রতিটি উদ্যোগ সাংবাদিকরা অনুসন্ধান করে দেখতে পারেন।

জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান নিচের কাজগুলো করছে। কাজগুলো কোথায় হচ্ছে, কীভাবে হচ্ছে সাংবাদিকরা তা দেখতে পারেন।

ক্ষেত্র	কার্যক্রম
শিশুর খাবার (IYCF)	১. জন্মের এক ঘণ্টার মধ্যে শিশুকে মায়ের দুধ খাওয়ানো
	২. জন্মের পর প্রথম ছয় মাস শিশুকে শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো
	৩. ৬-২৩ মাস বয়সী শিশুকে বয়স উপযোগী পরিপূরক খাবার খাওয়ানো
পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা	৪. খাবার তৈরি/খাওয়ার আগে, শিশুকে খাওয়ানোর আগে এবং মলত্যাগের পর সাবান দিয়ে হাত ধোয়া
অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক	৫. ৬-৫৯ মাস বয়সী শিশুকে প্রতি ছয় মাস অন্তর একবার ভিটামিন 'এ' খাওয়ানো
	৬. গর্ভবতী, স্তন্যদাত্রী নারী ও কিশোরীদের সম্পূরক হিসেবে আয়রন, ফলিক অ্যাসিড দেওয়া

ক্ষেত্র	কার্যক্রম
	৭. ৬-২৩ মাস বয়সী শিশুদের সম্পূরক হিসেবে বিভিন্ন ধরনের অনুপুষ্টি-উপাদানের গুঁড়া প্রদান
	৮. মারাত্মক ডায়রিয়ায় শিশুকে খাওয়ার স্যালাইন ও জিঙ্ক খাওয়ানো
কৃমিনাশ	৯. প্রতি ছয় মাস অন্তর ২৪-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের কৃমিনাশক ওষুধ খাওয়ানো
পুষ্টিগুণসম্পন্ন ও পুষ্টিসমৃদ্ধ খাবার গ্রহণ	১০. গর্ভবতী, স্তন্যদাত্রী নারী ও কিশোরীদের আয়রন ও ভিটামিন-সমৃদ্ধ খাবার দেওয়া
	১১. বাড়িতে আয়োডিনযুক্ত লবণ ও ভিটামিন 'এ'-সমৃদ্ধ তেল খাওয়ানো
তীব্র অপুষ্টি-ব্যবস্থাপনা	১২. ০-৫৯ মাস বয়সী শিশুদের মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি যাচাই ও রেফার করা
	১৩. মারাত্মক তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত ০-৫৯ মাস বয়সী শিশুকে হাসপাতালে ভর্তি করে কিংবা হাসপাতালের বহির্বিভাগে জাতীয় প্রটোকল অনুযায়ী চিকিৎসা দেওয়া
মাতৃপুষ্টি	১৪. গর্ভবতী ও স্তন্যদাত্রী নারীদের পর্যাপ্ত খাবার ও বিশ্রাম প্রদান
	১৫. অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরণ (আয়রন, ফলিক অ্যাসিড, ক্যালসিয়াম)
	১৬. পুষ্টিগুণসম্পন্ন খাবার গ্রহণ

সূত্র : জাতীয় পুষ্টিসেবা

পরোক্ষ পুষ্টি উদ্যোগ

বাংলাদেশে স্বাস্থ্য ও পুষ্টির উন্নতিতে পরোক্ষ উদ্যোগের অনেক ভূমিকা রয়েছে। খাদ্য, কৃষি ও শিক্ষার ভূমিকা এ ক্ষেত্রে অনেক বড়। যেমন খাদ্য উৎপাদন ও খাদ্যে স্বয়ংসম্পূর্ণতা অর্জনে খাদ্য ও কৃষি মন্ত্রণালয়ের নীতি, পরিকল্পনা, আইন ও বিধিবিধান বড় ভূমিকা রেখেছে। ভিজিডি, ভিজিএফ, টিআর, জিআর—দরিদ্র মানুষকে নিরাপত্তা দিয়েছে। ওএমএস বা ফেয়ার প্রাইস কার্ড খাদ্যপণ্যের দাম নিয়ন্ত্রণে রাখতে সহায়তা করে। এসব উদ্যোগ পরোক্ষভাবে পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতিতে সহায়তা করছে। তবে এসব উদ্যোগ কী মাত্রায় পরিস্থিতির উন্নতি ঘটাচ্ছে তা এখনো পরিমাপ করা সম্ভব হচ্ছে না। শুধু স্বীকৃতিটুকু দেওয়া হচ্ছে।

মাতৃত্বকালীন সুরক্ষা

মায়েদের মাতৃদুগ্ধ দান থেকে বিরত থাকার একটি সাধারণ কারণ হলো প্রসব-পরবর্তী সময়ে পুনরায় নিয়মিত চাকরি বা কাজ করা। চাকরিজীবী মায়েরা যাতে শিশুকে পূর্ণ ছয় মাস বয়স পর্যন্ত শুধু বুকের দুধ খাওয়াতে পারেন, সেজন্য প্রধানমন্ত্রী শেখ হাসিনা বিশ্ব মাতৃদুগ্ধ সপ্তাহ ২০০৯-এর উদ্বোধনী অনুষ্ঠানে সরকারি প্রতিষ্ঠানে মাতৃত্বকালীন ছুটি বেতনসহ ছয় মাস ঘোষণা করেন। এর আগে এই ছুটি ছিল চার মাস। ২০১১ সালের ৯ জানুয়ারি থেকে এ বিষয়ে প্রজ্ঞাপন জারি করে সরকার। এরপর ২০১১ সালে বিশ্ব মাতৃদুগ্ধ সপ্তাহ উদ্বোধনী অনুষ্ঠানে বেসরকারি সকল প্রতিষ্ঠানে মাতৃত্বকালীন ছুটি চার মাস থেকে বেতনসহ ছয় মাস করার ঘোষণা দেন প্রধানমন্ত্রী।

তবে অধিকাংশ বেসরকারি প্রতিষ্ঠান এখনো প্রধানমন্ত্রীর অনুরোধে সাড়া দেয়নি। এরপর শিক্ষা মন্ত্রণালয় প্রজ্ঞাপনের মাধ্যমে বেসরকারি শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানে মাতৃত্বকালীন ছুটি ছয় মাস করে। অভিযোগ আছে, অনেক বেসরকারি প্রতিষ্ঠান কর্মচারীদের চার মাসও ছুটি দেয় না। সাংবাদিকরা বিষয়টি খতিয়ে দেখতে পারেন।

মাতৃত্বকালীন ছুটি বাড়ালে জন্মহারও বাড়বে! মনে করে বিজিএমইএ

মাতৃত্বকালীন সুবিধা ১৬ (৮+৮) সপ্তাহ থেকে বাড়িয়ে ২৪ সপ্তাহ করা হলে তা জন্মনিয়ন্ত্রণের পরিবর্তে জন্মহার বাড়াতে উৎসাহিত করবে। আবার এ সুবিধা পাওয়ার পর কর্মীদের চাকরিতে ফিরে না আসার প্রবণতাও বড়বে। দীর্ঘ অনুপস্থিতিতে শ্রমিকের দক্ষতা হ্রাস পাবে।

বাংলাদেশ তৈরি পোশাক রপ্তানিকারক সমিতি (বিজিএমইএ) মাতৃত্বকালীন ছুটি নিয়ে এ মতামত দিয়েছে। বিজিএমইএ আরো বলেছে, বাংলাদেশে এই ছুটি ১১২ দিনও (পৌনে চার মাস) অত্যন্ত অযৌক্তিক। ভারতের মতো বাংলাদেশের শ্রম আইনে এই ছুটি ৮৪ দিন (১২ সপ্তাহ) করা বাঞ্ছনীয়।

বর্তমানে মাতৃত্বকালীন ছুটি বাড়ানোর একটি প্রস্তাব শ্রম মন্ত্রণালয়ে জমা আছে। শ্রম মন্ত্রণালয় সব পক্ষের সঙ্গে আলোচনা করে এ বিষয়ে সিদ্ধান্ত দেবে। তার পরেই সংশোধন হবে শ্রম আইন। আর এখানেই মতামত দিয়েছে বিজিএমইএ। এর আগে এক সংবাদ বিজ্ঞপ্তির মাধ্যমেও এসব কথা বলেছে বিজিএমইএ।

বাংলাদেশ ইনস্টিটিউট অব লেবার স্টাডিজের (বিল্স) সহকারী নির্বাহী পরিচালক সৈয়দ সুলতান উদ্দিন আহম্মদ বলেছেন, সরকার সরকারি কর্মজীবী নারীদের জন্য মাতৃত্বকালীন ছুটি ছয় মাস করেছে। শিশুকে ছয় মাস পর্যন্ত শুধু বুকের দুধ (এক্সক্লুসিভ) খাওয়ানো নিশ্চিত করে যোগ্য ভবিষ্যৎ নাগরিক তৈরি করাই মূল উদ্দেশ্য। তারই আলোকে শ্রম আইন, ২০০৬-এর সংশোধনীতে এই ছুটির মেয়াদ ছয় মাস করার প্রস্তাব করা হয়েছে।

শ্রম মন্ত্রণালয়ে মাতৃত্বকালীন ছুটির বিষয়ে বিজিএমইএর পাঠানো প্রস্তাবে বলা হয়েছে, আশির দশক থেকে জন্মনিয়ন্ত্রণের বিষয়ে পোশাকশিল্প মূল্যবান অবদান রেখে আসছে। এই শিল্পের কাজের ধারাবাহিকতার কারণে অনেক নারী শ্রমিক সহজে সন্তান জন্ম দেওয়ার চিন্তা করতেন না।

বিজিএমইএ আরো মনে করে, অফিস-আদালতে কেউ ছয় মাস অনুপস্থিত থাকলে কাজে তেমন সমস্যা হয় না। কিন্তু পোশাকশিল্পে ৮০ শতাংশ নারী শ্রমিক কর্মরত, যেখানে কোনো শ্রমিক কোনো পোশাক এককভাবে তৈরি করেন না। শার্ট নির্মাতা প্রতিষ্ঠানে একটি লাইনের মধ্যে একজন বডি সেলাই, একজন কলার, একজন কাফ, একজন পকেট তৈরিসহ একেকটি কাজ করেন। একটি লাইনের মধ্য থেকে একজন দক্ষ শ্রমিক অনুপস্থিত থাকলে

উৎপাদনের মাত্রা অনেক কমে যাবে। এতে উৎপাদন কঠোরভাবে বাধাগ্রস্ত হবে। শূন্য স্থানে শ্রমিক নিয়োগে প্রশাসনিক জটিলতা বাড়বে।

বিজিএমইএ আরো বলেছে, মালয়েশিয়ায় ৬০ দিন, ইন্দোনেশিয়ায় ৯০, কোরিয়ায় ৯০, চীনে ৯০, ভারতে ৮৪ ও ফিলিপাইনে ৬০ দিন (আস্ত্রোপাচার হলে ৭৮ দিন) মাতৃত্বকালীন ছুটি দেওয়া হচ্ছে। এই দেশগুলো অর্থনৈতিকভাবে বাংলাদেশের তুলনায় অনেক উন্নত।

শ্রমসচিব মিকাইল শিপার বলেন, শুধু পোশাকশিল্পের কথা চিন্তা করে আইনের সংশোধনী হবে না। বর্তমান সরকার নারীবান্ধব সরকার। নারীদের সার্বিক মঙ্গল হয়, সেদিকে বিবেচনা করেই আইনের সংশোধনী হবে। আইনের সংশোধনী নিয়ে বিজিএমইএসহ বিভিন্ন প্রতিষ্ঠানের প্রস্তাবনা যাচাই-বাছাই চলছে বলেও উল্লেখ করেন সচিব।

মাতৃত্বকালীন ছুটির মেয়াদ বাড়লে জন্মহার বাড়বে—এ প্রস্তাবনা সম্পর্কে মিকাইল শিপার বলেন, 'এসব হচ্ছে বাজে যুক্তি। এ ছাড়া সরকারি বা বেসরকারি—যেখানেই কাজ করুক, মা হওয়ার পর আর বিভেদ করার উপায় নেই। সবার প্রয়োজন ও চাহিদা একই থাকে।'

বিজিএমইএর ভারপ্রাপ্ত সভাপতি সিদ্দিকুর রহমান বলেন, পোশাকশিল্পের নারী কর্মীরা জনসংখ্যা নিয়ন্ত্রণে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখছেন। কাজে যোগ দেওয়ার কারণে তারা দেরিতে বিয়ে করছেন। মাতৃত্বকালীন ছুটির মেয়াদ বাড়ানো হলে জন্মহার কীভাবে বাড়বে—এ প্রশ্নের সরাসরি উত্তর না দিয়ে সিদ্দিকুর রহমান বলেন, পোশাকশিল্পের নারী শ্রমিকেরা সন্তান প্রসবের আগে ছুটি নিচ্ছেন। তাই চার মাস বা তার চেয়ে কিছু কম দিনের জন্য যে ছুটি পাচ্ছেন, তা যথেষ্ট। এ ছাড়া বেশিরভাগ কারখানায় শিশু দিবাযত্ন কেন্দ্রের চিত্র ভয়াবহ খারাপ। কিছু কারখানায় দেখানোর জন্য পুতুল, খেলনা—সবই সাজানো থাকে, শুধু সেখানে শিশুরা থাকে না। ফলে নারীদের সন্তানকে গ্রামে নানি, দাদির কাছে রেখে আসতে হয়। এই সন্তানেরা মায়ের বুকের দুধটুকুও খেতে পারে না। এ অবস্থায় আইনের সংশোধনী প্রয়োজন বলে তিনি মত দেন।

৬

সরকার কী করছে

সরকার কী করছে

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশের সংবিধানের দ্বিতীয় ভাগে রাষ্ট্রপরিচালনার মূলনীতি বর্ণনা করা আছে। সেখানে ১৮ (১) ধারায় বলা আছে : 'জনগণের পুষ্টির স্তর-উন্নয়ন ও জনস্বাস্থ্যের উন্নতিসাধনকে রাষ্ট্র অন্যতম প্রাথমিক কর্তব্য বলিয়া গণ্য করিবেন...'।

সংবিধানপ্রণেতারা পুষ্টির গুরুত্ব বিবেচনা করে পুষ্টির ক্ষেত্রে রাষ্ট্রের কর্তব্যকে রাষ্ট্রপরিচালনার মূলনীতির মধ্যে রেখেছিলেন। এটা পুষ্টির ব্যাপারে রাজনীতিবিদদের প্রতিশ্রুতিরই বহিঃপ্রকাশ। রাষ্ট্রপরিচালনার মূলনীতির গুরুত্বপূর্ণ অংশ পরিবর্তনসহ সংবিধান নানা সময়ে কাটাছেঁড়া করা হলেও পুষ্টির এই জায়গায় কেউ হাত দেননি। সংবিধানে পুষ্টির ওপর যথেষ্ট গুরুত্ব দেওয়া হলেও অভিযোগ আছে, সরকার পুষ্টিসংক্রান্ত কর্মকাণ্ডের ধারাবাহিকতা বজায় রাখতে পারেনি। নানা সময়ে বিভিন্ন প্রকল্প ও কর্মসূচি হাতে নেওয়া হয়েছে, সেগুলোর মধ্যে সমন্বয়ের যেমন অভাব ছিল, তেমনি যোগসূত্র ও ধারাবাহিকতাও ছিল না। অধিকাংশ সময় তা ছিল স্বতন্ত্র ও অনেকটা বিচ্ছিন্ন।

পাকিস্তান আমল

পুষ্টি নিয়ে বর্তমান সময়ে অনেক আলোচনা শোনা গেলেও অর্ধশত বছর আগেই ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয় কর্তৃপক্ষ এর গুরুত্ব অনুধাবন করেছিল। ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের জীবরসায়ন বিভাগ ১৯৫৭ সালে পুষ্টিবিষয়ক শিক্ষাক্রম শুরু করে। এরপর ১৯৬২ সালে জাতীয় পুষ্টি জরিপ পরিচালিত হয়। ওই জরিপে বাংলাদেশ তথা পূর্ব পাকিস্তানে অপুষ্টিজনিত সার্বিক চিত্রটি প্রতিভাত হয়। তখনই পুষ্টি নিয়ে গবেষণার ওপর গুরুত্ব দেওয়া হয়। ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ে প্রতিষ্ঠা করা হয় পুষ্টিবিজ্ঞান ইনস্টিটিউট।

বর্তমানে এর নাম পুষ্টি ও খাদ্যবিজ্ঞান ইনস্টিটিউট। এই ইনস্টিটিউট ও জীবরসায়ন বিভাগ শিক্ষার্থীদের এমএসসি, এমফিল ও পিএইচডি ডিগ্রি দিচ্ছে।

বাংলাদেশ আমল

বাংলাদেশ সরকার ব্যাপকভাবে বিদ্যমান অপুষ্টি দূর করার জন্য বিভিন্ন সময় গুরুত্বপূর্ণ নানা পদক্ষেপ নিয়েছে। পুষ্টিসংক্রান্ত কাজকর্ম ও কর্মসূচি বিষয়ে নীতি ও কৌশল তৈরির জন্য সরকার ১৯৭৪ সালে জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান (ইনস্টিটিউট অব পাবলিক হেলথ

নিউট্রিশন—আইপিএইচএন) প্রতিষ্ঠা করে। গবেষণা করা, প্রশিক্ষণ দেওয়া ও পুষ্টিসংক্রান্ত কাজ তদারক করাও এই প্রতিষ্ঠান তৈরির উদ্দেশ্য ছিল। আর সুনির্দিষ্টভাবে বলতে গেলে এই প্রতিষ্ঠানের কাজ ছিল অপুষ্টির কারণ, প্রকৃতি, বিস্তার ও তীব্রতা অনুসন্ধান করা এবং জাতীয় উন্নয়নের অংশ হিসেবে জাতীয় পুষ্টি কর্মসূচি, পরিকল্পনা ও প্রকল্প প্রণয়ন করা, যেন অপুষ্টিজনিত রোগের কার্যকর চিকিৎসা করা যায়, অপুষ্টি দূর করতে যথাযথ উদ্যোগ নেওয়া যায়, সুনির্দিষ্ট খাদ্য প্রযুক্তির উন্নয়ন ঘটানো যায়। নীতি ও বিধিমালা প্রণয়ন, বিভিন্ন প্রতিষ্ঠানের মধ্যে কাজের সমন্বয়, মানবসম্পদের পূর্ণ ব্যবহার নিশ্চিত করাও এই প্রতিষ্ঠানের কাজের মধ্যে ধরা হয়েছিল। বলা হয়েছিল, পুষ্টিসংক্রান্ত সব কাজের কারিগরি সচিবালয় হিসেবে কাজ করবে জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান। মাতৃদুগ্ধ বিকল্প আইনের (বিএমএস কোড) বাস্তবায়ন তদারক করা এবং শিশুখাদ্যের অনুমোদন (রেজিস্ট্রেশন) দেওয়াও এই প্রতিষ্ঠানের কাজ।

জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান তার সেই অবস্থান থেকে সরে এসেছে। কেন সরে এল, সরে এসে লাভ, না ক্ষতি হয়েছে—তা নিয়ে অনুসন্ধানী প্রতিবেদন যেকোনো সাংবাদিক করতে পারেন। জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠানের প্রাতিষ্ঠানিক দক্ষতা তৈরি না করা এবং তার জন্য নির্ধারিত কর্মকাণ্ড করতে না পারার পেছনে সরকারের সদিচ্ছার অভাব না থাকলেও পরিকল্পনার ঘাটতি ছিল।

এরপর ১৯৭৫ সালে রাষ্ট্রপতির আদেশে বাংলাদেশ জাতীয় পুষ্টি পরিষদ (বাংলাদেশ ন্যাশনাল নিউট্রিশন কাউন্সিল—বিএনএনসি) গঠিত হয়। প্রধানমন্ত্রীকে এই পরিষদের প্রধান করা হয়। এই পরিষদে সংশ্লিষ্ট মন্ত্রণালয়গুলোর মন্ত্রী, সচিব, জ্যেষ্ঠ প্রশাসক, নীতিনির্ধারক, পুষ্টি বিশেষজ্ঞ, সাংবাদিক, সংশ্লিষ্ট প্রতিষ্ঠানগুলোর প্রধান এবং বিভাগীয় নারী প্রতিনিধিদের সদস্য করা হয়। পরিষদের ব্যবস্থাপনার দায়িত্ব দেওয়া হয় নির্বাহী কমিটির হাতে, যার প্রধান করা হয় স্বাস্থ্য ও পরিবারকল্যাণ মন্ত্রণালয়ের মন্ত্রীকে। বিভিন্ন মন্ত্রণালয়ের সচিব এবং বিভিন্ন প্রতিষ্ঠানের প্রধানকে এই নির্বাহী কমিটির সদস্য করা হয়। বিশেষজ্ঞদের সমন্বয়ে বিএনএনসির একটি স্টান্ডিং টেকনিক্যাল কমিটিও করা হয়। বিএনএনসির উদ্দেশ্য ছিল : জাতীয় খাদ্য ও পুষ্টিনীতি প্রণয়ন ও সময়মতো তা হালনাগাদ করা, বিভিন্ন মন্ত্রণালয় ও প্রতিষ্ঠান থেকে পুষ্টিসংক্রান্ত কর্মসূচির অনুমোদন নেওয়া এবং পুষ্টিসংক্রান্ত গবেষণাকাজের তদারক ও মূল্যায়ন করা। অন্য কাজের মধ্যে ছিল : পুষ্টি তথ্য ও ডকুমেন্টেশন কেন্দ্র প্রতিষ্ঠা, জাতীয় পুষ্টি পরিকল্পনা প্রণয়ন, জাতীয় ও আন্তর্জাতিক পুষ্টি সম্মেলন ও প্রশিক্ষণ কোর্সের আয়োজন, পুষ্টিসংক্রান্ত কারিগরি ও সাধারণ তথ্য প্রচার, পুষ্টিসংক্রান্ত গবেষণার জন্য আর্থিক সহায়তা দান। কিন্তু জাতীয় এই পরিষদের কোনো কর্মকাণ্ড বহুদিন কারো চোখে পড়ছে না। কেন এই প্রতিষ্ঠান জাতীয় পর্যায়ে পুষ্টি বিষয়ে কোনো অবদান রাখতে পারছে না, সাংবাদিকরা তা তলিয়ে দেখতে পারেন।

১৯৯২ সালের ডিসেম্বরে রোমে অনুষ্ঠিত আন্তর্জাতিক পুষ্টি সম্মেলনের 'ওয়ার্ল্ড ডিক্লারেশন অ্যান্ড প্ল্যান অব অ্যাকশন ফর নিউট্রিশন' অনুমোদন করে বাংলাদেশ। সরকার পরবর্তী সময়ে পুষ্টি নীতিমালা ও কর্মসূচি নির্দেশনা দেওয়ার জন্য দুটি দলিল তৈরি করে : (ক) বাংলাদেশ ন্যাশনাল ফুড অ্যান্ড নিউট্রিশন পলিসি (১৯৯৭), এবং (খ) ন্যাশনাল প্ল্যান অব অ্যাকশন ফর নিউট্রিশন (১৯৯৭)। এরপর কান্ট্রি ইনভেস্টমেন্ট প্ল্যান হয়েছে, জাতীয় খাদ্যনীতি হয়েছে, খসড়া পুষ্টিনীতিও হয়েছে।

বাংলাদেশ সরকারের স্বাস্থ্য ও পরিবারকল্যাণ মন্ত্রণালয় ইতিমধ্যে বড় ধরনের একাধিক পুষ্টি প্রকল্প বাস্তবায়ন করেছে, যেগুলোতে মূলত সহায়তা করছে বিদেশি উন্নয়ন সহযোগী ও এনজিওরা। এর একটি বাংলাদেশ সমন্বিত পুষ্টি প্রকল্প (বাংলাদেশ ইন্টিগ্রেটেড নিউট্রিশন প্রজেক্ট—বিআইএনপি) এবং অন্যটি জাতীয় পুষ্টি প্রকল্প (ন্যাশনাল নিউট্রিশন প্রজেক্ট—এনএনপি)।

বাংলাদেশ সমন্বিত পুষ্টি প্রকল্প (বিআইএনপি)

দেশে বড় ধরনের প্রথম এই পুষ্টি প্রকল্প বাস্তবায়িত হয় ১৯৯৬ থেকে ২০০২ সালের মধ্যে। এই প্রকল্পে মোটা দাগে তিনটি অংশ ছিল :

০১. জাতীয় পুষ্টি কর্মকাণ্ড : এই অংশের কাজ ছিল জাতীয় পর্যায়ে সচেতনতা বৃদ্ধি ও প্রতিষ্ঠান গঠন; তথ্য, শিক্ষা ও যোগাযোগ কার্যক্রম; মায়ের দুধ খাওয়ানো, ভিটামিন 'এ' ও ফলিক অ্যাসিড বিতরণ; আয়রন-স্বল্পতা দূর করা কার্যক্রম জোরদার; এবং ব্যবস্থাপনা, নজরদারি ও মূল্যায়ন।

০২. কমিউনিটিভিত্তিক পুষ্টি কার্যক্রম : এনজিওদের মাধ্যমে বাস্তবায়িত প্রকল্পের এই অংশটি ছিল সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ। খানা পর্যায়ে প্রতি মাসে গর্ভবতী মা ও শিশুদের ওজন পরিমাপ করা হতো, পুষ্টি বিষয়ে সচেতন করা ও খাদ্যাভ্যাস পরিবর্তন করার কথা বলা হতো। অপুষ্টির শিকার মা ও কিশোরীদের পুষ্টিশিক্ষা দেওয়া হতো। অপুষ্টির শিকার গর্ভবতী ও বুকের দুধ খাওয়ানো মাকে পুরিপূরক খাবার দেওয়া হতো। সরকার ও এনজিওদের অংশীদারত্বে এসব বাস্তবায়িত হতো। উপজেলা, ইউনিয়ন ও গ্রাম পর্যায়ে পুষ্টি-ব্যবস্থাপনা কমিটি তৈরি হয়েছিল।

০৩. আন্তখাত পুষ্টি কার্যক্রম উন্নয়ন : কৃষি, খাদ্য ও অন্যান্য মন্ত্রণালয়কে পুষ্টি কার্যক্রমে যুক্ত করার চেষ্টা করা হয়।

সরকারি কাগজপত্র বলছে, বিআইএনপি ১৩ হাজার ৪০০ কমিউনিটি পুষ্টি কেন্দ্রের মাধ্যমে ৬১টি উপজেলায় বাস্তবায়িত হয়েছিল। ৭ লাখ শিশু ও সাড়ে ৩ লাখ গর্ভবতী

ও শিশুকে দুধ খাওয়ানো মা এই প্রকল্প থেকে উপকার পায়। প্রকল্প বাস্তবায়িত এলাকায় খর্বকায় ও কৃশকায় শিশুদের হার কমে যায়।

জাতীয় পুষ্টি প্রকল্প (এনএনপি)

সরকারি কর্মকর্তারা দাবি করেন, বিআইএনপির সাফল্যে উদ্বুদ্ধ হয়ে এনএনপির কার্যক্রম শুরু হয়। বিআইএনপি শেষ হয় ২০০৩ সালে। তার দুই বছর পরে ২০০৫ সালে স্বাস্থ্য, পুষ্টি ও জনসংখ্যা খাত কার্যক্রমের (এইচএনপিএসপি) একটি অংশ হিসেবে এনএনপির যাত্রা শুরু হয়। এনএনপির কর্মকাণ্ড শেষ হয় ২০০৯ সালে।

এনএনপি অনেকটা বিআইএনপির আদলেই বাস্তবায়িত হয়। ১০টি এনজিও কমিউনিটি পুষ্টি কার্যক্রম বাস্তবায়ন করে ১৬৭টি উপজেলায়, এর মধ্যে বিআইএনপির ৬১টি উপজেলাও ছিল। এনএনপির আওতাধীন পরিবারগুলোর খাদ্যনিরাপত্তা নিশ্চয়তার জন্য পারিবারিক সবজিবাগান ও মুরগির খামারের পাশাপাশি ভিজিডিপিকে (ভালনারেবল গ্রুপ ডেভেলপমেন্ট প্রোগ্রাম) যুক্ত করা হয়েছিল। সবজিবাগান ও মুরগির খামার বাস্তবায়নে ছিল এনজিওরা। আর ভিজিডিপিতে খাদ্যসহায়তা দিয়েছিল জাতিসংঘের বিশ্ব খাদ্য কর্মসূচি। শুরু থেকে ব্র্যাক যুক্ত থাকলেও এক পর্যায়ে এনএনপি থেকে বেরিয়ে আসে ব্র্যাক।

এনএনপির মেয়াদ শেষ হওয়ার পর কার্যত মাঠ পর্যায়ে কোনো পুষ্টি কার্যক্রম ছিল না। এরপর ২০১২ সালের জানুয়ারি থেকে শুরু হয় জাতীয় পুষ্টি সেবা (ন্যাশনাল নিউট্রিশন সার্ভিসেস—এনএনএস), যদিও কাগজপত্রে দেখানো হচ্ছে ২০১১ সালের জুলাই থেকে কাজ শুরু হয়েছে। শেষ হবে ২০১৬ সালের জুনে। বিআইএনপি ও এনএনপি বাস্তবায়িত হয়েছে প্রকল্প আকারে। আর এনএনএস বাস্তবায়িত হচ্ছে কার্য পরিকল্পনা (অপারেশন প্ল্যান—ওপি) হিসেবে। এটি বাস্তবায়ন করছে জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান। জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠানের পরিচালক এই ওপিরও লাইন ডিরেক্টর। ওপি বাস্তবায়ন করাই এখন প্রতিষ্ঠানের প্রধান কাজ হয়ে দাঁড়িয়েছে। এমন সমালোচনা আছে যে, জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান তার মূল দায়িত্ব ও কর্তব্য থেকে অনেক দূরে সরে এসেছে।

জাতীয় পুষ্টিসেবা (এনএনএস)

মোটা দাগে জাতীয় পুষ্টিসেবার উদ্দেশ্য বাংলাদেশের শিশু, নারী ও সুবিধাবঞ্চিত মানুষের অপুষ্টি কমানো।

সুনির্দিষ্ট উদ্দেশ্য হচ্ছে

- ✓ অপুষ্টি নিরসনে অত্যাবশ্যকীয় পুষ্টিসেবা কার্যক্রম বাস্তবায়ন ও সকলের কাছে পুষ্টিসেবা সহজলভ্য করা।
- ✓ গুরুত্বপূর্ণ খাতগুলোর সমন্বয়ের প্রক্রিয়া ঠিক করা ও তা শক্তিশালী করা। পুষ্টিসেবা ব্যবস্থাপনা, তদারকি ও সেবা দানের জন্য দক্ষ জনবল গড়ে তোলা।
- ✓ স্বাস্থ্য তথ্য ব্যবস্থার সঙ্গে সংগতি রেখে পুষ্টি তথ্য ব্যবস্থা গড়ে তোলা। পুষ্টি গবেষণা জোরদার করা।

দেশের ৬৪ জেলায় জাতীয় পুষ্টিসেবা বাস্তবায়িত হবে। পাঁচ বছরে এর জন্য খরচ হবে ১ হাজার ৪৯০ কোটি টাকা।

সরকার চায় জাতীয় পুষ্টিসেবার মাধ্যমে ২০১৬ সালে মধ্যে

- ✓ কম ওজনের শিশুর হার ৪১% থেকে ৩৩%-এ নামিয়ে আনতে।
- ✓ খর্বাকৃতির হার ৪৩% থেকে ৩৮%-এ নামিয়ে আনতে।
- ✓ ৬ থেকে ৫৯ মাস বয়সী শিশুদের ভিটামিন 'এ' খাওয়ানোর হার ৮৮% থেকে ৯০%-এ উন্নীত করতে।
- ✓ শিশুর শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানোর হার ৪৩% থেকে ৫০%-এ উন্নীত করতে।
- ✓ ৬ থেকে ২৩ মাস বয়সী শিশুদের পরিপূরক খাবার খাওয়ানোর হার ৪১% থেকে ৫২%-এ উন্নীত করতে।

কোথায় পুষ্টিসেবা পাওয়া যাবে

- ✓ কমিউনিটি ক্লিনিক
- ✓ উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র
- ✓ জেলা হাসপাতাল
- ✓ মা ও শিশুকল্যাণ কেন্দ্র
- ✓ মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল

পুষ্টিসেবা শক্তিশালী করতে সকল স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মীকে পুষ্টিসংক্রান্ত প্রশিক্ষণ দেওয়ার কথা কর্মপরিকল্পনায় বলা আছে। এনএনপি বাস্তবায়নের সময় মাঠ পর্যায়ে প্রায় ৫০ হাজার পুষ্টিকর্মী কাজ করতেন। এই প্রশিক্ষিত জনবলকে বেকার করে রাখার সমালোচনা করেছেন অনেকেই। এখন স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের মাঠ পর্যায়ের কর্মীরা পুষ্টিসেবার দায়িত্ব পেয়েছেন। বলা হচ্ছে যে, পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের মাঠ পর্যায়ের কর্মীদের কাজের চাপ অনেক বেশি, অনেকের বয়সও অনেক বেশি—এই পরিপ্রেক্ষিতে পুষ্টিসেবার বাড়তি দায়িত্ব তারা ঠিকভাবে পালন করতে পারবেন কি না তা নিয়ে সন্দেহ আছে।

কোথায় কী সেবা পাওয়া যাবে, কে সেবা দেবে এবং নজরদারির দায়িত্ব কার তা নিচের সারণিতে অতি সংক্ষেপে বলা হলো :

স্তর	সেবা	সেবাদানকারী কর্মকর্তা/ কর্মচারী	কার দায়িত্ব (ওপির নাম)
কমিউনিটি ক্লিনিক	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক, রেফার	সিএইচসিপি, স্বাস্থ্য সহকারী, পরিবার কল্যাণ সহকারী	সিবিএইচসি, এমএনসিএএইচ, এমসিআরএএইচ
ইউনিয়ন পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক, রেফার	এমও (এমসিএইচ), সাকমো, এমএ, এফডব্লিউভি	এমসিআরএএইচ
উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, এসএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক, রেফার	ইউএইচএফপিও, এফডব্লিউভি, নার্স	এমএনসিএএইচ, এমসিআরএএইচ
জেলা হাসপাতাল	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, এসএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক	এমও, বিশেষজ্ঞ, নার্স	এইচএসএম

স্তর	সেবা	সেবাদানকারী কর্মকর্তা/ কর্মচারী	কার দায়িত্ব (ওপির নাম)
জেলা মাতৃ ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, এসএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক, রেফার	এমও, এফডব্লিউভি	এমসিআরএএইচ
মেডিকেল কলেজ হাসপাতাল	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, এসএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক	এমও, নার্স বিশেষজ্ঞ	

শব্দসংক্ষেপ পরিশিষ্টের শেষ দিকে বিস্তারিত দেওয়া আছে

এখানে উল্লেখ করা প্রয়োজন যে, বড় শহরগুলোতে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের কোনো পুষ্টি কার্যক্রম নেই। বিভিন্ন জরিপে দেখা গেছে, বস্তির শিশুদের পুষ্টি-পরিস্থিতি খুবই খারাপ। স্থানীয় সরকার মন্ত্রণালয় ও এনজিওরা কী করছে তা সাংবাদিকদের খতিয়ে দেখা দরকার।

মূলধারায় যুক্ত করা

সরকার বলছে, পুষ্টি আর বিচ্ছিন্ন কোনো সেবা থাকবে না। একে স্বাস্থ্যসেবার মূলধারায় অন্তর্ভুক্ত করার চেষ্টা চলছে। মূলধারার যুক্ত করার জন্য পুষ্টি-সম্পর্কিত সব কর্মকাণ্ড নির্ধারিত হবে স্বাস্থ্য খাতের করণীয় ও সামর্থ্য অনুসারে। জাতীয় পুষ্টিসেবা (এনএনএস) স্বাস্থ্য অধিদপ্তর এবং পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তরের মাধ্যমে বাস্তবায়িত হবে। এনএসএস অন্যান্য খাতগুলোর মধ্যে কাজের সমন্বয় করবে। এ ক্ষেত্রে অ্যাডভোকেসি এনএনএসের একটি বড় কাজ হয়ে থাকবে।

পুষ্টি বিষয়ে একটি বহু খাতবিশিষ্ট উদ্যোগ গ্রহণ করার কথা বহুদিন ধরে বলা হচ্ছে। এজন্য মন্ত্রণালয়গুলোর মধ্যে কাজের সমন্বয়ের কৌশল প্রণয়ন ও বাস্তবায়ন করাও এনএনএসের কাজের মধ্যে পড়ে।

বহু খাতভিত্তিক উদ্যোগ

খাদ্যনিরাপত্তা নিশ্চিত না হলে পুষ্টির নিশ্চয়তা বিধান সম্ভব না। এ ক্ষেত্রে কৃষি ও খাদ্য মন্ত্রণালয়ের ভূমিকা অনেক বড়। বিশুদ্ধ পানি সরবরাহ ও পয়োব্যবস্থা পুষ্টির জন্য অপরিহার্য। কিন্তু এর দায়িত্ব স্থানীয় সরকার মন্ত্রণালয়ের। মানুষকে সচেতন করার মূল

কাজের সঙ্গে জড়িত তথ্য মন্ত্রণালয় ও শিক্ষা মন্ত্রণালয়। এই দুই মন্ত্রণালয়কে বাদ দিয়ে পুষ্টির কাজকে এগিয়ে নেওয়া কঠিন। তাই বহুদিন থেকে বলা হচ্ছে, দেশের পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতিতে বিভিন্ন মন্ত্রণালয় ও সহযোগী প্রতিষ্ঠানের মধ্যে সমন্বয় করা জরুরি। এ ক্ষেত্রে নিচের মন্ত্রণায়গুলোর পুষ্টিসংশ্লিষ্ট কাজের সমন্বয়ের কথা ভাবা হচ্ছে :

০১. খাদ্য মন্ত্রণালয়
০২. কৃষি মন্ত্রণালয়
০৩. মৎস্য ও প্রাণীসম্পদ মন্ত্রণালয়
০৪. মহিলা ও শিশুবিষয়ক মন্ত্রণালয়
০৫. স্থানীয় সরকার মন্ত্রণালয়
০৬. পরিকল্পনা মন্ত্রণালয়
০৭. শিল্প মন্ত্রণালয়
০৮. তথ্য মন্ত্রণালয়
০৯. বাণিজ্য মন্ত্রণালয়
১০. দুর্যোগ ব্যবস্থাপনা-বিষয়ক মন্ত্রণালয়
১১. সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়
১২. শিক্ষা মন্ত্রণালয়
১৩. অর্থ মন্ত্রণালয়

মন্ত্রণালয় ছাড়াও আরো অনেকের কাজের সমন্বয়ের দরকার আছে। এর মধ্যে :

০১. উন্নয়ন সহযোগী
০২. নাগরিক সমাজ
০৩. ব্যক্তিখাত
০৪. এনজিও
০৫. একাডেমিক ও গবেষণাপ্রতিষ্ঠান
০৬. ধর্মীয় নেতৃত্ব
০৭. পেশাজীবী সংগঠন
০৮. কমিউনিটি নেতৃত্ব
০৯. যুবসমাজ
১০. গণমাধ্যম

বিভিন্ন মন্ত্রণালয় ও বেসরকারি খাতের মধ্যে সমন্বয়ের জন্য স্বাস্থ্যসচিবের নেতৃত্বে একটি বহু খাতবিশিষ্ট স্টিয়ারিং কমিটি এবং স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের মহাপরিচালকের নেতৃত্বে সমন্বয় কমিটি গঠন করা হয়েছে।

আন্তর্জাতিক পরিমণ্ডলে পুষ্টি নিয়ে কয়েকটি মাইলফলক

১৯৭৫ • ইন্টারন্যাশনাল ভিটামিন 'এ' কনসালটেটিভ গ্রুপ গঠন।

১৯৯১ • এন্ডিং হিডেন হাঙ্গার :
মন্ট্রিয়েল মাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট কনফারেন্স, মন্ট্রিয়েল, কানাডা।

১৯৯২ • আন্তর্জাতিক পুষ্টি সম্মেলনে গৃহীত 'ওয়ার্ল্ড ডিক্লারেশন অ্যান্ড প্ল্যান অব অ্যাকশন ফর নিউট্রিশন'।
• ভিটামিন 'এ'-স্বল্পতা ও শিশুমৃত্যু বিষয়ে হেলেন কেলার ইন্টারন্যাশনালের ব্যালাজিও মিটিং।

২০০২ • জাতিসংঘের সাধারণ অধিবেশনে শিশুদের নিয়ে বিশেষ অধিবেশন।
গ্লোবাল অ্যালায়েন্স ফর ইমপ্রুভড নিউট্রিশন বা গেইন-এর প্রতিষ্ঠা।

২০০৬ • মাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট ফোরাম প্রতিষ্ঠা।

২০০৭ • বিশ্বব্যাংকের 'রিপজিশনিং নিউট্রিশন অ্যাজ সেন্ট্রাল টু ডেভেলপমেন্ট' প্রকাশ।

২০০৮ • মা ও শিশুর অপুষ্টি নিয়ে ল্যানসেটের বিশেষ সংখ্যা প্রকাশ।
• কোপেনহেগেন কনসেনসাসে অনুপুষ্টি-উপাদানকে উন্নয়নের কেন্দ্রে প্রতিষ্ঠা।
• ওয়ার্ল্ড ইকোনমিক ফোরামে খাদ্যনিরাপত্তা বিষয়ে গ্লোবাল অ্যাজেন্ডা কাউন্সিল (জিএসি) গঠন।

২০০৯ • ক্যাসেল গ্যানডোলফো ঘোষণা।
• বেইজিংয়ে মাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট ফোরামে ভিটামিন ও খনিজ-স্বল্পতা বিষয়ে ব্যক্তিখাতের ঘোষণা ও যৌথ আহ্বান।
• আমস্টারডাম ইনিশিয়েটিভ ফর ম্যালনিউট্রিশন গঠন।
• ওবামা প্রশাসনের ক্ষুধার বিষয়ে প্রতিশ্রুতি ঘোষণা।
• ব্যাংককে আন্তর্জাতিক পুষ্টি সম্মেলন অনুষ্ঠিত। প্রতিপাদ্য ছিল : 'সকলের জন্য পুষ্টি-নিরাপত্তা'।
• জি-৮ গোষ্ঠীর খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টির জন্য ২০ মিলিয়ন মার্কিন ডলারের প্রতিশ্রুতি।
• সান (স্কেলিং আপ নিউট্রিশন)-এর কর্মকাঠামো তৈরি।

২০১০ : • এমডিজি লক্ষ্যমাত্রা ৪ ও ৫ অর্জনের জন্য জি-২০ গোষ্ঠীর পরবর্তী পাঁচ বছরের জন্য অতিরিক্ত আরো ৫ মিলিয়ন ডলার দেওয়ার প্রতিশ্রুতি ঘোষণা।
• আফ্রিকান ইউনিয়নের শীর্ষ সম্মেলনে আফ্রিকার উন্নয়ন অ্যাজেন্ডায় মাতৃ ও শিশুস্বাস্থ্যের ওপর গুরুত্বারোপ।
• সান কর্মকাঠামো চূড়ান্ত রোডম্যাপ ঘোষণা।
• বৈশ্বিক ক্ষুধা ও খাদ্যনিরাপত্তা নিয়ে যুক্তরাষ্ট্র সরকারের 'ফিড দ্য ফিউচার' (এফটিএফ) উদ্যোগ ঘোষণা।
• জাতিসংঘ মহাসচিবের নারী ও শিশুর স্বাস্থ্যবিষয়ক বৈশ্বিক কৌশলপত্র ঘোষণা।
• জাতিসংঘ মহাসচিব কর্তৃক পুষ্টিনিরাপত্তা ও পুষ্টির গুরুত্বকে এমডিজি শীর্ষ সম্মেলনের অ্যাজেন্ডাভুক্তকরণ।
• ২০১০ সালে এমডিজির ফলাফল দলিলে পুষ্টির অন্তর্ভুক্তি।
• যুক্তরাষ্ট্রের পররাষ্ট্রমন্ত্রী হিলারি ক্লিনটন ও আয়ারল্যান্ডের পররাষ্ট্রমন্ত্রী মাইকেল মার্টিনের '১০০০ ডেস পার্টনারশিপ : চেঞ্জ এ লাইফ, চেঞ্জ দ্য ফিউচার' কর্মসূচি ঘোষণা।
• পুষ্টিকে উন্নয়ন প্রচেষ্টার কেন্দ্রে স্থাপনের জন্য আফ্রিকার ফার্স্ট লেডিদের আহ্বান।

২০১১ • জাতিসংঘর সদর দপ্তরে (সেপ্টেম্বরে) সানের উচ্চ পর্যায়ের অনুষ্ঠান।

২০১২ • কোপেনহেগেন কনসেনসাসে পুষ্টি উদ্যোগকে শীর্ষে স্থান দান।
লন্ডন অলিম্পিকের সময় ক্ষুধা সম্মেলন।

২০১৩ • জার্মানির হোয়েনহাইমে 'হিডেন হাঙ্গার সম্মেলন' অনুষ্ঠিত।
মাতৃ ও শিশুপুষ্টি নিয়ে ল্যানসেট সিরিজ।
• লন্ডনে 'নিউট্রিশন ফর গ্রোথ' সভা : পুষ্টিকেন্দ্রিক কর্মকাণ্ডের জন্য ৪.১ বিলিয়ন মার্কিন ডলার ও পুষ্টি-সম্পর্কিত কর্মকাণ্ডের জন্য ১৯ বিলিয়ন মার্কিন ডলারের ফান্ড গঠন।
• গ্রানাডায় আন্তর্জাতিক পুষ্টি সম্মেলন।

৭

পরিসংখ্যানের ব্যবহার

তথ্য ও পরিসংখ্যানের ব্যবহার

নতুন তথ্য সব সময় সংবাদ। নতুন তথ্য পাওয়া যায় সর্বশেষ জরিপ, সমীক্ষা বা গবেষণা থেকে। কোনো জরিপের ফলাফল নিজের মতো করে বিশ্লেষণ করেও নতুন তথ্য তৈরি করা যায়।

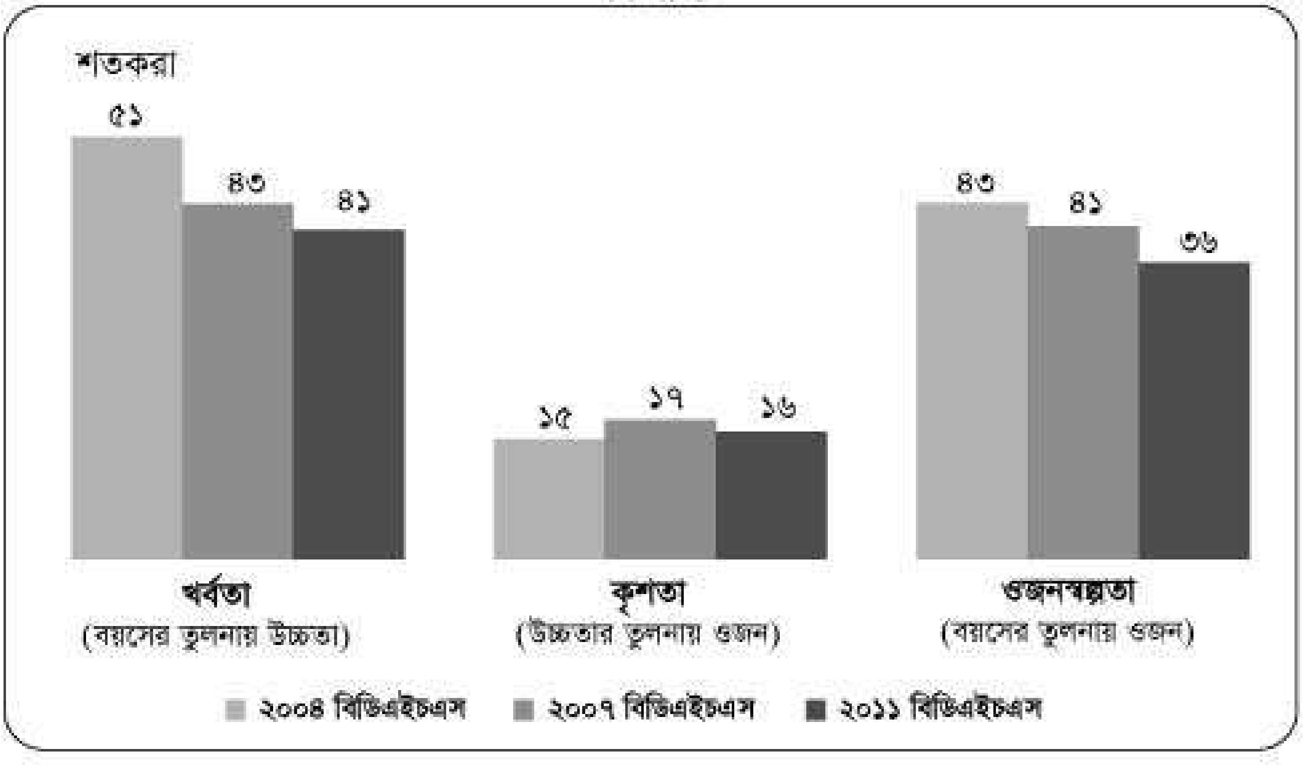
বিশ্ব খাদ্য কর্মসূচি এবং ইউনিসেফের পরিসংখ্যান পর্যালোচনা করে দেখা গেছে, প্রতিবছর অপুষ্টির কারণে দেশে প্রায় ৭৫ হাজার শিশুর মৃত্যু হয়। এটি যদি সঠিক তথ্য হয়, তা হলে এখান থেকে একটি নতুন বিশ্লেষণে যাওয়া যায়। আর তা হলো দেশে, প্রতিদিন ২০০ শিশুর মৃত্যু হয় শুধু অপুষ্টির কারণে। 'অপুষ্টির শিকার হয়ে প্রতিদিন ২০০ শিশুর মৃত্যু' সংবাদ হিসেবে অনেক বড়।

এভাবে আরো অনেক নতুন তথ্য তৈরি বা বিশ্লেষণ করা সম্ভব। এখন আমরা সাধারণ কিছু নকশা ও সারণি ব্যাখ্যা করার চেষ্টা করব।

পাঁচ বছরের কম বয়সী শিশুদের পুষ্টি-পরিস্থিতি

শিশু পুষ্টি-পরিস্থিতি বোঝানোর জন্য নিচের নকশাটি (ফিগার) সবচেয়ে বেশি ব্যবহার করা হয়। পাঁচ বছরের কম বয়সী প্রতি ১০০ শিশুর পরিস্থিতি এতে তুলে ধরা হয়েছে।

নকশা-১

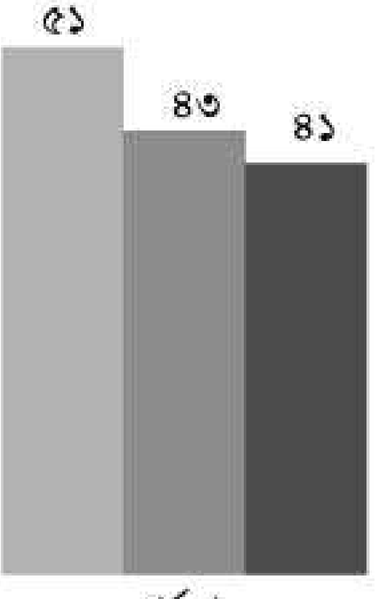


এই নকশায় শিশুপুষ্টির তিনটি নির্ধারক (ইন্ডিকেটর) ব্যবহার করা হয়েছে। ২০০৪, ২০০৭ ও ২০১১ সালের বাংলাদেশ জনমিতি ও স্বাস্থ্য-জরিপের তথ্য এতে ব্যবহার করা হয়েছে। বাঁ দিকের প্রথম অংশে খর্বতা বা স্টান্টিং পরিস্থিতি, মাঝের দ্বিতীয় অংশে কৃশতা বা ওয়াস্টিং-পরিস্থিতি এবং ডান দিকের তৃতীয় অংশে ওজন-পরিস্থিতি বোঝানো হয়েছে।

এই তিন পরিস্থিতির অর্থ কী তা সাংবাদিকদের জানতে হবে।

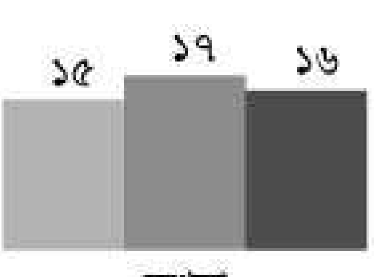
- খর্বতা
- কৃশতা
- ওজনস্বল্পতা

প্রথমে নকশার প্রথম দিকের অংশ ব্যাখ্যা করা যাক।



খর্বতা
(বয়সের তুলনায় উচ্চতা)

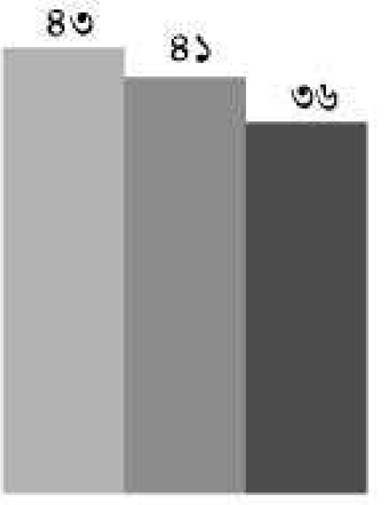
২০০৪ সালে পাঁচ বছরের কম বয়সী ১০০ শিশুর মধ্যে বয়সের তুলনায় উচ্চতা কম ছিল ৫১টি শিশুর। অর্থাৎ ২০০৪ সালের জরিপে দেখা গেছে, দেশে খর্বকায় শিশু ছিল ৫১ শতাংশ। ২০০৭ সালের জরিপে দেখা যায়, খর্বকায় শিশু ছিল ৪৩ শতাংশ। চার বছরে খর্বকায় শিশুর হার ৮ শতাংশ মান কমেছে। ২০১১ সালের জরিপে দেখা যায়, খর্বকায় শিশু ৪১ শতাংশ। সর্বশেষ চার বছরে (২০০৭ থেকে ২০১১ সাল পর্যন্ত) কমেছে ২ শতাংশ মান।



কৃশতা
(উচ্চতার তুলনায় ওজন)

২০০৪ সালে পাঁচ বছরের কম বয়সী ১০০ শিশুর মধ্যে উচ্চতার তুলনায় ওজন কম ছিল ১৫টি শিশুর। অর্থাৎ ২০০৪ সালের জরিপে দেখা গেছে, দেশে কৃশকায় শিশু ছিল ১৫ শতাংশ। ২০০৭ সালের জরিপে দেখা যায় কৃশকায় শিশু ছিল ১৭ শতাংশ। চার বছরে কৃশকায় শিশুর হার ২ শতাংশ মান বেড়েছে। ২০১১ সালের জরিপে দেখা যায়, কৃশকায় শিশু ১৬ শতাংশ। সে ক্ষেত্রে সর্বশেষ চার বছরে (২০০৭ থেকে ২০১১ সাল পর্যন্ত) কমেছে ১ শতাংশ মান।

২০০৪ সালে পাঁচ বছরের কম বয়সী ১০০ শিশুর মধ্যে বয়সের তুলনায় ওজন কম ছিল ৪৩টি শিশুর। অর্থাৎ ২০০৪ সালের জরিপে দেখা গেছে, দেশে কম ওজনের শিশু ছিল ৪৩ শতাংশ। ২০০৭ সালের জরিপে দেখা যায়, কম ওজনের শিশু ছিল ৪১ শতাংশ। চার বছরে কম ওজনের শিশুর হার ২ শতাংশ মান কমেছে। ২০১১ সালের জরিপে দেখা যায়, কম ওজনের শিশু ৩৬ শতাংশ। সর্বশেষ চার বছরে (২০০৭ থেকে ২০১১ সাল পর্যন্ত) কমেছে ৫ শতাংশ মান।

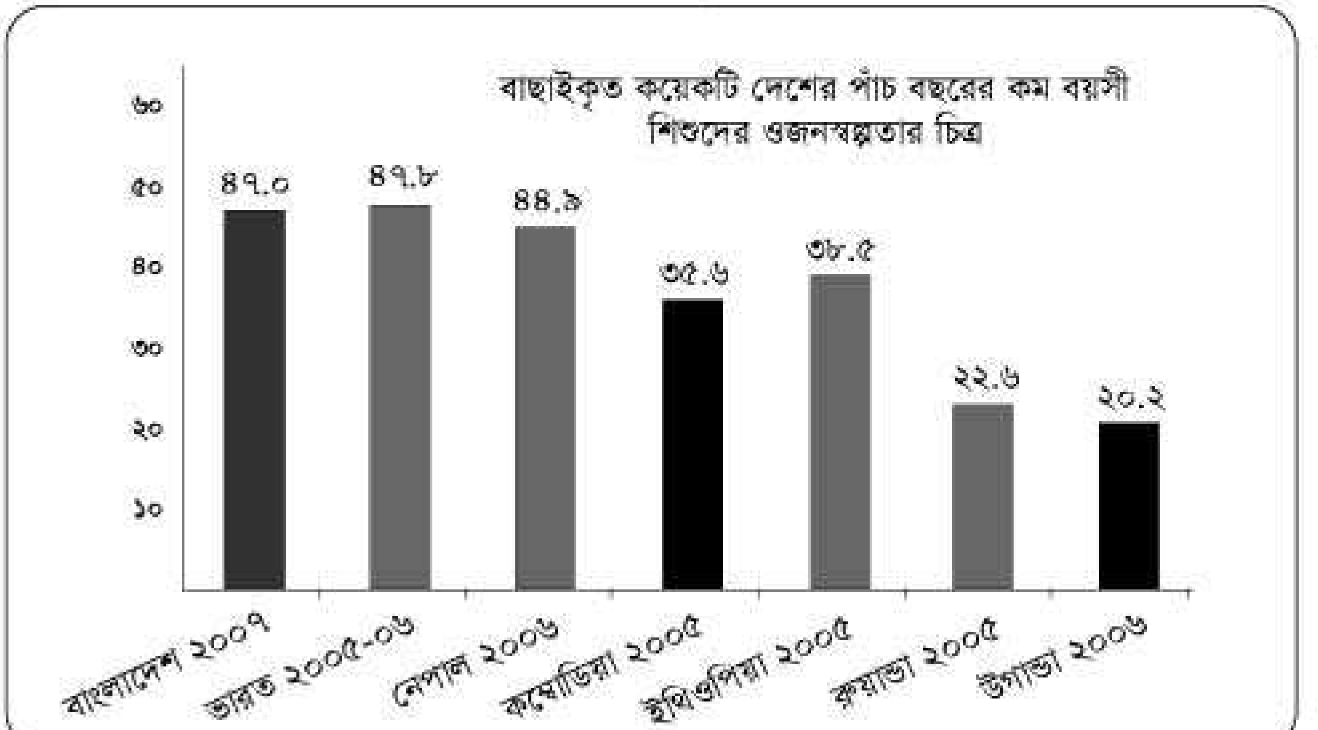


ওজনস্বল্পতা
(বয়সের তুলনায় ওজন)

এবার নকশা : ১ ব্যাখ্যা করা যাক। এতে একটা ধারা বা প্রবণতা লক্ষ করা যায়। ২০০৪ সাল থেকে শিশুপুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতি হচ্ছে, যদিও কিছু ক্ষেত্রে এর গতি অত্যন্ত ধীর। ২০০৪ থেকে ২০০৭ পর্যন্ত খর্বকায় শিশু যে হারে কমেছে, পরবর্তী চার বছরে অর্থাৎ ২০০৭ থেকে ২০১১ পর্যন্ত সেই হারে বাড়েনি। কৃশতার ক্ষেত্রে পরিবর্তনটা ভিন্ন ধরনের। ২০০৪ সালের তুলনায় ২০০৭ সালে পরিস্থিতির অবনতি হয়েছে। তবে ২০০৭ সালের তুলনায় ২০১১ সালে পরিস্থিতির উন্নতি হয়েছে। সার্বিকভাবে ২০০৪ সালের তুলনায় ২০১১ সালে দেশে কৃশকায় শিশুর হার বেশিই আছে। অন্যদিকে কম ওজনের শিশুর হার ক্রমান্বয়ে কমছে। ২০০৪ থেকে ২০০৭ সালে এবং ২০০৭ সাল থেকে ২০১১ সালে কম ওজনের শিশুর হার কমছে। অর্থাৎ ধীর গতিতে হলেও দেশের পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতি হচ্ছে।

অন্য দেশের তুলনায় বাংলাদেশের অবস্থা

নকশা-২



এবার নকশা-২-এর ব্যাখ্যা করা যাক। এতে বাছাই করা সাতটি দেশের বয়সের তুলনায় উচ্চতা কম, এমন শিশুদের তথ্য দেওয়া হয়েছে। শিশুদের বয়স পাঁচ বছরের কম। দেশগুলোর মধ্যে আছে বাংলাদেশ, ভারত, নেপাল, কম্বোডিয়া, ইথিওপিয়া, রুয়ান্ডা ও উগান্ডা। সব দেশের একই সময়ের তথ্য পাওয়া একটু দুষ্কর। দেশগুলোর নিকটতম সময়ের তথ্য এখানে সন্নিবেশ করেছে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা।

এতে বলা হচ্ছে, বাংলাদেশের পাঁচ বছরের কম বয়সী ৪৭ শতাংশ শিশুর ওজন বয়সের তুলনায় কম। একমাত্র ভারতের অবস্থা বাংলাদেশের চেয়ে খারাপ। ভারতে ৪৭ দশমিক ৮ শতাংশ। সার্কভুক্ত আরেকটি দেশ নেপালে এই হার ৪৪ দশমিক ৯ শতাংশ। দক্ষিণ-পূর্ব এশিয়ার প্রতিবেশী দেশ কম্বোডিয়ার অবস্থা এই তিনটি দেশের চেয়ে ভালো।

আফ্রিকার তিনটি দেশের তথ্য এই নকশায় আছে। এর মধ্যে ইথিওপিয়া ছাড়া অন্য দুটি দেশের অবস্থা বাকি চারটি দেশের চেয়ে ভালো। ইথিওপিয়ায় ৩৮ দশমিক ৫ শতাংশ শিশুর ওজন বয়সের তুলনায় কম। এই হার রুয়ান্ডায় ২২ দশমিক ৬ শতাংশ। সবচেয়ে ভালো উগান্ডায়, ২০ দশমিক ২ শতাংশ।

ধারণা করা হয় যে, আফ্রিকা খরাপীড়িত, ক্ষুধাপীড়িত। আফ্রিকার পুষ্টি-পরিস্থিতি খারাপ। পুষ্টিবিজ্ঞানীরা বলছেন, বাংলাদেশের পুষ্টি-পরিস্থিতি আফ্রিকার কোনো কোনো দেশের চেয়ে নাজুক। নকশা-২ সেই কথাই বলে।

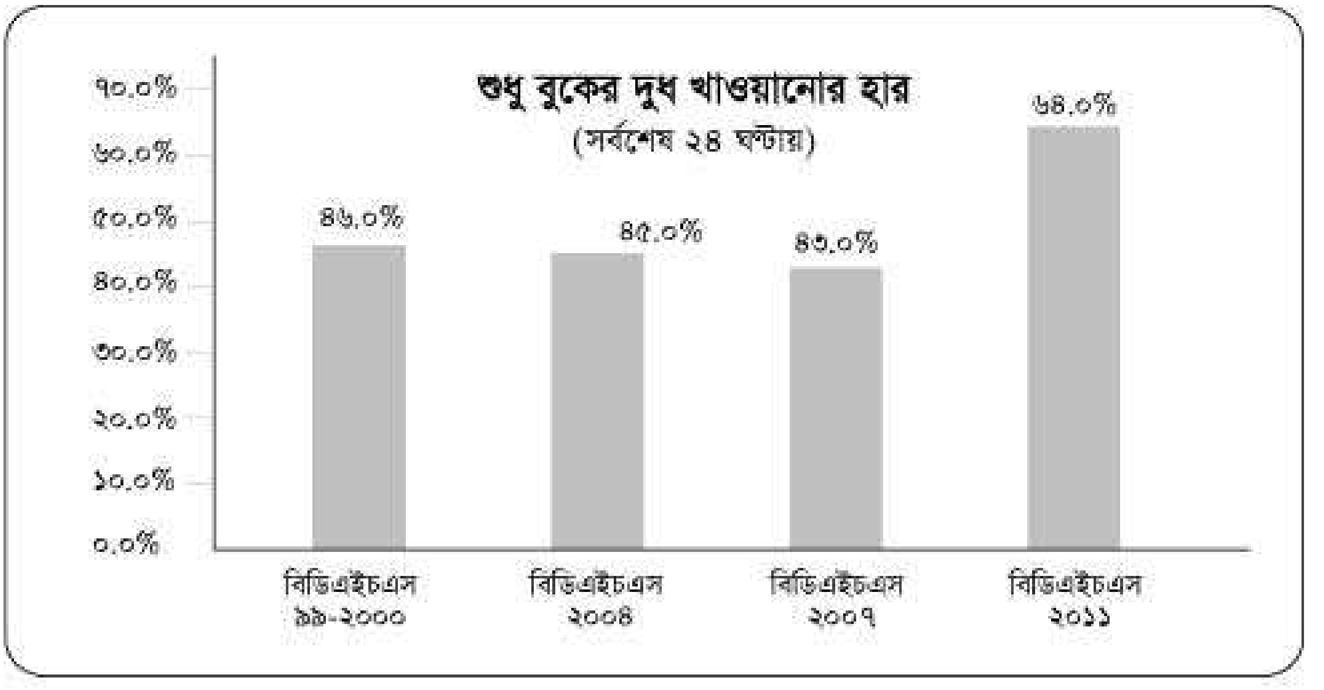
এখন এর ব্যাখ্যা কী? পুষ্টিবিদরা বলেন, গর্ভাবস্থায় মায়েদের খাবার স্বাভাবিক অবস্থার চেয়ে বেশি দিতে হয়। গর্ভাবস্থায় মায়েদের ওজন বাড়াতে হয়। দেখা গেছে, আফ্রিকায় গর্ভবতী মায়েদের ওজন গড়ে ১০ কেজি বাড়ে। দক্ষিণ এশিয়ায় বাড়ে ৫ কেজি। এর অর্থ আফ্রিকার মায়েদের সন্তানরা গর্ভে থাকা অবস্থায় বেশি ওজনের অধিকারী হয়। এর প্রভাব জন্মের পরেও থাকে।

ছয় মাস বয়স পর্যন্ত শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো

বিজ্ঞানীরা বলেন, জন্মের পর শিশুর একমাত্র খাদ্য মায়ের বুকের দুধ। ছয় মাস বয়স পর্যন্ত শিশুকে আর কিছুই খাওয়ানোর দরকার নেই। এমনকি পানিও না। এই বয়স পর্যন্ত শিশুর যেসব পুষ্টি-উপাদান দরকার, তার সব উপাদানই আছে মায়ের দুধে। শিশুদের পুষ্টি-পরিস্থিতি উন্নতিতে মায়ের দুধের ভূমিকা এককভাবে সবচেয়ে বেশি গুরুত্বপূর্ণ। তাই দেশের কত শতাংশ শিশু জন্মের পর প্রথম ছয় মাস শুধু বুকের দুধ খায়, তা পুষ্টির গুরুত্বপূর্ণ নির্দেশক।

নকশা-৩-এ ২০০০ থেকে ২০১১ সাল পর্যন্ত এই ১১ বছরের একটি চিত্র আমরা দেখতে পাই। ২০০০ সালের জরিপ বলছে, ৪৬ শতাংশ শিশু ছয় মাস বয়স পর্যন্ত শুধু বুকের দুধ খেয়েছে। ২০০৪ সালের জরিপে দেখা যাচ্ছে, এই হার কমে ৪৫ শতাংশ হয়েছে। কমার

নকশা-৩



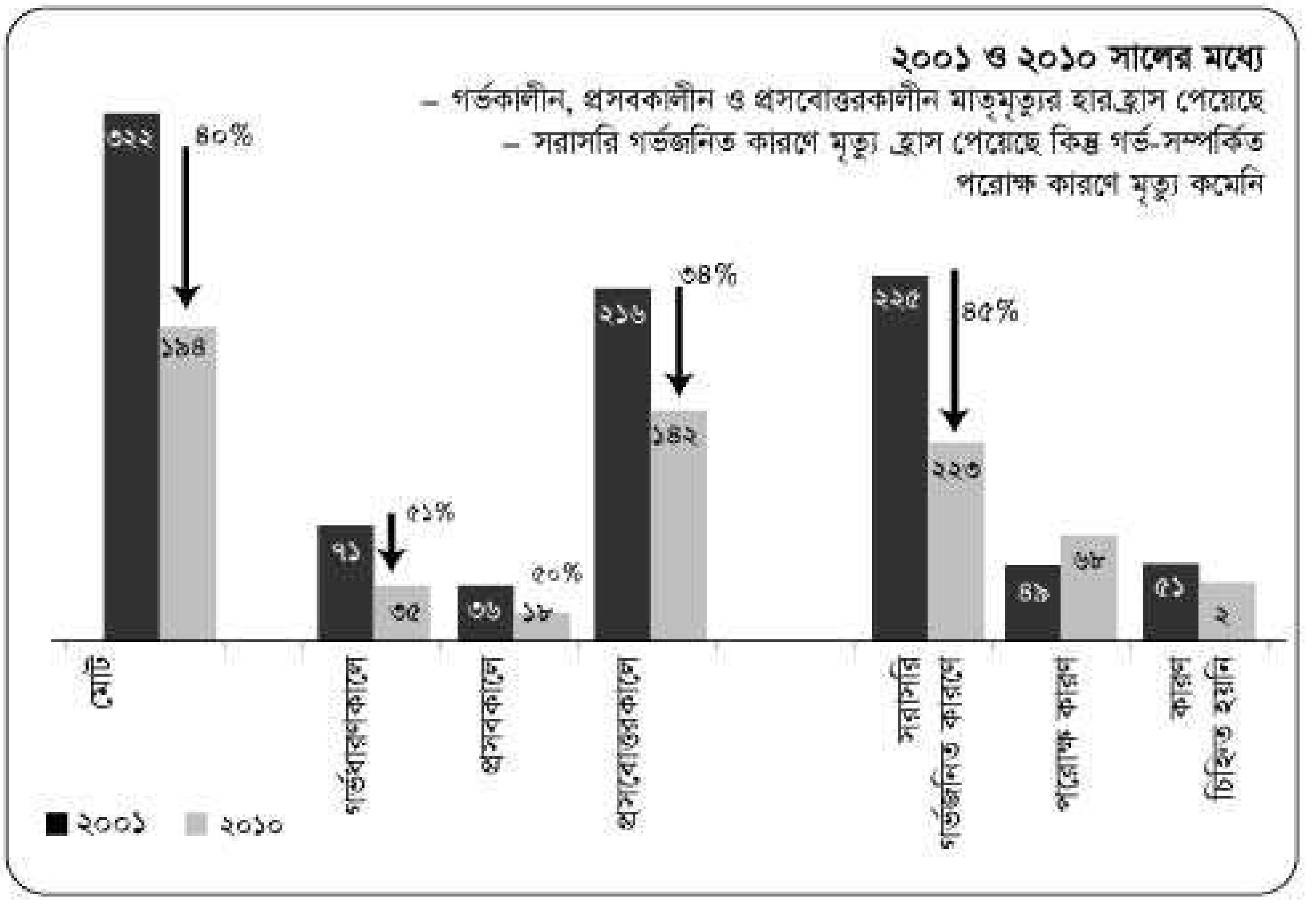
প্রবণতা আরো স্পষ্ট হয়ে ওঠে ২০০৭ সালের জরিপে। তখন দেখা যায়, ৪৩ শতাংশ শিশু ছয় মাস বয়স পর্যন্ত মায়ের দুধ খায়। পরিস্থিতির নাটকীয় পরিবর্তন দেখা যায় ২০১১ সালের জরিপে। পরিসংখ্যান বলছে, বাংলাদেশের ৬৪ শতাংশ শিশু ছয় মাস বয়স পর্যন্ত মায়ের দুধ খায়।

এখানে দুটি বিষয় গুরুত্বপূর্ণ। প্রথমত, ২০০০ থেকে ২০০৭ সাল পর্যন্ত কেন শুধু বুকের দুধ খাওয়া শিশুর হার কমে যাচ্ছিল—এ প্রশ্নের উত্তর সাংবাদিকের জানা প্রয়োজন। দ্বিতীয়ত, ২০০৭ সালের পরে কী এমন ঘটল যে, শুধু বুকের দুধ খাওয়া শিশুর হার ২১ শতাংশ মান বেড়ে গেল। এর পেছনের কারণ জানার পাশাপাশি অবস্থার আরো উন্নতির জন্য দেশে সরকারি ও বেসরকারি উদ্যোগ কী আছে, তাও সাংবাদিকের জানা উচিত।

বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যুর কারণ

চার্ট-১-এ বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যুর তথ্য দেওয়া হয়েছে। এতে ২০০১ ও ২০১০ সালে মাতৃমৃত্যু ও স্বাস্থ্যসেবা জরিপের তুলনা করা হয়েছে। ২০০১ সালের জরিপে দেখা গিয়েছিল, ১ লাখ জীবিত জন্মে ৩২২ জন মায়ের মৃত্যু হতো। ১০ বছর পরে অর্থাৎ ২০১০ সালের জরিপে দেখা যায়, ১ লাখ জীবিত জন্মে ১৯৪ জন মায়ের মৃত্যু হচ্ছে। সংবাদ হচ্ছে ১০ বছরে মাতৃমৃত্যু ৪০ শতাংশ কমেছে।

চার্ট-১



চার্ট-১ এ দেখা যাচ্ছে, প্রতিটি ক্ষেত্রে মাতৃমৃত্যু কমেছে। শুধু পরোক্ষ প্রসবজনিত কারণে মৃত্যু বেড়েছে।

- ✓ গর্ভধারণকালে ২০০১ সালের দিকে ১ লাখে ৭১ জন মায়ের মৃত্যু হতো। এখন ৩৫ জনের মৃত্যু হচ্ছে। এ ক্ষেত্রে ৫১ শতাংশ মৃত্যু কমেছে।
- ✓ প্রসবকালে প্রতি লাখে ৩৬ জন মায়ের মৃত্যু হতো, এখন ১৮ জনের মৃত্যু হয়। এ ক্ষেত্রে ৫০ শতাংশ মৃত্যু কমেছে।
- ✓ প্রসব-পরবর্তীকালে ১ লাখে ২১৬ জন মায়ের মৃত্যু হতো। এখন হয় ১৪২ জনের। মৃত্যু কমেছে ৩৪ শতাংশ।
- ✓ আবার দেখা যাচ্ছে প্রত্যক্ষ প্রসবজনিত মৃত্যু (রক্তক্ষরণ, খিঁচুনি, প্রলম্বিত প্রসব, সংক্রমণ, গর্ভপাত) ছিল প্রতি লাখে ২২৫, এখন হয়েছে ১২৩। কমেছে ৪৫ শতাংশ।
- ✓ অন্যদিকে পরোক্ষ প্রসবজনিত কারণে (গর্ভধারণ বা প্রসবজনিত কারণে হৃদ্‌রোগ, শ্বাসতন্ত্রের জটিলতা, রক্তস্বল্পতা) মৃত্যু ১৮ শতাংশ বেড়েছে। আগে ছিল প্রতি লাখে ৪৯, এখন বেড়ে দাঁড়িয়েছে ৬৮।

✓ আগে প্রতি লাখে ৫১ জন মায়ের মৃত্যুর সুনির্দিষ্ট কারণ জানা যেত না। এখন দুজন মৃত মায়ের ক্ষেত্রে সেই ঘটনা ঘটে। অর্থাৎ তাদের মৃত্যুর সুনির্দিষ্ট কারণ জানা জরিপকারীদের পক্ষে সম্ভব হয়নি।

এ ক্ষেত্রে একটি বড় সংবাদ, মাতৃমৃত্যু ৪০ শতাংশ কমেছে। কিন্তু অন্য একটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয় হচ্ছে, পরোক্ষ প্রসবজনিত মৃত্যু বেড়েছে। এখন প্রশ্ন : পরোক্ষ প্রসবজনিত মৃত্যু কী এবং কেন তা বাড়ল?

এ রকম নানা সারণি ও নকশা আমরা সেমিনার, কর্মশালায় হরহামেশাই দেখে থাকি। পুষ্টি নিয়ে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা, জাতিসংঘ শিশু তহবিল (ইউনিসেফ), বিশ্ব খাদ্য সংস্থা (ডব্লিউএফপি), বিশ্বব্যাংক, সেভ দ্য চিলড্রেনসহ নানা আন্তর্জাতিক সংস্থা ও দাতব্য প্রতিষ্ঠান প্রতিবেদন প্রকাশ করে। তাতে বহু ধরনের পরিসংখ্যান, তথ্য-উপাত্ত, নকশা, সারণি, চার্ট থাকে। এসবের ভেতর কোনটি নতুন তথ্য সেটা বের করাই সাংবাদিকের কাজ।

পৃথিবীর বেশ কয়েকটি দেশে ইউএসএআইডির আর্থিক ও কারিগরি সহায়তায় চার বছর অন্তর জনমিতি ও স্বাস্থ্য জরিপ হয়ে আসছে। এই জরিপের গ্রহণযোগ্যতা আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত। এতে পুষ্টি-পরিস্থিতির অনেক মৌলিক তথ্য থাকে। এই প্রতিবেদন যখন প্রকাশ করা হয়, তখন এর নতুন তথ্য দিয়ে প্রতিবেদন তৈরি করা ছাড়াও সারা বছর এর তথ্য নানা প্রতিবেদনে ব্যবহার করা যায়।

৮

প্রতিবেদন করার জন্য বিষয় খোঁজা

প্রতিবেদন করার জন্য বিষয় খোঁজা

এমআরডিআই ও এফএইচআই৩৬০ গণমাধ্যম পর্যালোচনার ক্ষেত্রে ৩৮টি বিষয় চিহ্নিত করে জানতে চেয়েছিল, এসব বিষয়ে কী পরিমাণ প্রতিবেদন সংবাদপত্রে ছাপা হয়। ওই তালিকাটি সাংবাদিকরা চোখের সামনে রাখতে পারেন :

০১. গর্ভকালে পুষ্টি

০২. জন্মের সময় কম ওজন

০৩. শিশুস্বাস্থ্য

০৪. শিশুবিকাশ

০৫. শিশুপুষ্টি

০৬. অপুষ্টি

০৭. অপুষ্টিজনিত রোগ

০৮. খর্বতা

০৯. কৃশতা

১০. ওজনস্বল্পতা

১১. মাতৃদুগ্ধ পান

১২. শালদুধ

১৩. জন্মের পরপরই মায়ের দুধ খাওয়ানো

১৪. শিশুকে খাওয়ানো

১৫. মায়ের দুধ ছেড়ে দেওয়া ও পরিপূরক খাবার

১৬. বুকের দুধ খাওয়া শিশুর অন্য খাবারের সূচনা

১৭. পরিপূরক খাবার

১৮. খাদ্যনিরাপত্তা ও পুষ্টি

১৯. খাদ্য উৎপাদন ও পুষ্টি

২০. খাদ্যমূল্য ও পুষ্টি

২১. খাদ্যপ্রাপ্যতা ও পুষ্টি

২২. পুষ্টিনিরাপত্তা

২৩. সুষম খাদ্য

২৪. খাদ্যাভ্যাস

২৫. শিশুকে খাওয়ানো (আইওয়াইসিএফ)

২৬. মায়ের কাজের সময় ও শিশুকে খাওয়ানো

২৭. মাতৃত্বকালীন ছুটি, দিবাযত্ন কেন্দ্র

২৮. পুষ্টি ও খাদ্যনীতি (বিএমএস কোড, সরকারের নীতি ইত্যাদি)

২৯. মাতৃদুগ্ধ বিকল্প বা বাণিজ্যিক খাবার

৩০. ভিটামিনস্বল্পতা

৩১. অনুপুষ্টি-উপাদান

৩২. পানি ও পয়ঃব্যবস্থা, স্বাস্থ্যবিধি ও সংক্রমণ

৩৩. উদ্‌যাপন (বিশ্ব মাতৃদুগ্ধ সপ্তাহ, নিরাপদ মাতৃত্ব দিবস, বিশ্ব স্বাস্থ্য দিবস ইত্যাদি)

৩৪. স্কুল ফিডিং

৩৫. নিরাপদ খাদ্য

৩৬. পুষ্টিসেবা

৩৭. কিশোরী-স্বাস্থ্য

৩৮. সরকারের কর্মসূচি

জেলা পর্যায়ের একজন সাংবাদিক কী দেখবেন :

০১. জাতীয় পুষ্টিসেবার কাজ কী হচ্ছে

০২. পুষ্টি কর্নার ঠিকমতো চলছে কি না

০৩. বিভিন্ন স্তরে প্রশিক্ষিত জনবল আছে কি না

০৪. লজিস্টিক আছে কি না

০৫. নজরদারি কে করছে, কীভাবে করছে

০৬. কাজের মূল্যায়ন কে করে, মূল্যায়ন প্রতিবেদন

০৭. পুষ্টিতথ্য সংগ্রহ :

- ✓ কত রোগী পুষ্টিসেবা পায়
- ✓ কত শিশু তীব্র অপুষ্টির শিকার
- ✓ কম ওজনের শিশু কত
- ✓ রক্তস্বল্পতার হার

- ✓ বয়ঃসন্ধিকালে মা হয়েছে কত জন
- ✓ শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো শিশু কত জন
- ✓ ভিজিডি কর্মকাণ্ড
- ✓ অন্যান্য সামাজিক নিরাপত্তা কর্মকাণ্ড
- ✓ স্কুল ফিডিং
- ✓ নিরাপদ খাদ্য ও খাদ্যে ভেজাল
- ✓ নিরাপদ পানি ও পয়োব্যবস্থা
- ✓ আর্সেনিকের প্রাদুর্ভাব
- ✓ বিএমএস কোড বাস্তবায়ন
- ✓ সেনিটারি ইন্সপেক্টরদের কাজ
- ✓ জরুরি অবস্থায় পুষ্টি-ব্যবস্থাপনা

০৮. বহু খাতভিত্তিক উদ্যোগ

নিচের এই সারণিতে কোন স্তরে সরকার কী ধরনের পুষ্টিসেবা দেওয়ার পরিকল্পনা করেছে তার উল্লেখ আছে। সাংবাদিকরা এই সারণি ধরে তথ্য সংগ্রহ করতে পারেন।

স্তর	সেবা	সেবাদানকারী কর্মকর্তা/ কর্মচারী	কার দায়িত্ব
কমিউনিটি ক্লিনিক	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক, রেফার	সিএইচসিপি, স্বাস্থ্য সহকারী, পরিবার কল্যাণ সহকারী	সিবিএইচসি, এমএনসিএএইচ, এমসিআরএএইচ
ইউনিয়ন পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক, রেফার	এমও (এমসিএইচ), সাকমো, এমএ, এফডব্লিউভি	এমসিআরএএইচ
উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, এসএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক, রেফার	ইউএইচএফপিও, এফডব্লিউভি, নার্স	এমএনসিএএইচ, এমসিআরএএইচ

স্তর	সেবা	সেবাদানকারী কর্মকর্তা/ কর্মচারী	কার দায়িত্ব (ওপির নাম)
জেলা হাসপাতাল	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, এসএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক	এমও, বিশেষজ্ঞ, নার্স	এইচএসএম
জেলা মাতৃ ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র	আইওয়াইসিএফ, বিসিসি, জিএমপি, সিএমএএম, এসএএম, রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টি-উপাদান সম্পূরক, কৃমিনাশক, রেফার	এমও, এফডব্লিউভি	এমসিআরএএইচ

২০১৪ সালের ১০ জানুয়ারি জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান দেশে বাস্তবায়নাধীন ২০১টি প্রকল্পের খতিয়ান প্রকাশ করেছে। কোন জেলায় সরকারি ও বেসরকারি কোন পুষ্টি প্রকল্প বাস্তবায়িত হচ্ছে তার হিসাব তাতে আছে। সাংবাদিকরা জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠানের কাছ থেকে তালিকাটি সংগ্রহ করে প্রকল্পগুলো খতিয়ে দেখে প্রতিবেদন তৈরি করতে পারেন।

সাংবাদিকদের বোঝার জন্য তিনটি প্রতিবেদন তুলে ধরা হলো। প্রথমটি একটি স্থানীয় সংবাদপত্রে এবং পরের দুটি একটি জাতীয় সংবাদপত্রে ছাপা হয়েছিল। প্রথম প্রতিবেদনে অনিয়মের ইঙ্গিত আছে। এই ধরনের অনিয়ম মাঠ পর্যায়ে হরহামেশা হচ্ছে। দ্বিতীয় প্রতিবেদনে অনিয়ম কীভাবে হয় তা দেখানো হয়েছে। মাঠ পর্যায়ের অনিয়ম যে কেন্দ্রের অনিয়মের সঙ্গে এক সূত্রে গাঁথা তৃতীয় প্রতিবেদনটিতে তা স্পষ্ট করা হয়েছে।

কেশবপুরে পুষ্টি কর্নার চালু অনুষ্ঠানে হট্টগোল, আয়োজকরা তোপের মুখে

কেশবপুর উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সে পুষ্টি কর্নার চালু করা হয়েছে। বুধবার সকালে এ উপলক্ষে এক আলোচনা সভার আয়োজন করা হয়। তবে কর্তৃপক্ষ গোঁজামিল দিয়ে ১০ মিনিটেই অনুষ্ঠানের সমাপ্তি ঘোষণা করায় আগতদের তোপের মুখে পড়েন।

প্রত্যক্ষদর্শী সূত্রে জানা গেছে, হাসপাতালে পুষ্টি কর্নার চালু উপলক্ষে বুধবার এক অনুষ্ঠানের আয়োজন করা হয়। উপজেলা চেয়ারম্যান, ভাইস চেয়ারম্যান, ইউপি চেয়ারম্যান, উপজেলা

নির্বাহী অফিসার, বিভিন্ন অফিসের কর্মকর্তা ও সাংবাদিকদের সেখানে আমন্ত্রণ জানানো হয়। সভায় কোনো নিয়ম না মেনে আমন্ত্রিত উপস্থিত প্রত্যেককে ৭০০ টাকা ও একটি নাশতার প্যাকেট হাতে ধরিয়ে উপজেলা স্বাস্থ্য কর্মকর্তা ডাক্তার আব্দুস সামাদ ১০ মিনিটেই অনুষ্ঠানের সমাপ্তি ঘোষণা করেন। ফলে মঙ্গলকোট ইউপি চেয়ারম্যান মনোয়ার হোসেন পুষ্টি সম্পর্কে আলোচনা না করায় আপত্তি তোলেন। এ সময় স্বাস্থ্য কর্মকর্তা আগতদের তোপের মুখে পড়েন। এদিকে অনুষ্ঠানে অর্ধশতাধিক ব্যক্তিকে আমন্ত্রণ জানানোর কথা থাকলেও মাত্র ২০/২২ জনকে আমন্ত্রণ করে অন্যান্য কর্মসূচির ন্যায় পুষ্টি অনুষ্ঠানও খাতা-কলমে পালন করে অর্থ আত্মসাৎ করার চেষ্টার অভিযোগ উঠেছে। এ ব্যাপারে স্বাস্থ্য কর্মকর্তা ডাক্তার আব্দুস সামাদ জানান, সময় স্বল্পতার কারণে দ্রুত সভা শেষ করা হয়েছে।

নামেই কর্মশালা, কাজে না

তিন দিনের পুষ্টি কর্মশালা শেষ হয়েছে দুই ঘণ্টায়। আর দেড় ঘণ্টায় শেষ হয়েছে দিনব্যাপী কর্মশালা। কিছু ক্ষেত্রে কর্মশালা না করেই খরচ দেখানো হয়েছে। প্রশিক্ষণসামগ্রীও দেওয়া হয়নি অংশগ্রহণকারীদের। জাতীয় জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠানের (আইপিএইচএন) বেশ কিছু কর্মশালার চিত্র এমনই।

স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের সংশ্লিষ্ট সূত্রে জানা গেছে, গত এপ্রিল থেকে জুনের মধ্যে আইপিএইচএনের পুষ্টিসেবা কার্যক্রমের (ন্যাশনাল নিউট্রিশন সার্ভিস) আওতায় এসব কর্মশালার আয়োজন করা হয়। প্রতিষ্ঠানের হিসাবে, এতে অংশ নেন ৩৩ হাজার ১৮৬ জন। অংশগ্রহণকারীদের মধ্যে রয়েছেন চিকিৎসক, উপজেলা পর্যায়ের স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা কর্মকর্তা, মাঠ পর্যায়ের স্বাস্থ্য ও পরিবারকল্যাণ কর্মী। এ ছাড়া সাংবাদিক, শিক্ষার্থী ও জনপ্রতিনিধিরা কর্মশালায় অংশ নেন। কর্মশালায় প্রশিক্ষক ছিলেন মূলত চিকিৎসা কর্মকর্তারা।

তিন দিনের কর্মশালায় অংশগ্রহণকারীদের সম্মানী বরাদ্দ ছিল ৬০০ টাকা করে। আর এক দিনের জন্য বরাদ্দ ছিল ৭০০ টাকা করে। প্রশিক্ষণসামগ্রী হিসেবে ছিল ব্যাগ, খাতা-কলম ও পুষ্টিবিষয়ক ম্যানুয়াল।

কর্মশালায় অনিয়মের বিষয়ে স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের জ্যেষ্ঠ সচিব মো. হুমায়ুন কবির জানান, অনিয়মের কথা তারাও শুনেছেন। মন্ত্রণালয়ের পক্ষ থেকে তদন্ত করার কথা ভাবা হচ্ছে। সুনির্দিষ্ট তথ্য পেলে সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিদের বিরুদ্ধে অবশ্যই শাস্তিমূলক ব্যবস্থা নেওয়া হবে।

পুষ্টির গৌরনদী দশা : বরিশালের গৌরনদী উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে তিন দিনের পুষ্টি কর্মশালা ১১ জুন শুরু হয়ে ওই দিনই শেষ হয়। কর্মশালায় অংশ নেওয়া মাঠ পর্যায়ের দুজন স্বাস্থ্য সহকারী ও চারজন পরিবার কল্যাণ সহকারী বলেন, কর্মশালা হয়েছিল দেড় থেকে দুই ঘণ্টার।

জানা গেছে, ঢাকা থেকে জাভেদ জাহাঙ্গীর নামের একজন চিকিৎসক প্রশিক্ষণের দায়িত্ব নিয়ে যান। তিনি প্রশিক্ষণসামগ্রী (ব্যাগ, খাতা, কলম, ম্যানুয়াল) নিয়ে যাননি। কাউকে সম্মানীও দেননি। সকাল নয়টার দিকে প্রশিক্ষণ শুরু করে তিনি উপস্থিত সবার সই নেন। বেলা ১১টার দিকে প্রশিক্ষণ শেষ করার সময় উপজেলা স্বাস্থ্য কর্মকর্তাকে বলেন, ঢাকায় পৌঁছানোর পর প্রত্যেকের সম্মানী ও প্রশিক্ষণসামগ্রী পাঠিয়ে দেবেন।

এ ব্যাপারে জানতে চাইলে আইপিএইচএনের পরিচালক ও লাইন ডিরেক্টর মো. এখলাসুর রহমান বলেন, প্রশিক্ষণের দায়িত্বপ্রাপ্ত কর্মকর্তা উপব্যবস্থাপক মির মোবারক হোসেন এ বিষয়ে বলতে পারবেন।

মির মোবারক হোসেন জানান, উপজেলা পর্যায়ে কর্মশালা পরিচালনার জন্য ২২০ জন চিকিৎসককে প্রশিক্ষণ দেওয়া হয়েছিল। জাভেদ জাহাঙ্গীর তাদের একজন।

জাভেদের সঙ্গে যোগাযোগ করার জন্য মোবারক হোসেন একটি মুঠোফোন নম্বর দিয়েছিলেন। যোগাযোগ করলে অন্য প্রান্ত থেকে বলা হয়, তিনি জাভেদ জাহাঙ্গীর নন এবং গৌরনদীতে প্রশিক্ষণ দিতে যাননি।

৮০ উপজেলায় তিন দিনের কর্মশালা : আইপিএইচএন প্রশিক্ষকদের প্রশিক্ষণ (টিওটি) ও চিকিৎসকদের প্রশিক্ষণসহ নানা ধরনের কর্মশালা করেছে। প্রশিক্ষণপ্রাপ্ত ব্যক্তিরা ৪৬৭ উপজেলায় এক দিনের অবহিতকরণ সভা বা কর্মশালা করেছেন। তিন দিনের কর্মশালা হয়েছে ৮০টি উপজেলায়। তিন দিনের কর্মশালা হয়েছে এমন ৮০ উপজেলার তালিকা ধরে প্রতিনিধিরা জেনেছেন, বেশ কিছু উপজেলায় তিন দিনের কোনো কর্মশালা হয়নি। মহেশখালী (কক্সবাজার), জুরি (মৌলভীবাজার), ধরমপাশা (সুনামগঞ্জ), উলিপুর (কুড়িগ্রাম) ও পাটগ্রাম (লালমনিরহাট) উপজেলায় প্রশিক্ষণ হয়েছে অর্ধদিন। কিশোরগঞ্জের নিকলীতে হয়েছে দুই দিন, কিন্তু অর্ধদিন করে। আর রংপুরের তারাগঞ্জে কোনো প্রশিক্ষণই হয়নি। সব অংশগ্রহণকারীর জন্য সমান সম্মানী বরাদ্দ থাকলেও কোনো উপজেলায় ৪০০ টাকা করে, কোনো উপজেলায় ৬০০ টাকা করে দেওয়া হয়েছে।

এসব উপজেলার স্বাস্থ্য কর্মকর্তারা প্রতিনিধিদের কাছে কোনো কাগজ বা হিসাব দেখাতে পারেননি। তারা বলেছেন, ঢাকা থেকে প্রশিক্ষক হিসেবে যারা গিয়েছিলেন, তারা হিসাবের অনুলিপি রেখে আসেননি। এসব ব্যাপারে মির মোবারক হোসেন বলেন, প্রশিক্ষণ হয়েছে। কাগজপত্র পরে দেখানো যাবে।

দেড় ঘণ্টায় পুষ্টিজ্ঞান : ১২ জুন ভৈরব উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে কর্মশালাটি দিনব্যাপী হওয়ার কথা ছিল। কিন্তু শুরু হওয়ার দেড় ঘণ্টার মধ্যে তা শেষ হয়। ভৈরব উপজেলার কালিকাপ্রসাদ ইউনিয়ন পরিষদের (ইউপি) প্যানেল চেয়ারম্যান তাজুল ইসলাম বলেন, 'আইলাম আর গেলাম। কিছু টাকা পাইলাম। কলা, শিঙাড়া খাইলাম। এখানে পুষ্টিডা কোনখানে খুঁইজা পাইলাম না।'

উপজেলা স্বাস্থ্য কর্মকর্তা মমতাজুল হক বলেন, 'এককথায় বলব, পুরা বিষয়টি নিয়ে আমরা অন্ধকারে ছিলাম।' তিনি বলেন, ৫০ জনকে আমন্ত্রণ জানানো হলেও উপস্থিত ছিলেন মাত্র ২৫ জন। কর্মশালাটি দুপুরের আগে শেষ হয়ে যায়। ঢাকা থেকে যারা এসেছিলেন, তারা কোনো কাগজপত্র রেখে যাননি। তারা কুলিয়ারচর চলে যান।

কুলিয়ারচর উপজেলা স্বাস্থ্য কর্মকর্তা আবু উবায়েদ জানান, দুটোয় শুরু হয়ে সাড়ে তিনটায় কর্মশালা শেষ হয়। কর্মশালাটি দিনব্যাপী হওয়ার কথা ছিল। এতে উপস্থিত ছিলেন ৩২ জন।

শিক্ষার্থীদের জন্য ২১ জুন ভৈরব উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্রে আরো একটি কর্মশালা হয়। এতে ভৈরব ও কুলিয়ারচরের ২০ জন শিক্ষার্থী অংশ নেয়। এ কর্মশালাটি হওয়ার কথা ছিল দুই দিনে। তবে মাত্র দুই ঘণ্টায় কর্মশালা শেষ হয়। ভৈরবের শিক্ষার্থীরা ১০০ টাকা এবং আর কুলিয়ারচরের শিক্ষার্থীরা ২৫০ টাকা করে সম্মানী পায়।

ভৈরব হাজী জমির উদ্দিন উচ্চবিদ্যালয়ের নবম শ্রেণীর ছাত্রী মারজিয়া জাহান বলে, এত অল্প সময়ে কিছু বোঝা কঠিন।

এদের হাতে পুষ্টি নিরাপদ নয় : বিশিষ্ট পুষ্টিবিদ এম কিউ কে তালুকদার বলেন, প্রশিক্ষণ কর্মীদের সচেতন, উদ্বুদ্ধ ও দক্ষ করে। তিন দিনের প্রশিক্ষণ এক-দুই ঘণ্টায় শেষ করার অর্থ কেউ কোনো কিছু শিখল না। ওই এলাকার পুষ্টি-পরিস্থিতির উন্নতিতে ওই প্রশিক্ষণ কোনো ভূমিকা রাখবে না। এটা খুব দুঃখজনক। দুর্নীতিবিরোধী প্রতিষ্ঠান টিআইবির (ট্রান্সপারেন্সি ইন্টারন্যাশনাল, বাংলাদেশ) নির্বাহী পরিচালক ইফতেখারুজ্জামান বলেন, এ ধরনের বিস্তৃত ও গভীর অনিয়মে উচ্চপর্যায়সহ সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তারা দায় এড়াতে পারেন না।

জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান : আকারে ছোট দুর্নীতিতে বড়

জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠানটি আকারে ছোট। সরকারের নিরীক্ষা প্রতিবেদন বলছে, প্রতিষ্ঠানটিতে দুর্নীতি অনেক বড়। অনুসন্ধানেও অনিয়ম পাওয়া গেছে।

মহাহিসাব নিরীক্ষক ও নিয়ন্ত্রকের (সিএজি) কার্যালয়ের ফাপাদ-এর (ফরেন এইড প্রজেক্টস অডিট ডিরেক্টরেট) নিরীক্ষা প্রতিবেদন বলছে, ২০১১-১২ অর্থবছরে পুষ্টি প্রতিষ্ঠানে ২৫ কোটি ৭৭ লাখ টাকার অনিয়ম হয়েছে। চেকের পরিবর্তে নগদ অর্থ, লাগামহীন ফটোকপি, বরাদ্দের বাইরে খরচ, ভুয়া প্রশিক্ষণ মিথ্যা তথ্য দিয়ে টাকা নিয়ে কিছু ব্যক্তি নিজের পকেটে ঢুকিয়েছেন।

প্রতিষ্ঠানটি জাতীয় পুষ্টি কার্যক্রম (এনএনএস) বাস্তবায়ন করছে। স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় সূত্র বলেছে, ২০১১-১২ অর্থবছরে এনএনএসের জন্য বরাদ্দ ছিল ৬৫ কোটি টাকা। ২০১২ সালের জানুয়ারিতে কাজ শুরু করে জুনের মধ্যে ৪০ কোটি ৩০ লাখ টাকা খরচ করে প্রতিষ্ঠানটি। এর মধ্যে ২৫ কোটি ৭৭ লাখ টাকার অনিয়ম হয়েছে। খরচ করা ৬২ শতাংশ অর্থেই অনিয়ম পেয়েছে ফাপাদ।

সূত্র বলছে, এনএনএসের লাইন ডিরেক্টর মো. এখলাসুর রহমান জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠানেরও পরিচালক। তিনজন কর্মসূচি ব্যবস্থাপক (পিএম) তাকে সহায়তা করেন। তাদের অধীনে কাজ করেন ১০ জন উপকর্মসূচি ব্যবস্থাপক (ডিপিএম)। এরা সবাই চিকিৎসক। এরা এই প্রতিষ্ঠানে যুক্ত হয়েছেন ২০১১ সালের শেষের দিকে। এদের পাঁচজন ক্ষমতাসীন আওয়ামী লীগের রাজনীতির সঙ্গে জড়িত। এদের ওপর পরিচালকের নিয়ন্ত্রণ নেই। এদের দুজন একই সঙ্গে অন্য কর্মসূচির ডিপিএম। সরকারি নিয়মনীতি লঙ্ঘন করে পুষ্টি প্রতিষ্ঠানে পাঁচজন সাবেক কর্মকর্তা-কর্মচারী নিয়মিত কাজ করছেন। অন্যদিকে নিয়মিতদের কাজে লাগানো হচ্ছে না। এসব সাবেক ও দু-তিনজন বর্তমান মিলে একটি সিন্ডিকেট গড়ে তুলেছেন। এই প্রতিষ্ঠানে তারাই অবাধে অনিয়ম করে চলেছেন।

নগদ চুরি : ২০১২ সালের জানুয়ারি থেকে জুন—এ ছয় মাসে নগদ ১৩ কোটি ৭৯ লাখ ৭৪ হাজার ৯০ টাকা চিকিৎসক ও সিভিল সার্জনদের দিয়েছেন কর্মসূচির কর্মকর্তারা। কাউকে চেক দেননি। নিরীক্ষার সময় দেখা গেছে, নগদ অর্থ দেওয়ার সময় কোনো দাবি নিষ্পত্তির রসিদ ও অ্যাডজাস্টমেন্ট ভাউচার ব্যবহার করা হয়নি। নগদ টাকা দেওয়াকে যৌক্তিক মনে করেনি নিরীক্ষক দল।

সংশ্লিষ্ট ব্যক্তিরা বলেছেন, এটি আর্থিক শৃঙ্খলা লঙ্ঘন। সরকারের টাকা চেকের মাধ্যমেই দিতে হবে এবং অর্থ প্রাপ্তির স্বীকৃতিও থাকতে হবে।

এ ব্যাপারে পুষ্টি প্রতিষ্ঠানের পরিচালক বলেন, কিছু টাকা কুরিয়ার সার্ভিসে পাঠানো হয়েছে।

কিছু নগদ দেওয়া হয়েছে। জনবল কম থাকায় চেক দেওয়া সম্ভব হয়নি।

লাগামহীন প্রশিক্ষণ : পুষ্টিবিষয়ক প্রশিক্ষণের নামে বিপুল পরিমাণ অর্থ আত্মসাৎ করা হয়েছে এ কর্মসূচি থেকে। অনুসন্ধানে দেখা যায়, তিন দিনের প্রশিক্ষণ শেষ হয়েছে দেড় ঘণ্টায়। প্রশিক্ষণে অংশগ্রহণকারীদের ব্যাগ, খাতা বা প্যাড ও সম্মানী দেওয়া হয়নি। অথচ এ খাতে খরচ দেখানো হয়েছে। এ নিয়ে গত বছর সেপ্টেম্বরে একটি অনুসন্ধানী প্রতিবেদন ছাপা হয়।

ফাপাদ-এর নিরীক্ষা প্রতিবেদনে বলা হয়েছে, বিভিন্ন প্রশিক্ষণের জন্য ১০ কোটি ৯১ লাখ ৮৮ হাজার টাকা খরচ হয়েছে ছয় মাসে। প্রশিক্ষণের জন্য কোনো অফিস আদেশ ছিল না। প্রশিক্ষণদাতা ও গ্রহীতার নামের তালিকাও নিরীক্ষক দল পায়নি। এসব প্রশিক্ষণের সত্যতা নিয়ে প্রশ্ন তুলেছে নিরীক্ষক দল।

নিরীক্ষা প্রতিবেদনে বলা হয়েছে, প্রশিক্ষণসূচি, প্রশিক্ষণ সহায়িকা, অফিস আদেশ, প্রশিক্ষণার্থীদের হাজিরার হিসাব ছাড়া এ বিপুল পরিমাণ অর্থ খরচ করা হয়েছে।

এ ব্যাপারে এখলাসুর রহমান বলেন, কেন্দ্রীয়ভাবে ঢাকায় ও সাতটি বিভাগীয় শহরে অনুষ্ঠিত প্রশিক্ষণে তিনি উপস্থিত ছিলেন। বাকি প্রশিক্ষণের যথার্থতা সম্পর্কে তিনি জানেন না।

কল্পিত রসিদ : বরাদ্দ না থাকলেও 'বিবিধ' খাতে প্রতিষ্ঠানটি খরচ করেছে ২ লাখ ৭০ হাজার ২৯৩ টাকা। বিভিন্ন প্রতিষ্ঠানের কাছ থেকে জিনিসপত্র গ্রহণ করা হলেও রসিদগুলো কম্পিউটারে তৈরি এবং তাতে একই হাতের লেখা। রসিদগুলোতে যেসব ফোন নম্বর দেওয়া হয়েছে, সেগুলো ভুয়া। এসব তথ্য দেওয়ার পর প্রতিবেদনে বলা হচ্ছে, খরচের সত্যতা নিয়ে নিরীক্ষক দল নিশ্চিত হতে পারেনি।

এই অনিয়মের পক্ষেও সাফাই গেয়েছেন পরিচালক। তিনি বলেছেন, পরবর্তী অর্থবছরে এ বরাদ্দ অনুমোদন করা হয়েছে। কম্পিউটারের রসিদ গ্রহণযোগ্য বলে তিনি মনে করেন।

এসব ছাড়াও ভবন সারাই ও রং করা, কিছু নির্মাণকাজ ও বাগানের জন্য খরচ করেছেন পরিচালক। তিনটি কাজকেই বিধিবহির্ভূত বলেছে ফাপাদ-এর নিরীক্ষা দল।

আগাম প্রস্তুতি : অনুসন্ধানে দেখা গেছে, অনিয়ম আরো আছে। আগামী বছর নিরীক্ষার ঝামেলা এড়াতে এখন থেকেই 'ঘুষের' প্রস্তুতি নিচ্ছে প্রতিষ্ঠানটি। অভিযোগ পাওয়া গেছে, কর্মকর্তাদের বিভিন্ন খাতের খরচের ৫ থেকে ৬ শতাংশ টাকা কেটে রাখছেন পরিচালক। ওই প্রতিষ্ঠানের চার ব্যক্তি এ অভিযোগ করেছেন।

পরিচালক টাকা কেটে রাখার কথা প্রথমে অস্বীকার করেন। পরে বলেন, একজন কর্মকর্তার সঙ্গে আলাপ করে জানাবেন। ওই কর্মকর্তা নাম প্রকাশ না করার শর্তে বলেন, ১০০ ভাগ স্বচ্ছ (ক্লিন) কাজ করলেও অডিটের সময় ঝামেলা করেই। আবার টাকা ছাড় করানোর সময়ও মন্ত্রণালয়ে ঘুষ দিতে হয়। তাই তারা ৪ শতাংশ অর্থ কেটে রাখছেন।

কার কাজ কে করে : প্রকল্পের খরচের জন্য ব্যাংক থেকে টাকা তোলার সময় কর্মকর্তারা কানিজ সোহলা জাবিনের (জেবা বলেই পরিচিত) কাছে রাখা চেকে সই করেন। তিনি ব্যাংক থেকে টাকা তুলে ৬ শতাংশ রেখে বাকি টাকা সংশ্লিষ্ট কর্মকর্তার হাতে তুলে দেন। জাবিন বলেন, তিনি কোনো টাকা রাখেন না।

জাবিন প্রতিষ্ঠানের পরিসংখ্যান সহকারী। ওই পদেরই বেতনভাতা নেন। তবে কাজ করেন পরিচালকের ব্যক্তিগত সহকারীর। এ ব্যাপারে পরিচালক বলেন, আগের পরিচালকই জাবিনকে এ পদে এনেছিলেন। অন্যদিকে আসল ব্যক্তিগত সহকারী ফজলুল হক অফিসে আসেন-যান, কাজ নেই তার।

জাবিন এক পদের লোক হয়ে অন্য পদে কাজ করছেন। তবে চার বছর আগে সরকারি চাকরি থেকে অবসর নিলেও আব্দুল আউয়াল হিসাবরক্ষণের কাজ করেন এখনো।

একাধিক কর্মকর্তা বলেছেন, প্রতিষ্ঠানের দুর্নীতির মূল ব্যক্তি আবদুল আউয়াল। আউয়ালকে কাজে লাগিয়েছেন কর্মসূচি ব্যবস্থাপক আশরাফ হোসেন সরকার। ২০১১-১২ অর্থবছরে মূল হিসাবরক্ষণ কর্মকর্তা রাজ্জাককে কাজই করতে দেননি আশরাফ আর আউয়াল।

আশরাফ বলেন, 'পুরোনো ও অভিজ্ঞ মানুষ আউয়াল। তাই তার কাছে থেকে আমরা কিছু সহায়তা নিই।' কাজ করার কথা স্বীকার করে আউয়াল বলেন, ইউনিসেফের কিছু কাজে প্রতিষ্ঠানকে তিনি সহায়তা করেন।

আউয়াল ছাড়া আরো চারজন সাবেককে কাজে লাগান আশরাফ। এরা হলেন শাহাবুদ্দিন আহমেদ (প্রধান সহকারী), আবদুস সালাম (কনিষ্ঠ বায়োকেমিস্ট), আবুল কালাম (কারিগর) ও মো. জাফর (বাড়ি পরিদর্শক)। আশরাফ বলেন, 'এদের দরকার আছে বলেই আমরা কাজে লাগাচ্ছি।'

তেলের ব্যবসা : প্রতিষ্ঠানের অন্তত সাতটি গাড়ি সিএনজিতে রূপান্তর করা হয়েছে। কিন্তু চালকেরা নিয়মিত তেলের রসিদ করে চলেছেন। আশরাফ বলেন, গ্যাসে গাড়ি চালাতে চালকেরা অনেক ঝামেলা করেন। তাই তেলে চলছে। এসব গাড়ি যাতায়াতের হিসাবও রাখা হয় না।

৯

সাংবাদিকের নৈতিকতা পুষ্টি সুরক্ষা দেবে

সাংবাদিকের নৈতিকতা পুষ্টি সুরক্ষা দেবে

অপুষ্টির সমস্যাটি ধনী-দরিদ্র সকলের হলেও দরিদ্রদের ক্ষেত্রে এটি বেশি প্রকট। সমাজে পিছিয়ে পড়া ও প্রান্তিক জনগোষ্ঠীর মধ্যে অপুষ্টির প্রকোপ বেশি। শহরে বস্তির শিশুরাই বেশি অপুষ্টির শিকার। তাই পিছিয়ে পড়া মানুষের, প্রান্তিক মানুষের, বস্তির মানুষের অপুষ্টির বিষয়ে সাংবাদিকের বেশি নজর দেওয়া উচিত।

গবেষণায় দেখা গেছে, দেশের উপকূলের জেলাগুলোতে অপুষ্টির প্রকোপ দেশের অন্য অঞ্চলগুলোর তুলনায় বেশি। সুতরাং উপকূলের জেলাগুলোতে কর্মরত সাংবাদিকদের দায়িত্ব নিজ নিজ জেলার তথ্য সংগ্রহ করা এবং সমস্যা দূর করতে স্থানীয় প্রশাসন ও এনজিওরা কী করছে তা জনসমক্ষে প্রকাশ করা। একইভাবে কেন্দ্রীয়ভাবে যেসব সাংবাদিক কাজ করছেন, তাদের দায়িত্ব—স্বাস্থ্য, পরিকল্পনা বা অন্য মন্ত্রণালয় ওইসব জেলায় কী করছে তা প্রকাশ করা।

সরকারি-বেসরকারি বেশ কিছু উদ্যোগের কারণে নারীর অপুষ্টির ক্ষেত্রে কিছু অগ্রগতি হয়েছে। অন্যদিকে গবেষণায় দেখা যাচ্ছে, নারীদের মধ্যে স্থূলতার প্রকোপ বাড়ছে। সার্বিকভাবে নারীর অপুষ্টির সমস্যা তাই দূর হচ্ছে না সহজে। এই ক্ষেত্রে নারী যেন যথাযথ স্বাস্থ্য ও পুষ্টির তথ্য ও সেবা পান, সে বিষয়ে সাংবাদিকের মনোযোগী হওয়া দরকার।

সমাজে কিছু প্রবণতা আছে, যা শিশু-অপুষ্টির কারণ। এর মধ্যে অন্যতম প্রধান হচ্ছে মাতৃদুগ্ধ 'বিকল্প' খাদ্যের ব্যবহার। ব্যবসায়িক প্রতিষ্ঠানগুলো এ ক্ষেত্রে খুবই আগ্রাসী কৌশল ব্যবহার করে। হাসপাতাল, ক্লিনিকে কর্মরত চিকিৎসক, নার্স বা অন্যান্য স্বাস্থ্যকর্মীর মাধ্যমে বিকল্প খাদ্য মায়ের হাতে পৌঁছায়। এই ধারার বিপক্ষে অবস্থান নেওয়ার ক্ষেত্রে সাংবাদিকের কোনো দ্বিধা থাকা উচিত নয়।

মাতৃদুগ্ধ বিকল্প বা শিশুখাদ্য উৎপাদন, বাজারজাতকরণ ও বিতরণের কাজ করে, এমন অনেক প্রতিষ্ঠান অপুষ্টি দূর করার কথা বলে মানুষের মধ্যে কাজ করে। সরকারের নীতিনির্ধারকদের সঙ্গে এরা ভালো সম্পর্ক গড়ে তোলে। এরা আইন, নীতি, বিধিবিধান তৈরিতে ভূমিকা রাখতে চায়। এরা গবেষণার নামে অনেক তথ্য বাজারে ছাড়ে। এদের ব্যাপারে শুধু সতর্ক থাকাই নয়, সাংবাদিকের উচিত, এদের ওপর কড়া নজরদারি করা।

সরকার ২০১৩ সালে 'ব্রেস্ট-মিল্ক সাবস্টিটিউট (রেগুলেশন অব মার্কেটিং) অর্ডিনেন্স, ১৯৮৪' নামের আইনটি সংশোধন করে নতুন আইন করেছে। নতুন আইনটির নাম : 'মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশুখাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য ও তা ব্যবহারের

সরঞ্জামাদি (বিপণন নিয়ন্ত্রণ) আইন, ২০১৩'। চিকিৎসক, নার্স বা অন্য কোনো স্বাস্থ্যকর্মী মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশুখাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা ওগুলো ব্যবহারের সরঞ্জামাদি তৈরি বা বিপণনকারী প্রতিষ্ঠানের কাছ থেকে আর্থিক সুযোগ-সুবিধা যেন না নিতে পারে, সে ব্যাপারে আইনে স্পষ্টভাবে বলা হয়েছে। এদের কাছ থেকে সুযোগ-সুবিধা না নেওয়ার নীতি সাংবাদিকেরও মেনে চলা উচিত।

সর্বজনীন নীতি-নৈতিকতা মেনে চলার পাশাপাশি বিজ্ঞান বা স্বাস্থ্য নিয়ে যাঁরা সাংবাদিকতা করেন, তাঁদের বাড়তি কিছু মানদণ্ড মেনে চলতে হয়। যেমন, কোনো রোগ নিয়ে প্রতিবেদন তৈরির সময় ওই রোগের ওষুধের নাম প্রতিবেদনে না লেখার একটা রীতি আছে। এর কারণটা হচ্ছে এই যে, একই ধরনের শারীরিক সমস্যায় ভোগা কোনো পাঠকের প্রতিবেদন পড়ে দোকান থেকে ওষুধটি কিনে সেবন করার ঝুঁকি থাকে। পুষ্টির ক্ষেত্রে একই কথা প্রযোজ্য। ডায়রিয়ার প্রকোপ দেখা দিলে খাওয়ার স্যালাইনের পাশাপাশি চিকিৎসকরা কিছু ক্ষেত্রে ওষুধ সেবন করার পরামর্শ দেন। কিন্তু রিপোর্টারের উচিত, ওষুধের নাম প্রতিবেদনে উল্লেখ না করা।

বিশ্বের বেশ কয়েকটি খাদ্য প্রস্তুতকারী বৃহৎ প্রতিষ্ঠান পুষ্টি নিয়ে কাজ করছে। তারা পুষ্টি নিয়ে আন্তর্জাতিক সম্মেলন আয়োজন করাসহ গবেষণাকাজে অর্থ বিনিয়োগ করছে। এসব সম্মেলন কভার করার সময় বা গবেষণার তথ্য ব্যবহার করার সময় সাংবাদিকের সতর্ক থাকা উচিত। কার স্বার্থ রক্ষা করার জন্য সম্মেলন করা হচ্ছে, গবেষণায় লাভবান হবে কে— এসব প্রশ্নের উত্তর খতিয়ে দেখা উচিত।

১০

পরিশিষ্ট

পুষ্টি শব্দকোষ

01	**Acute malnutrition -** is a form of undernutrition also known as wasting. It is a result of a sudden lack of an adequate amount or variety of food or a severe or repeated infection. Severe wasting is a form of undernutrition that can be fatal. Acute malnutrition can happen within a few weeks. There are different levels of severity of acute malnutrition: moderate acute malnutrition (MAM) and severe acute malnutrition (SAM). In children, it can be measured using the weight-for-height nutritional index.	**তীব্র অপুষ্টি :** তীব্র অপুষ্টি হলো অপুষ্টির একটি ধরন। এটি কৃশতা নামেও পরিচিত। পর্যাপ্ত পরিমান এবং বিভিন্ন ধরনের খাবারের অভাবে বা বারবার সংক্রমনের কারণে এটি হয়ে থাকে। অপুষ্টির একটি ধরন হলো মারাত্মক কৃশতা যা মৃত্যুর কারণ হতে পারে। তীব্র অপুষ্টি কয়েক সপ্তাহের মধ্যে দেখা দিতে পারে। তীব্র অপুষ্টিকে দুই ভাগে ভাগ করা যায়: মাঝারি তীব্র অপুষ্টি (ম্যাম) এবং মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি (স্যাম)। শিশুদের ক্ষেত্রে এটা পরিমাপের সূচক হলো উচ্চতা অনুযায়ী ওজন।
02	**Adequate basic ration –** An adequate ration meets the population's minimum energy, protein, fat and micronutrient requirements in emergency situations where the population is dependent on food assistance. The initial energy requirement used to design rations in emergencies is 2,100 kilocalories per person per day, which can then be adjusted to the changing local situation.	**পর্যাপ্ত মৌলিক রেশন :** পর্যাপ্ত মৌলিক রেশন খাদ্যচাহিদার ভিত্তিতে জরুরি অবস্থায় একটি জনগোষ্ঠীর প্রয়োজনীয় ন্যূনতম শক্তি, প্রোটিন, স্নেহ এবং অনুপুষ্টি-উপাদানের চাহিদা পূরণ করে। একে জনপ্রতি পর্যাপ্ত খাদ্য জোগানও বলা যেতে পারে। প্রাথমিকভাবে শক্তির জন্য একজন ব্যক্তির দৈনিক ২১০০ কিলোক্যালোরি শক্তির প্রয়োজন হয়। তবে স্থানীয় অবস্থার পরিপ্রেক্ষিতে এর পরিমাণে সমন্বয়ও হতে পারে। এই রেশন হতে

	The rations should be culturally acceptable and appropriate for all population subgroups (such as infants and young children).	হবে সাংস্কৃতিকভাবে গ্রহণযোগ্য ও জনগোষ্ঠীর সকল উপগোষ্ঠীর জন্য উপযুক্ত (উদাহরণ : এক বছর, দুই বছর ও পাঁচ বছর বয়সী শিশু)।
03	**Anaemia** - is a sign of malnutrition. When there is less than the ideal amount off hemoglobin in blood a person is said to suffer from anemia. One of the primary reasons of maternal death, sudden miscarriage, preterm baby or low birth weight baby is due to mother's anemia. It is also caused by infectious diseases such as malaria, hookworm infestation and schistosomiasis; and genetic diseases. Women and children are high-risk populations.	**এনিমিয়া/রক্তস্বল্পতা :** অপুষ্টির একটি লক্ষণ হচ্ছে রক্তস্বল্পতা। একজন ব্যক্তির রক্তে স্বাভাবিক মাত্রা অপেক্ষা হিমোগ্লোবিনের পরিমান কম থাকলে সে রক্তস্বল্পতায় ভোগে। মাতৃমৃত্যু, অকাল গর্ভপাত, অপরিনত এবং স্বল্প ওজনের শিশু জন্মের প্রাথমিক কারণগুলোর মধ্যে অন্যতম হলো মায়েদের রক্তস্বল্পতা। সংক্রামক রোগ যেমন ম্যালেরিয়া, কৃমি এবং বংশগত রোগের কারণেও এটা দেখা দেয়। নারী এবং শিশুদের এই রোগের ঝুঁকি বেশি।
04	**Angular stomatitis –** Characterized by inflammation at the corners of the mouth, angular stomatitis is a sign of riboflavin (vitamin B2) deficiency.	**অ্যাঙ্গুলার স্টোমাটাইটিস :** প্রদাহের কারণে মুখের কোণে সৃষ্ট দাগ। এটি রিবোফ্লাবিন বা ভিটামিন (বি২)-এর অভাবে দেখা দেয়।
05	**Anthropometric status –** The growth status of an individual's body measurements in relation to population reference values.	**অ্যানথ্রোপোমেট্রিক অবস্থা :** জনগোষ্ঠীর রেফারেন্স মানের সঙ্গে একজন ব্যক্তির শরীরিক বৃদ্ধির (ওজন, উচ্চতা, মধ্য-বাহুর পরিধি) তুলনা।
06	**Anthropometry –** Anthropometry is the study and technique of human body measurement. It is used to measure and monitor the nutritional status of an individual or population group.	**অ্যানথ্রোপোমেট্রি :** মানুষের দেহ পরিমাপের একটি পদ্ধতি। একজন ব্যক্তি বা একটি জনগোষ্ঠীর পুষ্টি পরিস্থিতি পরিমাপ ও পর্যবেক্ষণের জন্য অ্যানথ্রোপোমেট্রি ব্যবহার করা হয়।

07	**Artificial feeding —** The feeding of infants with only a breast milk substitute.	**শিল্পজাত বা কৃত্রিম খাদ্য খাওয়ানো :** শিশুকে মায়ের দুধের বিকল্প অন্য কিছু খাওয়ানো।
08	**Ariboflavinosis —** A clinical condition resulting from a deficiency in riboflavin (vitamin B2). Clinical signs include the presence of angular stomatitis.	**অ্যারিবোফ্লাভিনোসিস :** রিবোফ্লাবিনের (ভিটামিন 'বি২') স্বল্পতার কারণে এ ধরনের অবস্থার সৃষ্টি হয়। ক্লিনিক্যালি এর লক্ষণ হলো প্রদাহের কারণে মুখের কোণে সৃষ্ট দাগ।
09	**Beriberi —** Caused by thiamin (vitamin B1) deficiency; there are many clinically recognizable syndromes including wet beriberi (which affects the cardiovascular system), dry beriberi (which affects the nervous system) and infantile beriberi (which affects infants breastfed by women with thiamin (vitamin B1) deficiency).	**বেরিবেরি :** থিয়ামিনের (ভিটামিন 'বি১') অভাবের কারণে সৃষ্ট অবস্থা। ক্লিনিক্যালি এর লক্ষণ বিভিন্ন ধরনের হয়ে থাকে। ওয়েট বেরিবেরি (হৃদ্‌যন্ত্রের ক্রিয়া ও রক্তসঞ্চালন ব্যবস্থাকে প্রভাবিত করে), ড্রাই বেরিবেরি (স্নায়ুতন্ত্রকে প্রভাবিত করে) এবং শিশুদের বেরিবেরি (থিয়ামিন স্বল্পতায় আক্রান্ত মহিলাদের বুকের দুধ খাওয়ার মাধ্যমে শিশুরা সংক্রমিত হতে পারে)।
10	**Bitot's spots —** Clinical sign of vitamin A deficiency, characterized by dryness of the eyes accompanied by foamy accumulations on the conjunctiva that often appear near the outer edge of the iris.	**বিটট্স স্পট :** ভিটামিন 'এ'-র অভাবজনিত রোগ। চোখে শুষ্ক ভাব হয়। চোখের কোনায় ছোট কালো চকচকে দাগ পড়ে, যাকে বিটট্স স্পট বলে।
11	**Body mass index (BMI) —** Defined as an individual's body mass (in kilograms) divided by height (in metres squared): BMI units = kg/m2. Acute malnutrition in adults is measured by using BMI.	**বিএমআই :** ব্যক্তির ওজনকে (কি.গ্রা.) উচ্চতা (বর্গমিটার) দিয়ে ভাগ করা হয় : **বিএমআই ইউনিট = কিগ্রা/মিটার^{২}**। প্রাপ্তবয়স্কদের তীব্র অপুষ্টির মাত্রা পরিমাপে বিএমআই ব্যবহৃত হয়।

12	**Blanket feeding —** The feeding of an affected population without targeting specific groups.	**ব্লাংকেট ফিডিং :** কোনো নির্দিষ্ট দল বা গোষ্ঠীকে উদ্দেশ্য না করে সামগ্রিকভাবে একটি ক্ষতিগ্রস্ত জনগোষ্ঠীর সকলের জন্য পরিচালিত খাদ্য কর্মসূচি।
13	**BP 5 —** An example of a fortified high-energy biscuit designed to be used in the acute phase of disaster relief operations (also used as a supplement to local food in feeding programmes for treatment of moderate malnutrition).	**বিপি ৫ :** অধিক শক্তিসমৃদ্ধ বিশেষভাবে তৈরি বিস্কুট, যা মূলত দুর্যোগকালে ত্রাণ কার্যক্রমের সময় বিতরণ করা হয় (মাঝারি পর্যায়ের অপুষ্টি দূরীকরণে পরিচালিত খাদ্য কর্মসূচিতে স্থানীয় খাদ্যের পরিপূরক খাদ্য হিসেবে ব্যবহৃত হয়)।
14	**BP 100 —** An example of a ready-to-use therapeutic food designed to be used in the rehabilitation and treatment phase of severely malnourished children and adults.	**বিপি ১০০ :** মারাত্মক অপুষ্টিতে আক্রান্ত শিশু এবং প্রাপ্তবয়স্কদের পুনর্বাসন ও চিকিৎসার জন্য ব্যবহৃত বিশেষ ধরনের থেরাপিউটিক ফুডের উদাহরণ।
15	**Breast milk substitute —** Any food marketed or otherwise represented as a partial or total replacement for breast milk, whether or not suitable for that purpose.	**মায়ের দুধের বিকল্প :** আংশিক বা সম্পূর্ণভাবে মায়ের দুধের বিকল্প হিসেবে বাজারে প্রাপ্ত বা প্রচলিত খাদ্য, উদ্দেশ্য পূরণের জন্য তা উপযুক্ত হোক বা না হোক।
16	**Chronic malnutrition —** Chronic malnutrition, also known as 'stunting', is a form of growth failure which develops over a long period of time. Inadequate nutrition over long periods of time (including poor maternal nutrition and poor infant and young child feeding practices) and/or repeated infections can lead to stunting. In children, it can be measured using the height-for-age nutritional index.	**দীর্ঘস্থায়ী অপুষ্টি :** এ ধরনের অপুষ্টির কারণে দীর্ঘদিন ধরে শরীরের স্বাভাবিক বৃদ্ধি ব্যাহত হয়। এটি খর্বতা নামেও পরিচিত। পর্যাপ্ত পুষ্টির অভাব (এর মধ্যে পড়ে মায়ের অপুষ্টি এবং শিশুকে যথাযথ খাওয়ানোর চর্চার ঘাটতি) এবং বারবার সংক্রমণ এর জন্য দায়ী। শিশুদের ক্ষেত্রে পুষ্টিসূচকে বয়স অনুযায়ী উচ্চতা পরিমাপের মাধ্যমে এটি নির্ধারণ করা হয়।

17	**The Code –** The International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes adopted by the World Health Assembly (WHA) in 1981, and regularly updated through subsequent WHA resolutions.	**কোড :** মায়ের দুধের বিকল্প খাদ্য বিপণনে ১৯৮১ সালে বিশ্ব স্বাস্থ্য পরিষদ কর্তৃক গৃহীত আন্তর্জাতিক নীতিমালা। তার পর থেকে বিশ্ব স্বাস্থ্য পরিষদের সভায় সিদ্ধান্ত নিয়ে এটা নিয়মিত হালনাগাদ করা হয়।
18	**Colostrum –** is an infant's first breast milk. Some people have the notion that it is harmful and impure. They believe that it is harmful for the child. This is a complete superstition. Scientists say that colostrum has high levels of nutrients. It works as an antibiotic for the child and wards off many diseases. If the rate of feeding infants colostrum increases then children's nutrition status will also improve. That is why experts say as soon as a child is born the newborn must be breastfed. This will assuage its hunger, give the necessary nutrition and deepen the bond of mother and child.	**শালদুধ :** সন্তান প্রসবের পর থেকে প্রথম কিছুদিন মায়ের স্তন থেকে এই গাঢ় হলুদ দুধ নিঃসৃত হয়। শালদুধের অনেক উপকারিতা রয়েছে। এতে রয়েছে অ্যান্টিবডি এবং কার্যকর প্রোটিন, যা সংক্রমণ রোধ করে শিশুর রোগ প্রতিরোধক্ষমতা বৃদ্ধিতে সহায়তা করে। এটি শিশুর অন্ত্রের পরিপূর্ণতা এবং কার্যকারিতা বৃদ্ধির উপাদান সমৃদ্ধ। এটি ভিটামিন 'এ', ভিটামিন 'কে' এবং অন্যান্য পুষ্টি-উপাদানসমৃদ্ধ, যা শিশুদের মধ্যে জন্ডিসের প্রকোপকে প্রতিরোধে সহায়তা করে।
19	**Community-Based Management of Acute Malnutrition (CMAM) -** CMAM refers to the management of acute malnutrition through: 1) inpatient care for children with severe acute malnutrition (SAM) with medical complications and all infants under 6 months old with	**কমিউনিটি-ভিত্তিক চরম অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা (সিএমএএম) :** কমিউনিটি-ভিত্তিক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা (সিএমএএম) বলতে বোঝায় তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা : ১) তীব্র অপুষ্টির শিকার যেসব শিশুর শারীরিক জটিলতা আছে, এমন শিশু এবং তীব্র অপুষ্টির শিকার ছয় মাসের কম বয়সী শিশুদের হাসপাতালে রেখে

	SAM; 2) outpatient care for children with SAM without medical complications; 3) community outreach; and 4) services or programs for children with moderate acute malnutrition (MAM) that may be provided depending on the context. CMAM evolved from Community-Based Therapeutic Care (CTC), which is a community-based approach for the management of acute malnutrition in emergency settings, and comprises the key components of community outreach, supplementary feeding programs (SFPs), outpatient care programs (OCPs) and stabilization centers (SCs). Other variants of CMAM include ambulatory care or home-based care (HBC) for SAM.	সেবা দেওয়া; ২) তীব্র অপুষ্টির শিকার কিন্তু শারীরিক জটিলতা নেই তাদের বহির্বিভাগে সেবা দেওয়া; ৩) কমিউনিটিতে সেবা; এবং ৪) মাঝারি তীব্র অপুষ্টির (ম্যাম) শিকার শিশুদের জন্য সেবা ও কর্মসূচি। কমিউনিটি-ভিত্তিক তীব্র অপুষ্টি ব্যবস্থাপনা (সিএমএএম) বাড়িতে রেখেও হতে পারে বা সেবা বাড়িতে পৌঁছে দেওয়া যেতে পারে।
20	**Complementary feeding -** solid or semi-solid food given to children beginning at the age of six months in addition to breast milk.	**পরিপূরক খাদ্য :** এটি হলো বয়স অনুযায়ী শিশুদের জন্য মায়ের দুধের পাশাপাশি সঠিক পরিমাণে দেওয়া নিরাপদ খাদ্য। কেবল মায়ের দুধ যখন পরিপূর্ণভাবে শিশুর খাদ্যচাহিদা পূরণ করতে পারে না, তখন এ ধরনের খাবার দেওয়া হয়। শিশুর ছয় মাস বয়স পর্যন্ত মায়ের দুধ ছাড়া আর কোনো ধরনের খাদ্যের প্রয়োজন হয় না। সাধারণত ৬-২৩ মাস বয়সী শিশুদের পরিপূরক খাবারের প্রয়োজন হয়।

21	**Cretinism –** A severe mental and physical disability that occurs in the offspring of women who have severe iodine deficiency, which occurs during the first trimester of pregnancy.	**ক্রিটিনিজম :** তীব্র মানসিক ও শারীরিক প্রতিবন্ধিতা। মারাত্মক আয়োডিনের স্বল্পতার শিকার মহিলারা গর্ভধারণের প্রথম তিন মাসের মধ্যে এতে আক্রান্ত হয়।
22	**'Dry' feeding –** Food provided in the form of a dry (take-home) ration.	**ড্রাই ফিডিং :** শুকনা খাবার, যা বাড়িতে নিয়ে খাওয়ার জন্য দেওয়া হয়।
23	**Early warning system –** An information system designed to monitor indicators that may predict or forewarn of impending food shortages, worsening of the nutritional situation or famine.	**আগাম সতর্ক ব্যবস্থা :** এটি এমন একটি তথ্যব্যবস্থা, যার মাধ্যমে খাদ্যস্বল্পতা, পুষ্টি-অবস্থার বিপর্যয় অথবা দুর্ভিক্ষ বিষয়ে আগেই অনুমান করা যায় বা পূর্বাভাস পাওয়া যায়।
24	**Early initiation of breastfeeding –** Breastfeeding within one hour of birth.	**বুকের দুধ শুরু :** জন্মের এক ঘণ্টার মধ্যে শিশুকে মায়ের দুধ খাওয়ানো।
25	**Emergency school feeding –** Food distribution at schools provided as a cooked meal or a supplement in school or as a take-home ration. It aims to relieve short term hunger and improve school attendance and performance.	**জরুরি স্কুল খাদ্য কর্মসূচি :** স্কুলে এই খাবার দেওয়া হয়। রান্না করে এই খাবার দেওয়া হতে পারে। তৈরি খাবারও দেওয়া হতে পারে। এই খাবার বাড়িতেও নেওয়া যায়। এর লক্ষ্য হলো স্বল্পকালীন সময়ে ক্ষুধা নিবারণ। এর উদ্দেশ্য স্কুলে উপস্থিতির হার বাড়ানো এবং স্কুলে শিশুদের লেখাপড়ায় ভালো করানো।
26	**Enrichment –** Also known as 'fortification', this is the process of adding micronutrients, or restoring those lost during processing, to food products.	**সমৃদ্ধকরণ :** এটি 'fortification' নামেও পরিচিত। এর মাধ্যমে খাদ্যে অনুপুষ্টি সংযুক্ত করা হয়, যা খাদ্য প্রক্রিয়াজাতকরণের সময় নষ্ট হয়। উদাহরণ হিসেবে বলা যায়, গমের

	Examples include the enrichment of wheat flour with vitamin B1, niacin and iron.	আটায় ভিটামিন 'বি১', নিয়াসিন এবং আয়রন যুক্তকরণ।
27	**Exclusive breastfeeding —** An infant receives only breast milk and no other liquids or solids, not even water, with the exception of oral rehydration salts (ORS) or drops or syrups consisting of vitamins, mineral supplements or medicines. Exclusive breastfeeding for infants aged 0-6 months.	**শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো :** শূন্য থেকে ছয় মাস বয়সী শিশুকে শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো। এ পর্যায়ে কোনো ধরনের তরল বা শক্ত খাবার এমনকি পানি, স্যালাইন বা ভিটামিন বা মিনারেল-সমৃদ্ধ সিরাপেরও প্রয়োজন পড়ে না।
28	**Exclusive Breastfeeding Rate (EBR)—** Percentage of infants less than 6 months old who receive only breastmilk, and no other solids or liquids including water (usually based on 24-hour dietary recall), with the exception of vitamin or mineral supplements and medicines. The rate is calculated as follows: # of infants 0–<6 months exclusively breastfed x 100	**শুধু মায়ের দুধ খাওয়া শিশুর হার :** শুধু মায়ের দুধ খাওয়া শূন্য থেকে ছয় মাস বয়সী শিশুর হার।
29	**Facility-based care for SAM -** refers to the management of SAM with or without medical complications in inpatient care until weight recovery is achieved. Before the development of CMAM or in the absence of the CMAM approach, children with SAM	**স্যাম (মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি)-এর জন্য সেবাকেন্দ্রভিত্তিক যত্ন :** স্যাম (মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি)-এর জন্য সেবাকেন্দ্রভিত্তিক যত্ন বলতে বোঝায় মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির শিকার ব্যক্তির শারীরিক পরিস্থিতি জটিল হলে বা না হলে যতক্ষণ পর্যন্ত তার ওজন না বাড়ে ততক্ষণ হাসপাতালে রেখে চিকিৎসাসেবা দেওয়া।

	were exclusively managed as inpatients receiving medical treatment and nutrition rehabilitation until weight recovery is achieved.	
30	**Famine —** Famine is a highly technical term, to be used under very specific circumstances. Different definitions of famine exist as there are different classifications that are used to measure levels of food insecurity and that set cut-off limits for determining different phases of food security. These classifications typically use indicators such as anthropometrics and mortality. One example is the Famine Magnitude scale of Howe and Devereux which classifies the magnitude of famines: food secure, food insecure, food crisis, famine, severe famine, and extreme famine based on livelihood measures and measurements of mortality and child malnutrition to categorize a situation. Using this scale, famine conditions are defined as crude mortality rate >=1 but < 5/10,000/day, and/or Wasting > =20 per cent but < 40 per cent, and/or prevalence of oedema. Another example is the Integrated Food Security and	**দুর্ভিক্ষ :** এটি একটি উচ্চ পর্যায়ের কারিগরি শব্দ, খুবই সুনির্দিষ্ট পরিস্থিতিতে এটি ব্যবহার করা হয়। খাদ্যনিরাপত্তাহীনতার ভিন্ন ভিন্ন পর্যায় পরিমাপের কারণে এর সংজ্ঞাও নানা রকম হয়। খাদ্যনিরাপত্তা, খাদ্যনিরাপত্তাহীনতা, খাদ্যসংকট, দুর্ভিক্ষ, মারাত্মক দুর্ভিক্ষ—এসব ব্যবহৃত হয় জীবনমান পরিমাপ এবং শিশু-অপুষ্টি ও মৃত্যু-পরিস্থিতি ব্যাখ্যা করার জন্য। দুর্ভিক্ষ পরিমাপের জন্য নানা মানদণ্ড ব্যবহার করা হয়।

	Humanitarian Phase Classification (IPC) system, which classifies phases into generally food secure, moderately/borderline food insecure, acute food and livelihood crisis, humanitarian crisis and famine/human catastrophe. Here a famine/human catastrophe is classified by the key reference outcomes: crude mortality rate > 2/10,000/day; acute malnutrition > 30 per cent; disease pandemic; food access/availability extreme entitlement gap, much below 2,100 kilocalories per person per day; water access/availability. < 4 litres/ person/day; destitution/ displacement: large scale, concentrated; civil insecurity widespread: high intensity conflict; livelihood assets: effectively complete loss.	
31	**Follow-on/follow-up formula** — Breast milk substitute formulated for infants aged 6 months or older.	**ফলো-অন/আপ ফর্মুলা :** ছয় মাস বা তার বেশি বয়সী শিশুর জন্য মায়ের দুধের বিকল্প শিশুখাদ্য।
32	**Food fortification —** The addition of micronutrients to a food during or after processing to amounts greater than were present in the original food product. This is also known as 'enrichment'.	**খাদ্য সমৃদ্ধকরণ :** খাদ্য প্রক্রিয়াজাতকরণের আগে বা পরে এতে খাদ্যে বিদ্যমান অনুপুষ্টি-উপাদানের সঙ্গে অতিরিক্ত অনুপুষ্টি-উপাদান যুক্ত করা। এটি 'enrichment' নামেও পরিচিত।

33	**Food security —** Access by all people at all times to sufficient, safe and nutritious food needed for a healthy and active life. (1996 World Food Summit definition).	**খাদ্যনিরাপত্তা :** সব সময়ের জন্য সব মানুষের স্বাস্থ্যসম্মত ও কর্মক্ষম জীবনের প্রয়োজনে পর্যাপ্ত, নিরাপদ ও পুষ্টিসমৃদ্ধ খাদ্যের নিশ্চয়তা (১৯৯৬ সালে বিশ্ব খাদ্য সম্মেলনের সংজ্ঞা)।
34	**Food taboos —** Foods that are not eaten for cultural or religious reasons.	**ফুড ট্যাবু :** সাংস্কৃতিক বা ধর্মীয় কারণে নিষিদ্ধ খাদ্য।
35	**Formula 75 (75 kcal/100ml) (F-75)** - is the milk-based diet recommended by WHO for the stabilization of children with SAM in inpatient care.	**ফর্মুলা ৭৫ (৭৫ কিলো ক্যালোরি/ ১০০ এমএল) (এফ-৭৫)** হচ্ছে হাসপাতালে রেখে চিকিৎসাসেবার মাধ্যমে তীব্র অপুষ্টিতে আক্রান্ত শিশুদের সুস্থতার জন্য ডব্লিউএইচও (বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা) কর্তৃক সুপারিশকৃত দুগ্ধজাত খাবার।
36	**Formula 100 (100 kcal/ 100ml) (F-100)-** F100 is a 'catch-up' milk used during the rehabilitation phase (Phase 2) of severe acute malnutrition. This therapeutic milks come in powder form and are reconstituted. They also contain fats, sugar, micronutrients and other nutrients. F-100 must be given under medical supervision.	**ফর্মুলা ১০০(১০০ কিলো ক্যালোরি/ ১০০এমএল) (এফ-১০০)** মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির পূর্ণবাসন পর্যায়ে এফ-১০০ ব্যবহার করা হয়। এই গুড়োদুধে স্নেহ পদার্থ, চিনি, অনুপুষ্টি-উপাদান এবং অন্যান্য পুষ্টি-উপাদান থাকে। এফ-১০০ এর ব্যবহার হয় চিকিৎসকের পরামর্শে বা চিকিৎসা ব্যবস্থার আওতায়।
37	**Fortificant —** Vitamins and minerals added to fortify foods.	**সমৃদ্ধকারক :** খাদ্য সমৃদ্ধকরণে ব্যবহৃত ভিটামিন ও খনিজ।
38	**Fortified-blended food (FBF)** - is a fortified blend of partially precooked cereals (wheat, corn, rice, and/or soy) fortified with	**এফবিএফ (ফরটিফাইড ব্লেন্ডেড ফুড):** আংশিক রান্না করা শস্যদানা (গম, ভুট্টা, চাল, সয়া) যা ভিটামানি ও খনিজ ব্যবহার করে সমৃদ্ধ করা হয়।

	vitamins and minerals. FBF may contain pulses, oil seeds, vegetable oil, milk powder, or whey protein concentrate. FBF is usually mixed with water and cooked as porridge. Examples of FBFs are corn-soy blend (CSB), now available as Supercereal (formerly CSB+) for children over 24 months old and adults, and Supercereal Plus (previously CSB++) for children 6-24 months old.	এফবিএফ-এ ডাল, তেলবীজ, উদ্ভিজ্জ তেল, গুড়া দুধ এবং ঘোলজাত আমিষ থাকে। এটা পানিতে গুলে পুডিংয়ের মতো করে রান্না করা হয়।
39	**General food distribution or general food ration —** Distribution of a combination of food commodities to an emergency-affected population.	**খাদ্য বিতরণ বা রেশন :** জরুরি অবস্থায় আক্রান্ত জনগোষ্ঠীকে বিভিন্ন ধরনের খাদ্যসামগ্রী বিতরণ।
40	**Global acute malnutrition (GAM) —** The total number of children aged between 6 and 59 months in a given population who have moderate acute malnutrition, plus those who have severe acute malnutrition. (The word 'global' has no geographic meaning.) When GAM is equal to or greater than 15 per cent of the population, then the nutrition situation is defined as 'critical' by the World Health Organization (WHO). In emergency situations, the nutritional status of children between 6 and 59 months old is also used as a proxy to assess the health of the whole population.	**বৈশ্বিক তীব্র অপুষ্টি :** নির্দিষ্ট জনগোষ্ঠীর মধ্যে মাঝারি তীব্র অপুষ্টি ও মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির শিকার শিশুর ৬ থেকে ৫৯ মাস বয়সী মোট সংখ্যা (এখানে বৈশ্বয়িক শব্দটির কোনো ভৌগোলিক ব্যাখ্যা নেই)। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার মতে, বৈশ্বিক তীব্র অপুষ্টি মোট জনসংখ্যার ১৫ শতাংশ বা তার বেশি হলে পুষ্টির অবস্থাকে 'সংকটাপন্ন' হিসেবে সংজ্ঞায়িত করা হয়। জরুরি অবস্থায় সমগ্র জনসংখ্যার স্বাস্থ্য-পরিস্থিতি মূল্যায়নে ৬ থেকে ৫৯ মাস বয়সী শিশুদের পুষ্টিগত অবস্থা যাচাই করা হয়।

41	**Goitre** – Swelling of the thyroid gland in the neck caused by iodine deficiency.	**গলগণ্ড :** এটি একটি রোগ। আয়রনের অভাবে থায়রয়েড গ্রন্থি ফুলে যায়।
42	**Growth monitoring and promotion** – Individual-level assessment where the growth of infants and young children are monitored over time in order to identify and address growth faltering and growth failure.	**বৃদ্ধি পর্যবেক্ষণ :** শিশুর বৃদ্ধি বাধাগ্রস্ত বা ত্রুটিপূর্ণ হচ্ছে কি না তা চিহ্নিত করার জন্য নির্দিষ্ট সময় অন্তর ব্যক্তি পর্যায়ে মূল্যায়ন।
43	**Height-for-age** - A measure of linear growth. A child who is below minus two standard deviations (-2 SD) from the median of the WHO reference population in terms of height-for-age is considered short for his/her age, or stunted, a condition reflecting the cumulative effect of chronic malnutrition. If the child is below minus three standard deviations (-3 SD) from the reference median, then the child is considered to be severely stunted. A child between -2 SD and -3 SD is considered to be moderately stunted.	**বয়স অনুযায়ী উচ্চতা:** শিশুর উচ্চতা বৃদ্ধির পরিমাপ। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার শিশুর বয়সের তুলনায় গড় মান উচ্চতার চেয়ে শিশুর উচ্চতা দুই মানমাত্রা কম হলে তাকে খর্বকায় বলা হয়। দীর্ঘদিন অপুষ্টির ফল এই খর্বতা। বয়সের তুলনায় গড় মান উচ্চতার চেয়ে শিশুর উচ্চতা তিন মানমাত্রা কম হলে তাকে তীব্রভাবে খর্বকায় বলা হয়। দুই ও তিন মানমাত্রার মাঝামাঝি উচ্চতা কম হলে তাকে মাঝারি খর্বকায় বলা হয়।
44	**High-energy peanut butter paste** – A common ready-to-use therapeutic food (RUTF or RUF) which is a high protein and high-energy peanut-based paste that tastes slightly sweeter than peanut butter. It requires no water for preparation or refrigeration and has a two-year	**উচ্চ শক্তিসমৃদ্ধ বাদাম-মাখনের মিশ্রণ :** এটি তৈরি থেরাপিউটিক খাদ্য (আরইউটিএফ বা আরইউএফ)। এতে উচ্চ মাত্রায় প্রোটিন ও শক্তি থাকে। এটি একটু বেশি মিষ্টি স্বাদযুক্ত। প্রস্তুত করার জন্য পানির প্রয়োজন হয় না। রেফ্রিজারেটরে রাখার প্রয়োজন হয়

	shelf life, making it easy to deploy in difficult conditions to treat severe acute malnutrition. It is distributed under medical supervision, predominantly to parents of malnourished children whose nutritional status has been assessed by a doctor or a nutritionist. *(Communications note: Plumpy'nut is one well-known brand of RUTF but the Supply Division notes that we should not use that brand name when talking about RUTFs because it would be to the detriment of other brands, resulting in a less competitive market for RUTFs. It is better to just say high-energy peanut butter paste).*	না। তুলনামূলকভাবে অনেক দিন ভালো থাকে। চিকিৎসাসেবার নজরদারির আওতায় এটা ব্যবহার করা হয়।
45	**Home-modified animal milk** – A breast milk substitute for infants up to 6 months old prepared at home from fresh or processed animal milk, suitably diluted with water and with the addition of sugar and micronutrients.	**ঘরে বদলানো পশুর দুধ :** ছয় মাসের বেশি বয়সী শিশুদের জন্য মায়ের দুধের বিকল্প হিসেবে ঘরে প্রক্রিয়াজাতকৃত পশুর দুধ যা প্রয়োজনীয় পানি, চিনি ও অনুপুষ্টি-উপাদান মিশিয়ে তৈরি করা হয়।
46	**Home-based care** – Care and/or nutrition interventions given to individuals in their homes.	**গৃহভিত্তিক সেবা :** ব্যক্তিকে নিজ ঘরে প্রদত্ত সেবা বা পুষ্টিসেবার উদ্যোগ।
47	**Infant and young child feeding (IYCF)** – Term used to describe the feeding of infants	**আইওয়াইসিএফ :** ১২ মাসের কম বয়সী এবং ১২-২৩ মাস বয়সী শিশুর নিয়মসিদ্ধ খাওয়ানোর বিধান

	(less than 12 months old) and young children (12–23 months old). IYCF programmes focus on the protection, promotion and support of exclusive breastfeeding for the first six months, on timely introduction of complementary feeding and on continued breastfeeding for two years or beyond. Issues of policy and legislation around the regulation of the marketing of infant formula and other breast milk substitutes are also addressed by these programmes.	ও চর্চাই হচ্ছে আইওয়াইসিএফ। আইওয়াইসিএফ কর্মসূচির আওতায় থাকে : ছয় মাস পর্যন্ত শিশুকে শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো, ঠিক সময়ে পরিপূরক খাদ্য খাওয়ানো শুরু এবং ২৩ মাস পর্যন্ত মায়ের দুধ খাওয়ানো চালিয়ে যাওয়া এবং এই ব্যবস্থাকে সুরক্ষা দেওয়ার পাশাপাশি একে উৎসাহ দেওয়া ও পরিস্থিতির উন্নতি করা। এই কর্মসূচির মাধ্যমে বাণিজ্যিক খাবার এবং মাতৃদুগ্ধ বিকল্পের আইনকানুন বাস্তবায়ন পরিস্থিতিও পর্যবেক্ষণ করা হয়।
48	**Infant feeding in emergencies** – Infant and young child feeding in emergencies is concerned with protecting and supporting optimal infant and young child feeding for children under the age of 2 years in emergency situations. This includes protection and support for early, exclusive and continued breastfeeding, reducing the risks of artificial feeding for non-breastfed infants, and appropriate, timely and safe complementary feeding. Infants who are not breastfed and who are particularly at risk in emergency settings also need protection and support.	**জরুরি অবস্থায় শিশুখাদ্য :** জরুরি অবস্থায় থাকা দুই বছরের কম বয়সী শিশুদের সুরক্ষায় তাদের খাদ্যের ব্যাপারে বিশেষ সতর্কতা দরকার। এই পরিস্থিতিতে জন্মের পরই বুকের দুধ খাওয়ানো, ছয় মাস পর্যন্ত শুধু বুকের দুধ খাওয়ানো এবং কৃত্রিম খাবার থেকে শিশুকে দূরে রাখার বিষয়টিতে বিশেষ জোর দেওয়া হয়। জরুরি অবস্থায় থাকা যেসব শিশু বুকের দুধ পায় না বা যেসব শিশু ঝুঁকির মধ্যে আছে, সেসব শিশুর জন্য সুরক্ষা ও সহায়তা দরকার।

49	**Infant formula**— A breast milk substitute formulated industrially in accordance with applicable Codex Alimentarius standards. The Codex Alimentarius Commission was established in 1963 by the Food and Agriculture Organization (FAO) and WHO to protect the health of consumers and to ensure fair practices in the international food trade.	**কৃত্রিম শিশুখাদ্য :** মায়ের দুধের বিকল্প হিসেবে কারখানায় তৈরি খাবার, যা কোডেক্স এলিমেন্টারিয়াস মানদণ্ড অনুসরণ করে তৈরি হয় বলে ধরে নেওয়া হয়। ১৯৬৩ সালে ফাও ও বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা কোডেক্স এলিমেন্টারিয়াস কমিশন গঠন করে। এর উদ্দেশ্য ছিল ভোক্তার স্বাস্থ্য সুরক্ষা করা এবং আন্তর্জাতিক খাদ্য বাণিজ্যে ন্যায্যতার চর্চা নিশ্চিত করা।
50	**Infant feeding equipment** — Bottles, teats, syringes and baby cups with or without lids and/or spouts.	**শিশু খাদ্য সরঞ্জাম :** বোতল, সিরিঞ্জ, শিশু পেয়ালা (নল ও ঢাকনাসহ অথবা ঢাকনা ছাড়া)।
51	**Infant Mortality Rate (IMR)**: Probability of dying between birth and exactly one year of age expressed per 1,000 live births.	**ইনফ্যান্ট মর্টালিটি রেট বা আইএমআর :** প্রতি এক হাজার জীবিত জন্মে শূন্য থেকে ঠিক এক বছর বয়সী শিশুর মৃত্যুহার।
52	**Iodine deficiency disorders** — A range of abnormalities which result from iodine deficiency, including reduction of IQ (on average a 10 to15 per cent reduction), goitre and cretinism.	**আয়োডিনের ঘাটতিজনিত রোগ :** আয়োডিনের অভাবে সৃষ্ট বিভিন্ন ধরনের অস্বাভাবিকতা। আইকিউ হ্রাস (গড়পড়তা ১০-১৫ শতাংশ হ্রাস পায়), গলগণ্ড ও ক্রিটিনিজম আয়োডিনের অভাবে হয়।
53	**Kwashiorkor** — Clinical form of acute malnutrition resulting from protein-energy deficiency characterized by oedema (swelling). Children with kwashiorkor typically have bilateral pitting oedema,	**কোয়াশিয়রকর :** আমিষ ও শক্তির অভাবের কারণে সৃষ্ট তীব্র অপুষ্টিজনিত রোগ। এতে শরীরের স্নেহ পদার্থ ও টিস্যু কমে যায়। এতে শরীর ফুলে যায়।

	reduced fat and muscle tissue, skin lesions (dermatosis) and frequent skin infections, and appear apathetic and lethargic.	
54	**Low birthweight —** A birthweight of less than 2,500 grams. An infant that is born weighing less than this has a higher risk of mortality.	**কম জন্ম-ওজন :** জন্মের সময় ওজন ২৫০০ গ্রামের চেয়ে কম হওয়া ।
55	**Macronutrients —** Fat, protein and carbohydrates that are needed for a wide range of body functions and processes.	**বৃহৎ পুষ্টি-উপাদান :** শরীরের বিভিন্ন ধরনের কর্মকাণ্ড ও প্রক্রিয়া পরিচালনার জন্য প্রয়োজনীয় স্নেহ পদার্থ, আমিষ ও শ্বেতসার।
56	**Malnutrition —** A broad term commonly used as an alternative to 'undernutrition', but which technically also refers to overnutrition. People are malnourished if their diet does not provide adequate nutrients for growth and maintenance or if they are unable to fully utilize the food they eat due to illness (undernutrition). They are also malnourished if they consume too many calories (overnutrition).	**অপুষ্টি :** এর অর্থ ব্যাপক। মূলত পুষ্টির অভাবকেই বোঝায়। কারিগরি দিক থেকে অতিপুষ্টিকেও অপুষ্টি বলে। বৃদ্ধি ও স্বাস্থ্য ঠিক রাখার জন্য খাবার থেকে পর্যাপ্ত পরিমাণে পুষ্টি-উপাদান না পেলে অথবা অসুস্থতার কারণে খাবার থেকে পুষ্টি-উপাদান গ্রহণ করতে না পারলে মানুষ অপুষ্টির শিকার হয়। প্রয়োজনের বেশি পরিমাণে ক্যালরি গ্রহণ করলে মানুষ অতিপুষ্টির শিকার হয়।
57	**Marasmus —** Clinical form of acute malnutrition characterized by severe weight loss or wasting. Marasmic children are extremely thin and typically have grossly reduced fat and muscle and thin flaccid skin, and are irritable.	**মারাসমাস :** তীব্র অপুষ্টির ধরন। এতে ওজন মারাত্মকভাবে কমে যায়। শিশুরা শীর্ণ হয়ে পড়ে।

58	**Maternal Death**—Maternal death is the death of a woman while pregnant or within 42 days of termination of pregnancy, irrespective of the duration and site of the pregnancy, from any cause related to or aggravated by the pregnancy or its management but not from accidental or incidental causes.	**মাতৃমৃত্যু :** গর্ভধারণকালে অথবা গর্ভধারণ শেষ হওয়ার পরবর্তী ৪২ দিনের মধ্যে নারীর মৃত্যুই মাতৃমৃত্যু।
59	**Maternal Mortality Ratio (MMR)**—Number of women who die during pregnancy and childbirth, per 100,000 live births. Complications during pregnancy and childbirth are a leading cause of death and disability among women of reproductive age in developing countries. The maternal mortality ratio represents the risk associated with each pregnancy. It is also a MDG indicator.	**মাতৃমৃত্যু হার (এমএমআর) :** প্রতি লাখ জীবিত জন্মে যতজন মায়ের মৃত্যু হয়।
60	**Micronutrients**—Essential vitamins and minerals required by the body in miniscule amounts throughout the life cycle.	**অনুপুষ্টি-উপাদান :** শরীরের জন্য অত্যাবশ্যকীয় ভিটামিন এবং খনিজ পদার্থ। এগুলো খুব কম পরিমাণে দরকার হয়, তবে সারা জীবন দরকার হয়।
61	**Micronutrient Deficiencies**—Micronutrient deficiencies are a consequence of reduced or excess micronutrient intake and/or absorption in the body. The most common forms of	**অনুপুষ্টি-উপাদান ঘাটতি :** অনুপুষ্টি-উপাদান ঘাটতি দেখা দেয় খাদ্যে এর অভাব থাকলে অথবা খাদ্য থেকে শরীরের গ্রহণ করার ক্ষমতা কম থাকলে। ঘাটতি সাধারণত

	micronutrient deficiencies are related to iron, vitamin A and iodine deficiency.	আয়রন, ভিটামিন 'এ' এবং আয়োডিনের ক্ষেত্রেই হয়।
62	**Micronutrient deficiency diseases —** When certain micronutrients are severely deficient owing to insufficient dietary intake, insufficient absorption and/or suboptimal utilization of vitamins or minerals, specific clinical signs and symptoms may develop. Scurvy, beriberi and pellagra are classic examples of nutritional diseases.	**অনুপুষ্টি-উপাদান ঘাটতিজনিত রোগ :** খাদ্যে দীর্ঘদিন কোনো একটি বা একাধিক অনুপুষ্টি-উপাদান না থাকলে বা শরীর দীর্ঘদিন খাদ্য থেকে তা গ্রহণ করতে না পারলে রোগের সুনির্দিষ্ট লক্ষণ ও উপসর্গ দেখা দেয়। স্কার্ভি, বেরিবেরি এগুলো অপুষ্টিজনিত রোগ।
63	**Micronutrient malnutrition —** Suboptimal nutritional status caused by a lack of intake, absorption or utilization of one or more vitamins or minerals. Excessive intake of some micronutrients may also result in adverse effects.	**অনুপুষ্টি-উপাদানজনিত অপুষ্টি :** ভিটামিন ও খনিজের স্বল্পতা থাকলে অথবা তা গ্রহণে বা ব্যবহারে অক্ষমতা হলে পুষ্টিসাধন সঠিকভাবে হয় না। কিছু অনুপুষ্টি-উপাদান অতিরিক্ত গ্রহণ করলেও বিরূপ প্রতিক্রিয়া দেখা দিতে পারে।
64	**Mid-upper-arm circumference** —The circumference of the mid-upper arm is measured on a straight left arm (in right-handed people) midway between the tip of the shoulder (acromion) and the tip of the elbow (olecranon). It measures acute malnutrition or wasting in children aged 6–59 months. The mid-upper-arm circumference (MUAC) tape is a plastic strip, marked with	**মধ্য-উর্ধ্ববাহুর পরিধি :** ঘাড় ও কনুইয়ের ঠিক মাঝের বাহুর পরিধি পরিমাপ করা হয়। এর মাধ্যমে ৬ থেকে ৫৯ মাস বয়সী শিশুর তীব্র অপুষ্টি বা ওয়াস্টিং নির্ণয় করা হয়।

	measurements in millimetres. MUAC < 115mm indicates 9 that the child is severely malnourished; MUAC < 125mm indicates that the child is moderately malnourished.	
65	**Mid-Upper Arm Circumference (MUAC) Indicator**—Low MUAC is an indicator for wasting, used for a child that is 6 to 59 months old. MUAC < 110 mm indicates severe wasting or SAM. MUAC 110 mm and < 125 mm indicates moderate wasting or MAM. MUAC cutoffs are being debated; for example, new suggestions could be MUAC < 115 mm for SAM and 115 and <125 for MAM. MUAC is a better indicator of mortality risk associated with acute malnutrition than weight for hight.	**মধ্য-উর্ধ্ববাহুর পরিধি নির্ণায়ক :** ৬ থেকে ৫৯ মাস বয়সী শিশুর মধ্যবাহুর পরিধি ১১০ মিলিমিটারের কম হলে তা মারাত্মক ওয়াস্টিং বা স্যাম, ১১০-এর বেশি কিন্তু ১২৫ মিলিমিটারের কম হলে মাঝারি ওয়াস্টিং বা ম্যাম বোঝায়। এ নিয়ে কিছু বিতর্কও আছে।
66	**Moderate acute malnutrition**—MAM, or moderate wasting, is defined as weight-for-height between minus two and minus three standard deviations from the median weight-for-height for the standard reference population.	**মাঝারি তীব্র অপুষ্টি :** নির্দিষ্ট জনগোষ্ঠীর গড় উচ্চতার তুলনায় ওজনের চেয়ে ব্যক্তির উচ্চতার তুলনায় ওজন দুই থেকে তিন মান কম হলে তা মাঝারি তীব্র অপুষ্টি।
67	**Multiple micronutrient powder** — Comes in a little sachet to sprinkle on food which contains most of the micronutrients needed. Proposed for children	**একাধিক অনুপুষ্টি-উপাদানমিশ্রিত পাউডার :** এটা এক ধরনের চূর্ণ। প্রয়োজন হয় এমন সব ধরনের অনুপুষ্টি-উপাদান এতে থাকে।

	aged 6–23 or 59 months to improve the quality of complementary food, or for pregnant mothers.	৬-২৩ মাস অথবা ৫৯ মাস বয়সী শিশুর পরিপূরক খাদ্য বা গর্ভবতী মায়েদের জন্য এর পরামর্শ দেওয়া হয়।
68	**Neonatal Mortality Rate (NMR) —** Neonatal mortality rate is the number of neonates dying before reaching 28 days of age, per 1,000 live births in a given year.	**নবজাতক মৃত্যুহার :** এক হাজার জীবিত জন্মে ২৮ দিনে পৌঁছানোর আগেই যত শিশুর মৃত্যু হয়।
69	**Night blindness —** Inability to see well in the dark or in a darkened room. An early sign of vitamin A deficiency.	**রাতকানা রোগ :** স্বল্প আলোতে বা অন্ধকার ঘরে দেখার ক্ষমতা নষ্ট হয়ে যাওয়া। ভিটামিন 'এ' অভাবের এটি একটি সতর্ক বার্তা।
70	**Nutritional index —** Different nutritional indices measure different aspects of growth failure (wasting, stunting and underweight) and thus have different uses. The main nutritional indices for children are weight-for-height, MUAC-for-age, sex and height, height-for-age, weight-for-age, all compared to values from a reference population. In emergency situations, weight-for-height (wasting) is commonly used for nutritional assessments.	**পুষ্টি-নির্দেশনা :** বৃদ্ধির ঘাটতি (খর্বতা, কৃশতা বা ওজনস্বল্পতা) পরিমাপের বিভিন্ন মানদণ্ড।
71	**Nutritional requirements —** The amount of energy, protein, fat and micronutrients needed for an individual to sustain a healthy life.	**পুষ্টিচাহিদা :** ব্যক্তির দীর্ঘস্থায়ী সুস্বাস্থ্যের জন্য যে পরিমাণ শক্তি উপাদান, আমিষ, স্নেহ পদার্থ এবং অনুপুষ্টি-উপাদানের প্রয়োজন হয়।

72	**Nutritional screening —** Individual-level assessment where each person is measured in order to identify and refer those needing further check-ups or such services as supplementary or therapeutic feeding.	**পুষ্টি-যাচাই :** পরিপূরক বা থেরাপিউটিক খাবারের অথবা স্বাস্থ্য পরীক্ষার প্রয়োজন আছে কি না, তা ব্যক্তিপর্যায়ে মূল্যায়ন।
73	**Nutritional status —** The growth or micronutrient status of an individual.	**পুষ্টি-পরিস্থিতি :** ব্যক্তির বৃদ্ধি বা অনুপুষ্টি-উপাদান পরিস্থিতি।
74	**Nutrition surveillance —** The regular collection of nutrition information that is used for making decisions about actions or policies that will affect nutrition. In emergency situations, nutritional surveillance is part of early warning systems to measure changes in nutritional status of populations over time to mobilize appropriate preparation and/or response.	**পুষ্টি-নজরদারি :** কাজের ক্ষেত্রে বা নীতিগত সিদ্ধান্ত নিতে সহায়তা করে, পুষ্টিসংক্রান্ত এমন তথ্য নিয়মিত সংগ্রহ করা।
75	**Nutrition survey —** Survey to assess the severity, extent, distribution and determinants of malnutrition in a population. Nutrition surveys in emergencies assess the extent of undernutrition or estimate the numbers of children who might require supplementary and/or therapeutic feeding or other nutritional support.	**পুষ্টি-জরিপ :** একটি নির্দিষ্ট জনগোষ্ঠীর মধ্যে অপুষ্টির তীব্রতা, ব্যাপ্তি, নির্ধারক মূল্যায়নের জন্য পরিচালিত জরিপ।

76	**Obesity** - Obesity or excessive weight in women is a new problem.	**স্থূলতা :** স্বাভাবিকের চেয়ে দেহে অধিক মেদ জমা হওয়া ও ওজন বেড়ে যাওয়া। বেশি খাওয়া (বিশেষত শ্বেতসার জাতীয় খাবার) এবং কায়িক শ্রম না করার কারণে এটি হয়। এটি রোগ।
77	**Oedema** — Bilateral oedema (fluid retention on both sides of the body), caused by increased fluid retention in extracellular spaces, is a clinical sign of severe acute malnutrition. There are different clinical grades of oedema: mild, moderate and severe.	**ইডিম্যা :** শরীরের দুইপাশে তরল জমে যাওয়া। এটি মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির লক্ষণ।
78	**Pellagra** — Caused by niacin (Vitamin B3) deficiency, which affects the skin, gastrointestinal tract and nervous systems; sometimes called 'the 3 Ds': dermatitis, diarrhoea and dementia.	**পেল্যাগরা :** ভিটামিন 'বি৩'-এর অভাবে এই রোগ হয়। এর ফলে ত্বক, পরিপাকতন্ত্র এবং স্নায়ুতন্ত্র ক্ষতিগ্রস্ত হয়। একে অনেক সময় 'the 3 Ds' বলা হয় : চর্মরোগ (ডারমাটাইটিস), ডায়রিয়া এবং মানসিক দুর্বলতা (ডিমেনশিয়া)।
79	**Pre-term babies** — are born before the due date (babies that stay less than 37 weeks in the womb) and often weigh less.	**প্রি-টার্ম বেবি বা অকালিক শিশু:** নির্দিষ্ট সময়ের আগে জন্ম নেয়া শিশু। মায়ের গর্ভে ২৭ সপ্তাহ থাকার আগেই এই শিশুদের জন্ম হয়। এদের জন্ম ওজন কম হয়। এরা অপরিণত হয়েই জন্মায়।
80	**Public nutrition approach** — Broad population-based approach to address nutritional problems that explicitly recognizes the complex and	**গণপুষ্টি দৃষ্টিভঙ্গি ও উদ্যোগ :** পুষ্টিসমস্যা সমাধানের জন্য ব্যাপক গণ-অংশগ্রহণভিত্তিক উদ্যোগ। এতে অপুষ্টির জটিল ও একই সঙ্গে থাকা নানা কারণগুলোর স্বীকৃতি দেওয়া

	coexisting causes of malnutrition, the different types of interventions to address nutrition, which range from the individual to population level, as well as the broader social, political and economic factors that determine nutritional status.	হয়। সমাধানের জন্য বিভিন্ন উদ্যোগের কথা বলা হয়।
81	**Rapid nutrition assessment –** An assessment which is carried out quickly to establish whether there is a major nutrition problem and to identify immediate needs of the population. Screening individuals for inclusion in selective feeding programmes is also a form of rapid nutrition assessment.	**ত্বরিত পুষ্টি মূল্যায়ন :** একটি জনগোষ্ঠীর পুষ্টিসমস্যা এবং পুষ্টিচাহিদা জানার জন্য খুব অল্প সময়ে দ্রুততার সঙ্গে করা মূল্যায়ন জরিপ।
82	**Ration –** The ration or 'food basket' usually consists of a variety of basic food items (cereals, oil and pulses) and, possibly, additional foods known as complementary foods (meat or fish, vegetables and fruit, fortified cereal blends, sugar, condiments) that enhance nutritional adequacy and palatability.	**রেশন বা খাদ্য বরাদ্দ :** রেশনে বিভিন্ন ধরনের মূল খাদ্য (শস্যদানা, তেল ও ডাল) থাকে। তার সঙ্গে সম্ভব হলে পরিপূরক খাদ্যও (মাছ বা মাংস, সবজি ও ফল, চিনি ইত্যাদি) দেওয়া হয়।
83	**Ready-to-use infant formula–** A type of breast milk substitute that is nutritionally balanced and packed in a form that is ready to use for infants who do not have the option of being breastfed.	**তৈরি শিশুখাদ্য :** এটি মায়ের দুধের বিকল্প খাদ্য, যা সঠিক পুষ্টিসম্পন্ন ও প্যাকেটজাত। যেসব শিশুর মায়ের দুধ খাওয়ার সুযোগ নেই তাদের জন্য এটি তৈরি অবস্থায় থাকে।

84	**Ready-to-eat meals —** A type of emergency ration that is a nutritionally balanced, ready-to-eat and complete food. They generally come in two forms: as compressed, vacuum-packed bars or as tablets.	**তৈরি খাবার :** জরুরি অবস্থায় ব্যবহৃত রেশন, যা পূর্বপ্রস্তুতকৃত, সঠিক পুষ্টিমানসম্পন্ন এবং পরিপূর্ণ খাবার। এটি মূলত দুই ধরনের হয়ে থাকে : বায়ুশূন্য প্যাকেটজাত অথবা ট্যাবলেট।
85	**Ready-to-use supplementary foods —** Ready-to-use supplementary foods (RUSFs) are also called medium-quantity lipid-based nutrient supplements (LNS) because they are given in smaller amounts than ready-to-use therapeutic foods (RUTFs). Most RUSFs contain oil, dried skim milk, peanuts, sugar, vitamin mineral premix, and maltodextrin. Brands of RUSF include Plumpy-Doz (in tubs containing a weekly ration) and Plumpy'Sup (in 1-day sachets).	**তৈরি পরিপূরক খাদ্য :** এটি মাঝারি মাত্রার চর্বিওয়ালা পুষ্টি-উপাদানযুক্ত পরিপূরক খাদ্য। এটা আরইউটিএফ-এর তুলনায় কম পরিমাণে দেওয়া হয়। অধিকাংশ তৈরি পরিপূরক খাদ্যে তেল, দুধের সর, বাদাম, চিনিসহ ভিটামিন ও খনিজ মিশানো থাকে। সপ্তাহের বা দিনের প্যাকেট হিসেবে পাওয়া যায়।
86	**Ready-to-use therapeutic foods —** RUTF is an energy-dense, mineral- and vitamin-enriched food specifically designed to treat SAM. RUTF has a similar nutrient composition to F100. RUTF is soft, crushable food that can be consumed easily by children from the age of 6 months without adding water. Unlike F100, RUTF is not water-based, meaning that bacteria cannot grow in it and that it can be used	**আরইউটিএফ:** এটি তৈরি খাবার, তবে অপুষ্টির চিকিৎসায় ব্যবহার করা হয়। এতে শক্তির পরিমাণ বেশি থাকে এবং একই সঙ্গে ভিটামিন ও খনিজ সমৃদ্ধ। এর পুষ্টি-উপাদানের বিন্যাস এফ-১০০ এর মতো। আরইউটিএফ নরম ও গলিত, ছয় মাসের শিশু পানি ছাড়াই খেতে পারে। ব্যবহারের আগে এটি আলাদা করে তৈরি করার প্রয়োজন পড়ে না।

	safely at home without refrigeration and in areas where hygiene conditions are not optimal. It does not require preparation before consumption. Plumpy'Nut is an example of a commonly known lipid-based RUTF.	
87	**Rehabilitation phase —** The third phase of treatment for complicated severe acute malnutrition or initial treatment for uncomplicated severe acute malnutrition. It aims to promote rapid weight gain and to help the individual regain strength through regular feeds of high-nutrient and energy dense foods and is ideally implemented as outpatient treatment.	**পুনর্বাসন ধাপ :** জটিল মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির চিকিৎসার তৃতীয় ধাপ অথবা জটিলতাহীন মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির চিকিৎসার প্রথম ধাপ। এর উদ্দেশ্য দ্রুত ব্যক্তির ওজন ও শক্তি বৃদ্ধি করা।
88	**Re-lactation —** Induced lactation (breastfeeding) in someone who has previously lactated.	**পুনরায় স্তন্যদান :** এক পর্যায়ে কিছু মা শিশুকে বুকের দুধ খাওয়ানো বন্ধ করে দেয়। বোঝানোর পর বা তাদের সহায়তা দিলে তারা আবার শিশুকে দুধ খাওয়ানো শুরু করে।
89	**Replacement feeding —** For infants who are not being breastfed, the provision of a nutritionally adequate diet until the age at which they can be fully fed on family foods.	**বিকল্প খাদ্য :** যেসব শিশু বুকের দুধ খায় না এবং পারিবারিক খাবার খাওয়ার বয়সও হয়নি, এসব শিশুর জন্য পর্যাপ্ত পুষ্টিগুণসম্পন্ন খাবার।
90	**Resomal —** Oral rehydration solution for children with severe acute malnutrition.	**রেসোমাল :** মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির শিকার শিশুর জন্য খাবার স্যালাইন।

91	**Rickets —** Caused by vitamin D deficiency, rickets affects bone development; severe cases result in bowing of the legs.	**রিকেট :** ভিটামিন 'ডি'-এর অভাবজনিত রোগ। রিকেট হাড় বৃদ্ধি বাধাগ্রস্ত করে। রিকেটের সবচেয়ে ক্ষতিকর পর্যায় হলো পা বেঁকে যাওয়া।
92	**Scurvy —** Caused by vitamin C deficiency; typical signs of scurvy include swollen and bleeding gums and the slow healing of wounds or reopening of old wounds.	**স্কার্ভি :** ভিটামিন 'সি'-এর অভাবে স্কার্ভি রোগ হয়। এর সর্বোচ্চ ক্ষতিকর পর্যায় হলো দাঁতের মাড়ি ফুলে ওঠা এবং রক্ত বের হওয়া। এ ধরনের ক্ষত অনেক ধীর গতিতে নিরাময় হয় এবং বারবার ক্ষত সৃষ্টি হতে থাকে।
93	**School feeding —** Provision of meals or snacks to schoolchildren to improve nutrition and promote school attendance.	**স্কুল খাদ্য কর্মসূচি :** স্কুলে উপস্থিতির হার বৃদ্ধি এবং স্কুল-শিক্ষার্থীদের পুষ্টি বৃদ্ধির জন্য খাবার বা নাশতার আয়োজন।
94	**Seasonality —** Seasonal variation of various factors – such as disease, sources of food and the agricultural cycle – that affect nutritional status.	**মৌসুমি প্রভাব :** ঋতুগত বৈচিত্র্যের কারণে বিভিন্ন নিয়ামকের পরিবর্তন, যা পুষ্টি-পরিস্থিতিকে প্রভাবিত করে, যেমন : রোগের প্রকোপ, খাদ্যের উৎস এবং কৃষিচক্র।
95	**Selective feeding programmes —** Supplementary feeding or therapeutic care programmes.	**বাছাইকৃত খাদ্য কর্মসূচি :** পরিপূরক খাদ্য অথবা therapeutic সেবা কর্মসূচি।
96	**Sentinel site —** Selected community or service delivery site, used to detect changes in context, programme or outcome variable. Communities or areas are selected for a number of reasons, such as vulnerability to food insecurity in times of stress. Sentinel sites can range	**পর্যবেক্ষণ এলাকা :** নির্বাচিত কমিউনিটি বা সেবা দান এলাকা। পরিপ্রেক্ষিত, কর্মসূচি বা ফলাফল সূচকে পরিবর্তন বোঝার জন্য এসব কমিউনিটি বা এলাকা বেছে নেওয়া হয়। এ রকম বেছে নেওয়ার নানা কারণ থাকে। যেমন, দুর্যোগকালে সেখানে খাদ্যনিরাপত্তাহীনতা কোন

	from health centres to villages to districts.	মাত্রায় পৌছায়। এটি একটি স্বাস্থ্যকেন্দ্র হতে পারে, গ্রাম হতে পারে বা জেলা হতে পারে।
97	**Severe acute malnutrition —** A result of recent (short-term) and severe deficiency of protein, energy, and minerals and vitamins leading to loss of body fats and muscle tissues. SAM is defined by the presence of bilateral pitting edema or severe wasting (MUAC < 110 mm [cutoff being debated] or a WFH < -3 z-score [WHO standards] or WFH < 70% of the median [NCHS references]). A child with SAM is highly vulnerable and has a high mortality risk. SAM can also be used as a population-based indicator defined by the presence of bilateral pitting edema or severe wasting.	**মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি :** হঠাৎ করে অল্প সময়ের মধ্যে আমিষ, শক্তি এবং ভিটামিন ও খনিজের ঘাটতি দেখা দিলে দেহে চর্বি ও পেশী টিস্যু কমে যায়। এটাই মারাত্মক তীব্র অপুষ্টি বা সিভিয়ার একুইট ম্যালনিউট্রিশন বা স্যাম। মধ্য বাহুর পরিধি ও উচ্চতা অনুযায়ী ওজন পরিমাপের করে স্যাম সম্পর্কে নিশ্চিত হতে হয়। মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির শিকার শিশু রোগে আক্রান্ত হয় বেশি এবং এদের মৃত্যু ঝুঁকিও বেশি। জনগোষ্ঠীর পুষ্টি পরিস্থিতি পরিমাপে স্যাম ইন্ডিকেটর হিসেবে ব্যবহৃত হয়।
98	**Severe wasting —** Severe wasting is a sign of SAM. It is defined by a MUAC < 110 mm (cutoff being debated) or a WFH < -3 z-score (WHO standards) or WFH < 70% of the median (NCHS references). Severe wasting is also called marasmus. The child with severe wasting has lost fat and muscle and appears very thin (e.g., signs of "old man face" or "baggy pants" [folds of skin over the buttocks]).	**মারাত্মক কৃশতা :** মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির চিহ্ন হচ্ছে মারাত্মক কৃশতা। একে শিশুর দেহ ক্ষয়ে যাওয়া বা ম্যারাসমাসও বলা হয়। এতে শিশুর দেহে চর্বি থাকে না, পেশী থাকে না। শিশু অত্যন্ত ক্ষীণকায় হয়ে পড়ে। মুখে বয়স্ক মানুষের ছাপ আসে, চামড়া ঝুলে যায়।

99	**Sphere Project or Sphere Standards—**The Sphere Project Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response is a voluntary effort to improve the quality of assistance provided to people affected by disaster and to enhance the accountability of the humanitarian agencies in disaster response. Sphere has established Minimum Standards in Disaster Response (often referred to as Sphere Standards) and indicators to describe the level of disaster assistance to which all people have a right. www.sphereproject.org	**স্পেয়ার প্রকল্প বা স্পেয়ার স্ট্যান্ডার্ডস :** দুর্যোগকবলিত মানুষের সহায়তা-সেবার মান বৃদ্ধির একটি স্বেচ্ছাসেবী উদ্যোগ। দুর্যোগে মানবিক সহায়তা দানকারী সংস্থাগুলোর জবাবদিহি বাড়ানোর চেষ্টাও এদের আছে। দুর্যোগে ন্যূনতম সেবার মানও এরা নির্ধারণ করে।
100	**Stabilization centre —**Inpatient care facility established for the treatment of severe acute malnutrition with complications.	**স্থিতিকেন্দ্র :** জটিল ও মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির শিকার ব্যক্তির চিকিৎসার জন্য স্থাপিত স্বাস্থ্যকেন্দ্র।
101	**Stabilization phase —** The initial phase of inpatient treatment for complicated severe acute malnutrition. It is intended to stabilize and readjust the patient's metabolism 12 through the use of special foods (F-75) and medical treatment and allows for close monitoring of the patient and for urgent therapy if complications develop. It is also known as 'Phase I' or the 'initiation phase'	**স্থিতি ধাপ :** জটিল ও মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির শিকার ব্যক্তির চিকিৎসার প্রাথমিক ধাপ। বিশেষ খাদ্য (এফ-৭৫) ও চিকিৎসার মাধ্যমে রোগীকে স্থিতিশীল করে তোলা হয়। রোগীকে নিবিড়ভাবে পর্যবেক্ষণ করা হয় এবং জটিলতা দেখা দিলে জরুরি থেরাপি দেওয়া হয়।

102	**Stunting —** Technically defined as below minus 2 standard deviations from median height-for-age of a reference population. See Chronic malnutrition.	**খর্বতা :** বয়সের তুলনায় উচ্চতা কম। নির্দিষ্ট জনগোষ্ঠীর বয়সের তুলনায় গড় উচ্চতার চেয়ে ব্যক্তির উচ্চতা ২ মান কম হলে সে খর্বকায়।
103	**Supplementary feeding programme —** There are two types of supplementary feeding programmes. Blanket supplementary feeding programmes target a food supplement to all members of a specified at-risk group, regardless of whether they have moderate acute malnutrition or not. Targeted supplementary feeding programmes provide nutritional support to individuals with moderate acute malnutrition. To be effective, targeted supplementary feeding programmes should always be implemented when there is sufficient food supply or an adequate general ration for the general population, while blanket supplementary feeding programmes are often implemented when general food distribution for the household has yet to be established or is inadequate for the level of food security in the population. The supplementary ration is meant to be additional to, and not a substitute for, the general ration.	**পরিপূরক খাদ্য কর্মসূচি :** দুই ধরনের পরিপূরক খাদ্য কর্মসূচি আছে। ব্লাঙ্কেট বা সামগ্রিক পরিপূরক খাদ্য কর্মসূচির আওতায় ঝুঁকিতে থাকা জনগোষ্ঠীর সব সদস্যকে উদ্দেশ্য করে একই খাবার দেওয়া হয়, কে মাঝারি তীব্র অপুষ্টির শিকার তা বিচার করা হয় না। উদ্দেশ্যপূর্ণ পরিপূরক খাদ্য কর্মসূচিতে মাঝারি তীব্র অপুষ্টির শিকার ব্যক্তিকে প্রয়োজনীয় পুষ্টিসহায়তা দেওয়া হয়। উদ্দেশ্যপূর্ণ পরিপূরক খাদ্য কর্মসূচি পরিচালিত হয় খাদ্য সরবরাহের নিশ্চয়তা থাকা সাপেক্ষে।

104	**Supplementary suckling —** A technique used to induce lactation by providing therapeutic milk to the infant while he or she is suckling. When suckling, the child gets therapeutic milk from a tube attached to the mother's nipple. Suckling stimulates breastmilk production, which eventually replaces therapeutic milk.	**পরিপূরক দুধপান :** মায়ের দুধপানে উৎসাহিত করার জন্য বিশেষ ধরনের কৌশল। এই কৌশল প্রয়োগের সময় পুষ্টিসমৃদ্ধ বিকল্প দুধ শিশুকে দেওয়া হয়। এ সময় মায়ের স্তনের বোঁটায় নল লাগিয়ে দেওয়া হয়। এই ভাবে দুধ খাওয়ার সময় এক পর্যায়ে মায়ের স্তনেও দুধ আসে।
105	**Supplementation (micronutrient)—** Provision of micronutrients via a tablet, capsule, syrup or powder.	**পরিপূরণ (অনুপুষ্টি-উপাদান) :** ট্যাবলেট, ক্যাপসুল, সিরাপ অথবা পাউডারের মাধ্যমে অনুপুষ্টি-উপাদান দেওয়া।
106	**Therapeutic care —** Feeding and medical treatment to rehabilitate severely acutely malnourished children.	**থেরাপিউটিক সেবা :** মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির শিকার শিশুদের পুনর্বাসনের লক্ষ্যে পরিচালিত খাদ্য ও চিকিৎসাসেবা।
107	**Therapeutic feeding programme—** A programme that admits and treats severe acute malnutrition either at the health facility level or on an outpatient basis.	**থেরাপিউটিক খাদ্য কর্মসূচি :** এ কর্মসূচির আওতায় মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির শিকার রোগীকে হাসপাতালে ভর্তি করে অথবা বহির্বিভাগে চিকিৎসাসেবা দেওয়া হয়।
108	**Therapeutic milks —** Milk-based products supplemented by fats, sugar, micronutrients and other nutrients used in the treatment of severe acute malnutrition. Examples include F-75 and F-100, although other brands and local-based therapeutic milks exist.	**থেরাপিউটিক দুধ :** এটি দুগ্ধজাত পণ্য। এতে স্নেহ পদার্থ, চিনি, অনুপুষ্টি-উপাদান এবং অন্যান্য পুষ্টি উপাদান থাকে। মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির চিকিৎসায় ব্যবহৃত হয়। উদাহরণ : এফ-৭৫ এবং এফ-১০০।

109	**Therapeutic paste —** A generic term referring to lipid-based products used in the treatment of severe acute malnutrition.	**থেরাপিউটিক পেস্ট :** চর্বিভিত্তিক পণ্য। মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির চিকিৎসায় ব্যবহৃত হয়।
110	**Transition phase —** Second phase of inpatient treatment for complicated severe acute malnutrition. It is intended to adapt progressively to the large amounts of food and nutrients that will be offered in the rehabilitation phase (outpatient or inpatient), and to monitor the patient.	**ক্রান্তিকালীন ধাপ :** স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ভর্তি জটিল মারাত্মক তীব্র অপুষ্টির শিকার ব্যক্তির চিকিৎসার দ্বিতীয় ধাপ। এই পর্যায়ে রোগীকে পর্যায়ক্রমে প্রচুর পরিমাণে খাদ্য ও পুষ্টি-উপাদান দেওয়া হয়। এরকম করা হয় পুনর্বাসন পর্যায়ে খাপ খাইয়ে নেওয়ায় সুবিধার জন্য।
111	**Undernutrition—** occurs when the body does not get the right amount and type of nutrients it requires to maintain health. In children, undernutrition is manifested by a child being short compared to healthy children of the same age and sex (a condition known as chronic malnutrition or stunting), low weight for his or her height (known as acute malnutrition or wasting), or low weight for his or her age (known as underweight).	**কমপুষ্টি বা অপুষ্টি :** স্বাস্থ্যবান থাকার জন্য দেহ চাহিদা মতো ও বৈচিত্র্যপূর্ণ পুষ্টি-উপাদান না পেলে অপুষ্টি বা কমপুষ্টি দেখা দেয়। শিশুর মধ্যে অপুষ্টি ফুটে ওঠে যখন একই বয়সের শিশুর তুলনায় তার উচ্চতা কম হয় (দীর্ঘস্থায়ী অপুষ্টি), বা উচ্চতা অনুযায়ী ওজন কম হয় (কৃশতা), বা বয়স অনুযায়ী ওজন কম হয় (ওজন স্বল্পতা)।
112	**Underweight—** Also known as weight-for-age. Underweight is a composite form of undernutrition including elements of stunting and wasting and is defined by a weight-for-age (WFA) z-score	**স্বল্পওজন:** বয়স অনুযায়ী ওজন কম পরিস্থিতি। খর্বতা ও কৃশতা মিলে এই পরিস্থিতি হয়, যদিও বয়সের অনুপাতে ওজন কত তা পরিমাপ করা হয়। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার শিশুর বয়সের তুলনায় গড় মান ওজনের

	below 2 SDs of the median (WHO standards). This indicator is commonly used in growth monitoring and promotion (GMP) and child health and nutrition programs aimed at the prevention and treatment of undernutrition.	চেয়ে শিশুর ওজন দুই মানমাত্রা কম হলে তাকে স্বল্পওজন বলা হয়। এই সূচক শিশুর বৃদ্ধি পরিমাপে ব্যবহার করা হয়।
113	**Under 5 Mortality Rate (U5MR)—** Probability of dying between birth and exactly five years of age expressed per 1,000 live births.	**পাঁচ বছরের কম বয়সীদের মৃত্যুহার :** ১ হাজার জীবিত জন্মে শূন্য থেকে পাঁচ বছর বয়সী শিশুদের মৃত্যুর সম্ভাবনা এর মাধ্যমে প্রকাশ করা হয়।
114	**Wasting —** Technically defined as below minus 2 standard deviations from median weight-for-height of a reference population.	**ওয়াস্টিং :** নির্দিষ্ট জনগোষ্ঠীর গড় উচ্চতার তুলনায় ওজনের থেকে ব্যক্তির উচ্চতার তুলনায় ওজন ২ মান কম হলেই তা ওয়াস্টিং।
115	**Weight-for-age —** A composite index of weight-for-height and height-for-age, and thus does not distinguish between acute malnutrition (wasting) and chronic malnutrition (stunting). A child can be underweight for his age because he is stunted, because he is wasted or both. Weight-for-age is a good overall indicator of a population's nutritional health.	**বয়স অনুযায়ী ওজন:** উচ্চতা অনুযায়ী ওজন এবং বয়স অনুযায়ী উচ্চতা এই দুই সূচকের মিলিত রূপ হচ্ছে বয়স অনুযায়ী ওজন। এক্ষেত্রে তীব্র অপুষ্টি (কৃশতা) ও দীর্ঘস্থায়ী অপুষ্টি (খর্বতা) এই দুইয়ের মধ্যে পার্থক্য থাকে না। একটি শিশু বয়সের তুলনায় স্বল্পওজনের হতে পারে কারণ সে খর্বকায়, কারণ সে কৃশকায় অথবা একসঙ্গে দুটোই। একটি জনগোষ্ঠীর সার্বিক পুষ্টি পরিস্থিতি বোঝার জন্য এটি একটি ভালো সূচক।
116	**Weight-for-height—** Describes current nutritional status. A child who is below minus two standard deviations (-2 SD)	**উচ্চতা অনুযায়ী ওজন:** উচ্চতা অনুযায়ী ওজন চলমান পুষ্টি পরিস্থিতি নির্দেশ করে। গড় মানের চেয়ে কোনো শিশুর উচ্চতার তুলনায় ওজন

	from the reference median for weight-for-height is considered to be too thin for his/her height, or wasted, a condition reflecting acute or recent nutritional deficit. As with stunting, wasting is considered severe if the child is below minus three standard deviations (-3 SD) below the reference mean. Severe wasting is closely linked to mortality risk.	দুই মানমাত্রা কম হলে তাকে খুবই শীর্ণকায় বলা হবে। সে কৃশতার শিকার। এর পেছনে থাকে সম্প্রতিক অপুষ্টি। গড় মানের চেয়ে শিশুর উচ্চতার তুলনায় ওজন তিন মানমাত্রা কম হলে তাকে মারাত্মক কৃশতা বলা হয়। এর সঙ্গে মৃত্যু ঝুঁকি বৃদ্ধির সম্পর্ক আছে।
117	**'Wet' feeding —** Food aid provided in the form of a cooked ration to be consumed on site.	**ওয়েট ফিডিং :** খাদ্যসহায়তা। রেশন আকারে দেওয়া রান্না করা খাবার। যেখানে দেওয়া হয় সেখানেই খাওয়া হয়।
118	**Wet nursing —** Breastfeeding by a woman of a baby that is not her own.	**ওয়েট নার্সিং :** মহিলা কর্তৃক শিশুকে বুকের দুধ খাওয়ানো, যে শিশু তার নিজের নয়।
119	**Xerophthalmia —** 'Dry eyes' which can be caused by vitamin A deficiency. Other eye signs of vitamin A deficiency related to the eyes include night blindness, Bitot's spots and corneal ulceration.	**জেরোফথালমিয়া :** ভিটামিন 'এ'-র অভাবে চোখ শুষ্ক হয়ে যাওয়া রোগ।
120	**Z-scores —** The WHO Global Database on Child Growth and Malnutrition uses a Z-score system to express the anthropometric value as a number of standard deviations (or Z-scores) below or above the reference mean or median value. WHO uses a cut-off	**জেড-স্কোরস :** শিশুর শারীরিক বৃদ্ধি (উচ্চতা, ওজন, মধ্যবাহুর পরিধি) ও অপুষ্টিসংক্রান্ত বৈশ্বিক ডাটাবেজ। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা এই ডাটাবেজ তৈরি করে।

	point of <-2 standard deviations (SD) to classify low weight-for-age, low height-for-age and low weight-for-height as moderate and severe undernutrition, and <-3 SD to define severe undernutrition. The cut-off point of >+2 SD classifies high weight-for-height as overweight in children.	

অধ্যায় ৬-এ ব্যবহৃত শব্দসংক্ষেপ

আইওয়াইসিএফ : ইনফ্যান্ট অ্যান্ড ইয়াং চাইল্ড ফিডিং

বিসিসি : বিহেবিয়ার চেঞ্জ কমিউনিকেশন

জিএমপি : গ্রোথ মনিটরিং অ্যান্ড প্রমোশন

সিএমএএম : কমিউনিটি বেসড ম্যানেজমেন্ট অব একিউট ম্যালনিউট্রিশন

এসএএম : সিভিয়ার একিউট ম্যালনিউট্রিশন

সিএইচসিপি : কমিউনিটি হেলথ কেয়ার প্রোভাইডার

সিবিএইচসি : কমিউনিটি বেসড হেলথ কেয়ার (ওপি)

এমএনসিএএইচ : মেটারনাল, নিওনেটাল, চাইল্ড অ্যান্ড অ্যাডোলেসেন্ট হেলথ (ওপি)

এমসিআরএএইচ : মেটারনাল, চাইল্ড, রিপ্রোডাক্টিভ অ্যান্ড অ্যাডোলেসেন্ট হেলথ (ওপি)

এইচএসএম : হসপিটাল সার্ভিসেস ম্যানেজমেন্ট

যোগাযোগের ঠিকানা

সরকারি

স্বাস্থ্য অধিদপ্তর
মহাখালী, ঢাকা-১২১২,
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৮৮১৬৪৫৯
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮৮১৩৮৭৫
ই-মেইল : info@dghs.gov.bd
ওয়েব : www.dghs.gov.bd

ঔষধ প্রশাসন অধিদপ্তর
১০৫-১০৬, মতিঝিল বাণিজ্যিক এলাকা, ঢাকা-১০০০
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৫৫৬১২৬
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৫৬৮১৬৬
ই-মেইল : drugs@citech.net
ওয়েব : www.dgda.gov.bd

জনস্বাস্থ্য প্রকৌশল অধিদপ্তর
ডিপিএইচই ভবন, ১৪, শহীদ ক্যাপ্টেন মনসুর আলী সরণি, কাকরাইল, ঢাকা-১০০০
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৩৪৩৩৫৮
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৩৪৩৩৭৫
ওয়েব : www.dphe.gov.bd

পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর
৬ কারওয়ান বাজার, ঢাকা-১২১৫
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৬৭৫৩০১, ৯১১৯৫৬৮, ৯১১৯৪৬৩, ৯১১৯৫৭২, ৯১৪২৬৪২, ৯১২১৭৯৩, ৯১৪৬১২৮
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯১২৪৫২৩, ৮১২৮৫৭৭
ওয়েব : www.dgfpmis.org

স্বাস্থ্য প্রকৌশল অধিদপ্তর
স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রনালয়
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৭১৬৯৩১৩
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৭১৬৯৩১২
ই-মেইল : info@hed.gov.bd
ওয়েব : www.hed.gov.bd

পুষ্টি ও খাদ্য বিজ্ঞান ইনস্টিটিউট
ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়, ঢাকা-১২১২
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৬৬১৯০০ এক্স- ৮৪০০/৮৪০৯
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮৬১৫৫৮৩
ওয়েব : www.du.ac.bd/department/common/institute_home.php?bodyid_INF

জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান
মহাখালী, ঢাকা-১২১২
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৮৮২১৩৬১
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৮৯৮৬৭১
ওয়েব : www.iphn.gov.bd

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
বাংলাদেশ সচিবালয়, ঢাকা
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৫৫৯২১৬
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৫৫৯২১৬
ই-মেইল : sasadmin2@mohfw.gov.bd
ওয়েব : www.mohfw.gov.bd

জাতীয় জনসংখ্যা গবেষণা ও প্রশিক্ষণ ইনস্টিটিউট
আজিমপুর, ঢাকা
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৮৮২১৩৬১, ৯৮৯৯৪১৪, ৮৬১৫২৫১
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৮৯৮৬৭১, ৮৬১৩৩৬২
ওয়েব : www.niport.gov.bd

আন্তর্জাতিক সংস্থা

এলাইভ এ্যান্ড থ্রাইভ

এফএইচআই৩৬০

১৮২৫ কানেকটিকাট এভিনিউ, নিউইয়র্ক, ওয়াশিংটন, ডিসি, ২০০০৯
টেলিফোন : ২০২ ৮৮৪-৮০০০
ফ্যাক্স : ২০২ ৪৬৪-৩৯৬৬
ই-মেইল : aliveandthrive@fhi360.org
ওয়েব : www.aliveandthrive.org

কেয়ার বাংলাদেশ

মিশন ম্যানেজমেন্ট অফিস (এমএমও)
প্রগতি ইন্স্যুরেন্স ভবন (৯-১৩ তলা), ২০-২১, কারওয়ান বাজার, ঢাকা-১২১৫
ফোন : (এমএমও): +৮৮ ০২ ৯১৪০৪৯২
ফোন : +৮৮ ০২ ৯১১২৩১৫, ৯১১৯২৯৪, ৯১১১৫০৮
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮১১৪১৮৩
ই-মেইল : info@bd.care.org
ওয়েব : www.carebangladesh.org

কনসার্ন ওয়ার্ল্ড ওয়াইড

বাড়ি-১৫ এসডব্লিউ (ডি), রোড-৭, গুলশান-১, ঢাকা
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৮৮১৬৯২৩, ৮৮১৮০০৯, ৮৮১১৪৬৯
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮৮১৭৫১৭
ওয়েব : www.concern.net

জাতিসংঘ খাদ্য ও কৃষি সংস্থা

বাড়ি-৩৭, রোড-৮, ধানমন্ডি আবাসিক এলাকা, ঢাকা-১২০৫
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৮৮৩১৪১৫, ৮১১৮০১৫
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮১১৩৪৪৬
ই-মেইল : FAO-BD@fao.org
ওয়েব : www.fao.org

ফুড অ্যান্ড নিউট্রিশন টেকনিক্যাল অ্যাসিসট্যান্স প্রজেক্ট

১৮২৫ কানেকটিকাট এভিনিউ, নিউইয়র্ক, ওয়াশিংটন, ডিসি, ২০০০৯
টেলিফোন : ১+২০২-৮৮৪-৮০০০
ফ্যাক্স : ১+২০২-৮৮৪-৮৪৩২
ই-মেইল : fantamail@fhi360.org
ওয়েব : www.fantaproject.org

হেলেন কেলার ইন্টারন্যাশনাল

বাড়ি-১০এফ, রোড-৮২, গুলশান-২, ঢাকা
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৮৮৬৯৫৮, ৯৮৫৩৯১৯, ৮৮২৩০৫৫
ফ্যাক্স : ৯৮৫৫৮৬৭
ওয়েব : www.hki.org

আন্তর্জাতিক উদরাময় গবেষণা কেন্দ্র, বাংলাদেশ (আইসিডিডিআর,বি)

৬৮ শহীদ তাজউদ্দীন আহমদ সরণি, মহাখালী, ঢাকা-১২১২
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৮২৭০০১-১০
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৮২৭০০১-১০
ওয়েব : www.icddrb.org

ইন্টারন্যাশনাল ফুড পলিসি রিসার্চ ইনস্টিটিউট

বাড়ি-১০এ, রোড-৩৫, গুলশান-২, ঢাকা-১২১২
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৮৯৮৬৮৬, ৯৮৯ ৩৪৩৪
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৮৯৬৭৬০
ই-মেইল : a.ahmed@cgiar.org
ওয়েব : www.ifpri.org

পাথফাইন্ডার ইন্টারন্যাশনাল

বাংলাদেশ, কান্ট্রি অফিস
বাড়ি-১৫এ, রোড-৩৫, গুলশান-২, ঢাকা-১২১২
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯০০৫৭২৭
ওয়েব : www.pathfinder.org

রীচ

ডব্লিউএফপি, আইডিবি ভবন, ই/৮-এ, রোকেয়া সরণি
আগারগাঁও, শেরে-ই-বাংলা নগর, ঢাকা-১২০৭
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯১৮ ৩০২২
ই-মেইল : mary.manandhar@one.un.org

ওয়েব : www.reachpartnership.org

সেভ দি চিলড্রেন

বাড়ি-সিডব্লিউ (এ) ৩৫, রোড-৪৩, গুলশান-২, ঢাকা-১২১২
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৮৬১৬৯০
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৮৮৬৩৭২
ই-মেইল : michael.foley@savethechildren.org
ওয়েব : http://www.savethechildren.org/site/c.8rKLIXMGIpI4E
/b.6150521/k.1450/Bangladesh.htm

টেরে দে হোমস

বাড়ি-১৪১ (৫এ), রোড-৪, বনানী-এ, ঢাকা-১২১২
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৮৮৩৫১১৪
ই-মেইল : mariejeanne.hautbois@tdh.ch
ওয়েব : www.tdh.ch

ইউনিসেফ বাংলাদেশ

বিএসএল অফিস কমপ্লেক্স, (রূপসী বাংলা হোটেল এনেক্স)
১ মিন্টো রোড, ঢাকা
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৮৮৫২২৬৬
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৩৩৫৬৪১-২
ই-মেইল : dhaka@unicef.org
ওয়েব : www.unicef.org

বিশ্ব খাদ্য কর্মসূচি

আইডিবি ভবন (১৬ তলা), ই/৮-এ
রোকেয়া সরণি, শেরেবাংলা নগর, ঢাকা-১২০৭
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯১৮৩০২২ -২৫
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯১৮৩০২০
ওয়েব : www.wfp.org

বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা

জিপিও বক্স ২৫০, ঢাকা-১২১২
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৮৮৩১৪১৫
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮৮৩১৪২৩
ই-মেইল : registryban@searo.who.int
ওয়েব : www.who.int

ওর্য়াল্ড ফিস
বাড়ি-২২বি, রোড-৭, ব্লক-এফ, বনানী, ঢাকা
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৮৮১৩২৫০
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮৮১১১৫১
ওয়েব : www.worldfishcenter.org

অন্যান্য সংস্থা

বাংলাদেশ ব্রেস্ট ফিডিং ফাউন্ডেশন
কক্ষ নং : ১৯৭-২০০, জনস্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠান, মহাখালী, ঢাকা
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৮৬০৮০১, ৮৮৩১১৩৪
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮৮১৩২৯২
ই-মেইল : info@bbf-bd.org, breastfeeding.bd@gmail.com
ওয়েব : www.bbf-bd.org

বাংলাদেশ শিশু চিকিৎসক সমিতি
প্লট-৭/৩ সি, বড়বাগ, সেকশান-২ মিরপুর, ঢাকা-১২১৬
টেলিফোন : +৮৮০১৭১৩০০৩১১০
ই-মেইল : 2008.bpa@gmail.com, info@bpabd.org
ওয়েব : www.bpabd.org

ব্র্যাক বাংলাদেশ
ব্র্যাক সেন্টার, ৭৫ মহাখালী, ঢাকা
ফোন : +৮৮ ০২ ৯৮৮১২৬৫, ৮৮২৪১৮০-৭ এক্স : ৩১৫৫, ৩১৫৮, ৩১০৭, ৩১৬১
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮৮২৩৫৪২
ই-মেইল : info@brac.net
ওয়েব : www.brac.net

বাংলাদেশ সিভিল সোসাইটি নেটওয়ার্ক ফর প্রমোটিং নিউট্রিশন
হেনা নিবাস
৩/৬ আসাদ এভিনিউ মোহাম্মদপুর, ঢাকা
ওয়েব : www.bcsnpn.net

সিভিল সোসাইটি অ্যালায়েন্স ফর স্কেলিং আপ নিউট্রিশন, বাংলাদেশ

টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৮৮১২৬৫
ফ্যাক্স : +৮৮-০২-৮৮২৩৫৪২, ৮৮-০২-৮৮২৩৬২৪
ওয়েব : www.suncsa.org

ফুড সিকিউরিটি নিউট্রিশনাল সার্ভিলেন্স প্রজেক্ট

জেমস পি. গ্রান্ড স্কুল অব পাবলিক হেলথ (৫ম তলা, লেভেল-৬)
আইসিডিডিআরবি ভবন, ৬৮, শহীদ তাজউদ্দীন আহমদ সরণি, মহাখালী, ঢাকা-১২১২
ফোন : +৮৮ ০২ ৯৮২৭৫০১-৪ এক্স : ৬০২০, ৬০০৭
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮৮৩১৬৮৩
ওয়েব : www.fsnsp.net

অবসটেট্রিক্যাল অ্যান্ড গাইনোকোলজিক্যাল সোসাইটি অব বাংলাদেশ

১০/৭ ইকবাল রোড (নিচতলা), ব্লক-এ, মোহাম্মদপুর, ঢাকা-১২০৭
টেলিফোন : +৮৮ ০১১৯৯৪৮৬১৯৯, ৮৮ ০১৭১৮৮১০৭১৮
ই-মেইল : ogsb@agni.com
ওয়েব : www.ogsb.org

মাইক্রোনিউট্রিয়েন্ট ইনিশিয়েটিভ

অ্যাপার্টমেন্ট : বি-৩, বাড়ি-১৭, রোড-৪২, গুলশান-২, ঢাকা-১২১২
টেলিফোন : +৮৮ ০২ ৯৮৯৯৮৯৬
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৮৮১৫১৫৪
ওয়েব : www.micronutrient.org

স্যোসাল মার্কেটিং কোম্পানি

এসএমসি টাওয়ার, ৩৩, বনানী সি/এ, ঢাকা-১২১৩
ফোন : +৮৮ ০২ ৯৮২১০৭৪-৮০
ফ্যাক্স : +৮৮ ০২ ৯৮২১৫৮১, ৯৮২১৯৫৭
ই-মেইল : smc.corp@smc-bd.org
ওয়েব : www.smc-bd.org

অন্যান্য ওয়েব ঠিকানা (আন্তর্জাতিক সংস্থা)

বিল অ্যান্ড মিলিন্ডা গেটস ফাউন্ডেশন (গেইটস ফাউন্ডেশন)
www.gatesfoundation.org

কানাডিয়ান ইন্টারন্যাশনাল ডেভেলপমেন্ট এজেন্সি (সিআইডিএ)
www.acdi-cida.gc.ca/home

সেন্টার ফর ডিজিজ কন্ট্রোল অ্যান্ড প্রিভেনশন (সিডিসি)
www.cdc.gov

গেইন (গ্লোবাল অ্যালাইন্স ফর ইমপ্রুভমেন্ট নিউট্রিশান)
www.gainhealth.org

ইন্টারন্যাশনাল ফান্ড ফর অ্যাগ্রিকালচারাল ডেভেলপমেন্ট (ইএফএডি)
www.ifad.org

প্রোগ্রাম ফর অ্যাপ্রোপ্রিয়েট টেকনোলজি ইন হেলথ (পিএটিএইচ)
www.path.org

দি ওয়ার্ল্ড ব্যাংক
www.worldbank.org

ইউকে ডিপার্টমেন্ট ফর ইন্টারন্যাশনাল ডেভেলপমেন্ট (ডিএফআইডি)
www.dfid.gov.uk

ইউনাইটেড স্টেটস এজেন্সি ফর ইন্টারন্যাশনাল ডেভেলপমেন্ট (ইউএসএআইডি)
www.usaid.gov

ওয়ার্ল্ড ভিশন ইন্টারন্যাশনাল
www.wvi.org

তথ্যসূত্র

১. বাংলাদেশ ডেমোগ্রাফিক অ্যান্ড হেলথ্ সার্ভে ২০১১; জাতীয় জনসংখ্যা গবেষণা ও প্রশিক্ষণ ইনস্টিটিউট; ঢাকা; ২০১৩

২. বাংলাদেশ মাতৃমৃত্যু ও স্বাস্থ্য সেবা জরিপ ২০১০; জাতীয় জনসংখ্যা গবেষণা ও প্রশিক্ষণ ইনস্টিটিউট; ঢাকা; ২০১২

৩. জাতীয় অনুপুষ্টি-উপাদান পরিস্থিতি জরিপ ২০১১-১২; জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান; ঢাকা।

৪. পুষ্টি বিষয়ক প্রশিক্ষণ সহায়িকা; জাতীয় পুষ্টিসেবা; জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান; ঢাকা।

৫. আর্নল্ড ই. বেন্ডার ও ডেভিড এ. বেন্ডার; খাদ্য ও পুষ্টি অভিধান; অক্সফোর্ড ইউনিভার্সিটি প্রেস; অক্সফোর্ড; ১৯৯৫।

৬. বাংলাপিডিয়া বাংলাদেশ জাতীয় জ্ঞানকোষ; বাংলাদেশ এশিয়াটিক সোসাইটি; ঢাকা; ২০০৩।

৭. পুষ্টি শব্দকোষ, যোগাযোগের সূত্র; যোগাযোগ বিভাগ; ইউনিসেফ; ২০১২।

৮. সংবাদমাধ্যমের আধেয়-বিশ্লেষণ: ভিত্তি রেখা; এমআরডিআই; ২০১২।

৯. এমআরডিআই আয়োজিত পুষ্টি বিষয়ক কার্যকর রিপোর্টিং শীর্ষক প্রশিক্ষণে ব্যবহৃত প্রেজেন্টেশন, রোখসানা খন্দকার, চেয়ারপারসন, তান ফাউন্ডেশন।

রেজিস্টার্ড নং ডি এ-১

বাংলাদেশ গেজেট

অতিরিক্ত সংখ্যা

কর্তৃপক্ষ কর্তৃক প্রকাশিত

রবিবার, সেপ্টেম্বর ২২, ২০১৩

বাংলাদেশ জাতীয় সংসদ

ঢাকা, ২২ সেপ্টেম্বর, ২০১৩/০৭ আশ্বিন, ১৪২০

সংসদ কর্তৃক গৃহীত নিম্নলিখিত আইনটি ২২ সেপ্টেম্বর, ২০১৩ (০৭ আশ্বিন, ১৪২০) তারিখে রাষ্ট্রপতির সম্মতি লাভ করিয়াছে এবং এতদ্দ্বারা এই আইনটি সর্বসাধারণের অবগতির জন্য প্রকাশ করা যাইতেছেঃ—

২০১৩ সনের ৩৫ নং আইন

Breast-Milk Substitutes (Regulation of Marketing) ordinance, 1984 রহিত করিয়া সংশোধনসহ উহা পুনঃপ্রণয়নের উদ্দেশ্যে প্রণীত আইন;

যেহেতু Breast-Milk Substitutes (Regulation of Marketing) ordinance, 1984 (Ordinance No.XXXIII of 1984) রহিত করিয়া সংশোধনসহ উহা পুনঃপ্রণয়ন করা সমীচীন ও প্রয়োজনীয়;

সেহেতু এতদ্দ্বারা নিম্নরূপ আইন করা হইল :—

১। **সংক্ষিপ্ত শিরোনাম ও প্রবর্তন**।—(১) এই আইন মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য ও উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদি (বিপণন নিয়ন্ত্রণ) আইন, ২০১৩ নামে অভিহিত হইবে।

(২) ইহা অবিলম্বে কার্যকর হইবে।

২। **সংজ্ঞা**।—বিষয় বা প্রসঙ্গের পরিপন্থী কোন কিছু না থাকিলে, এই আইনে,—

(ক) "জাতীয় উপদেষ্টা কমিটি" অর্থ ধারা ৮ এর অধীনে গঠিত জাতীয় উপদেষ্টা কমিটি;

(খ) "ধারণপাত্র" অর্থ যে কোন বাক্স, বোতল, ঝুড়ি, টিন, কৌটা, ব্যারেল, আধার (case), পাত্র, টিউব, গ্লাস, মগ, বস্তা বা অন্য কোন সামগ্রী যাহাতে বিপণন, বিক্রয় বা বিতরণের জন্য মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য বা বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য ভরা, পোরা বা রাখা হয়;

(গ) "নির্ধারিত" অর্থ বিধি দ্বারা নির্ধারিত;

(ঘ) "পরিচালক" অর্থ জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠানের পরিচালক;

(ঙ) "প্রচার" অর্থ যে কোন ধরনের মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদি সংক্রান্ত পণ্য বিপণন, বিক্রয় বা বিতরণের জন্য উহার বিভিন্ন তথ্য আকর্ষণীয়ভাবে বিজ্ঞাপনের মাধ্যম প্রচার;

(চ) "ফৌজদারী কার্যবিধি" অর্থ Code of Criminal Procedure, 1898 (Act V of 1898);

(ছ) "মাতৃদুগ্ধ বিকল্প" অর্থ মায়ের দুধের, আংশিক বা পরিপূর্ণ, বিকল্প হিসেবে প্রস্তুতকৃত, বিপণনকৃত বা অন্য কোনভাবে উপস্থাপিত, শিশুর জন্মের পর হইতে ৬ (ছয়) মাস বয়স পর্যন্ত, শিশুর যে কোন খাদ্য;

(জ) "শিশু খাদ্য" অর্থ আংশিক বা পরিপূর্ণ, বিকল্প হিসেবে প্রস্তুতকৃত, বিপণনকৃত বা অন্য কোনভাবে উপস্থাপিত শিশুর পূর্ণ ৬ (ছয়) মাস বয়সের পর হইতে যে কোন খাদ্য;

(ঝ) "মোড়ক (label)" অর্থ, কোন ধারণপাত্রের গায়ে সংযুক্ত বা অন্য কোনভাবে লাগানো লিখিত, চিহ্নযুক্ত, সিলমোহরকৃত, মুদ্রিত, চিত্রিত বা নকশাকৃত কোন প্রদর্শনী;

(ঞ) "বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য" অর্থ জন্মের ৬ (ছয়) মাস বয়সের পর হইতে ৫ (পাঁচ) বৎসর বয়স পর্যন্ত বয়সের শিশুর প্রয়োজন অনুযায়ী সঠিক পুষ্টি সমৃদ্ধ বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত যে কোন ধরনের খাদ্য, উহা যে নামেই অভিহিত হউক না কেন;

যে কোন প্রকার প্রিন্ট বা ইলেকট্রনিক মিডিয়া, ই-মেইল, ইন্টারনেট বা অন্য কোন মাধ্যমে লিখিত, ছাপানো, শব্দ বা আলোর মাধ্যমে কোন ঘোষণা বা উপস্থাপনাও অন্তর্ভুক্ত হইবে;

(ঠ) "ব্যক্তি" অর্থে কোম্পানী, সমিতি, সংস্থা, ব্যক্তিসমষ্টি, সংবিধিবদ্ধ হউক বা না হউক, মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদির আমদানিকারক, উৎপাদনকারী, বিপণনকারী, বিক্রয়কারী বা বিতরণকারীও অন্তর্ভুক্ত হইবে;

(ড) "স্বাস্থ্যকর্মী" অর্থ এই আইনের উদ্দেশ্য পূরণকল্পে, শিশু, শিশুর মা বা গর্ভবতী কোন নারীর স্বাস্থ্য সেবায় নিয়োজিত কোন ব্যক্তি;

(ঢ) "স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্র" অর্থ শিশু, শিশুর মা বা গর্ভবতী কোন নারীর প্রত্যক্ষ বা পরোক্ষভাবে স্বাস্থ্য পরিচর্যার কাজে নিয়োজিত কোন সরকারি বা বেসরকারি প্রতিষ্ঠান বা সংস্থা বা ক্লিনিক বা কোন ব্যক্তিগত চিকিৎসা প্রদান কেন্দ্র এবং শিশু-দিবা-যত্ন কেন্দ্র; নার্সারী বা অন্য কোন শিশু-যত্ন সুবিধাও ইহার অন্তর্ভুক্ত হইবে।

৩। **আইনের প্রাধান্য।**—আপাততঃ বলবৎ অন্য কোন আইন বা আইনের মর্যাদা সম্পন্ন অন্য কোন আইনগত দলিলে ভিন্নতর যাহা কিছুই থাকুক না কেন, এই আইনের বিধানবলী প্রাধান্য পাইবে।

৪। **মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, ইত্যাদির বিষয়ে বিধি-নিষেধ।**—(১) কোন ব্যক্তি মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদির আমদানি, স্থানীয়ভাবে উৎপাদন, বিপণন, বিক্রয় বা বিতরণের উদ্দেশ্যে, কোন বিজ্ঞাপন মুদ্রণ, প্রদর্শন, প্রচার বা প্রকাশ করিবেন না বা অনুরূপ কোন কাজে নিজেকে নিয়োজিত করিবেন না।

(২) উপ-ধারা (১) এর সামগ্রিকতার আওতায়, বিশেষ করিয়া, অন্যান্য বিষয়ের মধ্যে, নিম্নবর্ণিত কর্মকাণ্ড পরিচালনা করা যাইবে না যথা:—

(ক) জনগণের, বিশেষতঃ স্বাস্থ্য, পুষ্টি বা শিক্ষা ক্ষেত্রের সহিত জড়িত কোন ব্যক্তি, ছাত্র-ছাত্রী বা তাহাদের পরিবারের কোন সদস্যর, নিকট এমন কোন লিফলেট, হ্যান্ডবিল বা অনুরূপ কোন দলিল বিতরণ করা যাহাতে মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদির বিজ্ঞাপন রহিয়াছে;

(খ) মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য

বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদির বিক্রয় উৎসাহিত বা প্রলুব্ধ করিবার লক্ষ্যে—

(অ) কোন ব্যক্তিকে উপহার সামগ্রী, ডিসকাউন্ট কুপন, মূল্যহ্রাস বা বিনামূল্যে কোন সামগ্রী প্রদান বা প্রদানের জন্য কোনরূপ প্রস্তাব করা;

(আ) উহার প্রস্তুতকারী কর্তৃক আয়োজিত বা তাহাদের সহায়তায় (Sponsor) কোন সেমিনার, কনফারেন্স, সিম্পোজিয়াম, কর্মশালা, প্রশিক্ষণ, বৈজ্ঞানিক সভা, শিক্ষা সফর বা আন্তর্জাতিক সম্মেলনে যোগদানসহ উচ্চ শিক্ষায় বা কোন গবেষণামূলক কর্মকাণ্ড অংশগ্রহণের জন্য কোন ব্যক্তি বা স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রের কোন কর্মকর্তা-কর্মচারী বা স্বাস্থ্যকর্মীকে কোনরূপ আর্থিক বা অন্য কোন সুবিধা প্রদান করা;

(ই) কোন স্বাস্থ্যকর্মী বা তাহার পরিবারের কোন সদস্যকে আর্থিক প্রলোভন বা অন্য কোন উপহার প্রদান করা;

(ঈ) কোন স্বাস্থ্য সেবা কেন্দ্রে বা ঔষধ বিক্রয় কেন্দ্র ব্যবহার করা;

(গ) শিশুদের জন্য কোন ধরনের প্রতিযোগিতা বা কোন অনুষ্ঠানের আয়োজন বা অন্য কোনরূপ সহায়তা প্রদান করা;

(ঘ) মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য ও বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য মাতৃদুগ্ধের বিকল্প, মাতৃদুগ্ধ অপেক্ষা উত্তম বা মাতৃদুগ্ধের সমকক্ষ এরূপ ধারণা দেওয়া বা বিশ্বাস সৃষ্টির উদ্দেশ্যে কোন কর্মসূচী পরিচালনা করা;

(ঙ) কোন গর্ভবতী মহিলা, মাতৃদুগ্ধদানকারী বা শিশুর মায়েদের সহিত সরাসরি যোগাযোগ করা বা কোন ধরনের প্রলোভনমূলক প্রস্তাব করা;

(চ) যেকোন পণ্যের বিশেষতঃ শিশু পণ্যের (যেমন, ডায়াপার, কাপড়, খেলনা, পুতুল, প্রসাধন সামগ্রী, টয়লেট্রিজ ইত্যাদি) প্রচারের সময় মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদির প্রচার সম্পর্কিত কোন ধরনের লিফলেট বা উপহার সামগ্রী বিতরণ করা;

(ছ) দুর্যোগ ব্যবস্থাপনা আইন, ২০১২ (২০১২ সনের ৩৪ নং আইন) এর ধারা ২ এর দফা (১১) তে সংজ্ঞায়িত দুর্যোগের কারণে ক্ষতিগ্রস্ত বা বিপদাপন্ন গর্ভবতী মহিলা, সদ্যপ্রসূত মহিলা, নবজাতক শিশু বা ৫ (পাঁচ) বৎসর বয়সের কোন শিশুকে সুরক্ষা বা উহাদের ঝুঁকি হ্রাস করিবার উদ্দেশ্যে কোন ব্যক্তি মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদি কোন প্রতিষ্ঠান বা আশ্রয়কেন্দ্রে দান বা বিতরণ করা;

(জ) নির্ধারিত অন্য কোন কর্মকাণ্ড করা।

৫। **মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, ইত্যাদি আমদানী, স্থানীয়ভাবে উৎপাদন, বিক্রয় ইত্যাদি সংক্রান্ত বিধান।**—এই আইনের অধীনে নিবন্ধন ব্যতীত কোন ব্যক্তি কোন প্রকার মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদি আমদানী, স্থানীয়ভাবে উৎপাদন, বিপণন, বিক্রয় বা বিতরণ করিতে পারিবেন না।

৬। **মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, ইত্যাদি ধারণপাত্র ও মোড়কে প্রদেয় তথ্যাদি।**—(১) আপাততঃ বলবৎ অন্য কোন আইনের বিধানাবলী ক্ষুণ্ন না করিয়া, কোন ব্যক্তি মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহার ব্যবহারের সরঞ্জামাদি বিপণন, বিক্রয় ও বিতরণ করিতে পারিবেন না, যদি না উহা প্রত্যেক ধারণপাত্রে ও উহার সহিত সংযুক্ত মোড়কে সুস্পষ্ট, সহজে দৃশ্যমান, পাঠযোগ্য, বোধগম্য, সহজবোধ্য বাংলায় ও উজ্জ্বল রংয়ের লেখা দ্বারা "গুরুত্বপূর্ণ তথ্যাদি" শিরোনামাধীন নিম্নবর্ণিত তথ্য ও বিবরণাদি মুদ্রিত বা উল্লিখিত থাকে, যথা।—

(ক) পণ্যের নামের অব্যবহিত নিম্নে যে আয়তনের অক্ষরে উহার নাম মুদ্রিত হয় ঠিক সেই আয়তনের "মায়ের দুধের বিকল্প বা উহার সমকক্ষ কিছুই নাই" শীর্ষক একটি বিবৃতি;

(খ) ব্যাচ নম্বর, নিবন্ধন নম্বর এবং প্রস্তুতের ও মেয়াদ উত্তীর্ণের তারিখ;

(গ) প্রযোজ্য ক্ষেত্রে, "মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য শিশুর পুষ্টির মূল উৎস নহে" বা "বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য শিশুর পুষ্টির মূল উৎস নহে" মর্মে একটি সর্তকবাণী;

(ঘ) ব্যবহৃত উপাদানসমূহ ও উহার বিশ্লেষণ;

(ঙ) সংরক্ষণ সংক্রান্ত নির্দেশনাবলী;

(চ) নির্ধারিত অন্য কোন বিবরণ।

(২) উপ-ধারা (১) এ উল্লেখিত কোন ধারণপাত্র বা মোড়কে—

(ক) কোন শিশু বা শিশুর মা বা উভয়ের অন্য কোনরূপ ছবি থাকিতে পারিবে না;

(খ) মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য ও বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্যকে সহজে চিনিবার উদ্দেশ্যে কোন চিত্রলেখ বা কার্টুন চিত্র ব্যবহার করা যাইবে না;

(গ) শিশুর জন্য উপযুক্ত বা ব্যবহারযোগ্য বা অনুরূপ কোন শব্দ মুদ্রণ করা

যাইবে না;

(ঘ) নির্ধারিত অন্য কোন বিবরণ মুদ্রণ বা ধারণ করা যাইবে না।

(৩) ধারণপাত্রের ভিত্তিতে মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, খাদ্য ও বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্যের ব্যবহার বিধি সংক্রান্ত একটা নির্দেশিকা থাকিতে হইবে যাহাতে নির্ধারিত বিবরণাদির সুস্পষ্ট উল্লেখ থাকিবে।

৭। **শিক্ষামূলক বা অন্যান্য তথ্যাদি**।—জন্ম-পূর্ববর্তী বা জন্ম-পরবর্তী সেবা দানের উদ্দেশ্যে কোন গর্ভবতী মহিলা বা মাতৃদুগ্ধদানকারী বা শিশুর মায়েদের সহিত যোগাযোগ স্থাপনের লক্ষ্যে লিখিত, দর্শনীয় বা শ্রবনীয় যে কোন শিক্ষামূলক বা তথ্যমূলক উপকরণে, অন্যান্য বিষয়ের মধ্যে, নিম্নবর্ণিত তথ্যাদি অন্তর্ভুক্ত হইবে—

(ক) মাতৃদুগ্ধের উপকারিতা এবং শ্রেষ্ঠত্ব সম্পর্কে ধারণা প্রদান;

(খ) যথাযথ পদ্ধতিতে মাতৃদুগ্ধ খাওয়ানো এবং উহার ধারাবাহিকতা বজায় রাখা;

(গ) জন্মের ১ (এক) ঘন্টার মধ্যে মায়ের শাল দুধ খাওয়ানো, পূর্ণ ৬ (ছয়) মাস বয়স পর্যন্ত শুধু মাতৃদুগ্ধ খাওয়ানো, ৬ (ছয়) মাস পর মাতৃদুগ্ধের পাশাপাশি ঘরে তৈরি খাবার খাওয়ানোর উপকারিতা, এবং শিশুর পূর্ণ ২ (দুই) বৎসর বয়স পর্যন্ত মাতৃদুগ্ধ খাওয়ানোর প্রতি গুরুত্ব প্রদান;

(ঘ) মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য ও বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য খাওয়ানোর জন্য ব্যবহৃত সরঞ্জামাদি (যেমন—বোতল, প্যাসিফায়ার, ইত্যাদি) নবজাতক শিশুর স্বাস্থ্যের জন্য কেন ক্ষতিকর সেই সংক্রান্ত তথ্য;

(ঙ) দেশীয় উপকরণ (যেমন—দেশীয়ভাবে উৎপাদিত ফলমূল, শাকসব্জি, মাছ, মাংস, দুধ, ডিম ইত্যাদি) দ্বারা পরিপূরক খাদ্য সহজেই বাড়িতে তৈরি করা সম্ভব এবং উক্ত খাদ্য শিশুকে খাওয়ানোর ব্যাপারে উৎসাহিত করা বিষয়ক তথ্য;

(চ) মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য ও বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য ব্যবহারের ফলে মা ও শিশুর স্বাস্থ্যের ক্ষতি, রাষ্ট্রের সুনাগরিক গড়ে তোলার অন্তরায়, সামাজিক ও আর্থিক ক্ষতি এবং উহার কুফল সম্পর্কিত তথ্য;

(ছ) শিশুকে মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য খাওয়ানো শুরু করার পর আবার মাতৃদুগ্ধ গ্রহণের অভ্যাসে ফেরত যাওয়ার অসুবিধাসমূহ;

(জ) নির্ধারিত অন্য কোন বিষয়।

৮। জাতীয় উপদেষ্টা কমিটি গঠন।—(১) এই আইনের উদ্দেশ্য পূরণকল্পে, জাতীয় উপদেষ্টা কমিটি নামে একটি কমিটি থাকিবে।

(২) একজন চেয়ারম্যানসহ ০৯ (নয়) সদস্যের সমন্বয়ে উক্ত কমিটি গঠিত হইবে।

(৩) কমিটির চেয়ারম্যান এবং সদস্যগণ ০৩ (তিন) বৎসর মেয়াদে এবং সরকার কর্তৃক নির্ধারিত শর্তে মনোনীত হইবেন।

(৪) কমিটির সভা ও অন্যান্য কার্যাদি নির্ধারিত পদ্ধতিতে অনুষ্ঠিত হইবে।

(৫) জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান উক্ত কমিটির কার্য-সম্পাদনে প্রয়োজনীয় সাচিবিক ও অন্যান্য সহায়তা প্রদান করিবে।

৯। কমিটির কার্যাবলী।— জাতীয় উপদেষ্টা কমিটির কার্যাবলী হইবে নিম্নরূপ যথা—

(ক) মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশুখাদ্য, বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদির জন্য প্রযোজ্য আন্তর্জাতিক বিপণন বিধি (International code of Marketing) ও তদ্‌সম্পর্কিত আন্তর্জাতিক মানদণ্ড সম্পর্কে সরকারের যথাযথ পর্যবেক্ষণ ও কার্যক্রম গ্রহণের জন্য পরামর্শ প্রদান;

(খ) এই আইনের উদ্দেশ্য পূরণকল্পে, সরকার কর্তৃক অর্পিত বা নির্দেশিত বা নির্দিষ্টকৃত অন্যান্য কার্য সম্পাদন; এবং

(গ) নির্ধারিত অন্য কোন কার্য-সম্পাদন।

১০। মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য, ইত্যাদির নিবন্ধন।—(১) এই আইনের উদ্দেশ্য পূরণকল্পে, পরিচালক মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য ও বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্যের নিবন্ধন প্রদান করিবে।

(২) উপ-ধারা (১) এর অধীন নিবন্ধন প্রাপ্তির জন্য আবেদন উক্ত উপ-ধারায় উল্লিখিত পরিচালকের নিকট, নির্ধারিত পদ্ধতিতে, ফরমে, শর্তে ও ফিস প্রদানক্রমে, দাখিল করিতে হইবে।

(৩) উপ-ধারা (২) এর অধীন দাখিলকৃত আবেদন, এই আইন ও তদধীন প্রণীত বিধির বিধান অনুসারে, বিবেচনাক্রমে, আবেদনপত্র দাখিলের ৬০ (ষাট) দিনের মধ্যে, নিবন্ধন প্রদান করিতে হইবে।

(৪) এই ধারার অধীন ইস্যুকৃত নিবন্ধন সনদে উহার মেয়াদ ও নিবন্ধনের জন্য প্রয়োজনীয় শর্তাবলী উল্লেখিত থাকিবে।

(৫) উপ-ধারা (৩) এর অধীন প্রদত্ত প্রতিটি নিবন্ধনের মেয়াদ হইবে নিবন্ধন প্রদানের তারিখ হইতে ৩ (তিন) বৎসর এবং উহা নির্ধারিত ফিস প্রদান সাপেক্ষে নির্ধারিত মেয়াদে নবায়নযোগ্য হইবে।

১১। নিবন্ধন স্থগিত ও বাতিলকরণ, ইত্যাদি।—(১) এই আইন বা তদধীন প্রণীত বিধির কোন বিধান লংঘন করা হইলে বা নিবন্ধন সনদে উল্লিখিত কোন শর্ত ভঙ্গ করা হইলে বা নিবন্ধন প্রাপ্তির উদ্দেশ্যে কোন ভুল অসত্য তথ্য প্রদান করা হইলে পরিচালক, নির্ধারিত পদ্ধতিতে, নিবন্ধন স্থগিত বা, ক্ষেত্রমত, বাতিল করিতে পারিবেন।

(২) নিবন্ধন গ্রহীতাকে অন্যূন ১৫ (পনের) দিনের কারণ দর্শানোর সুযোগ প্রদান না করিয়া উপ-ধারা (১) এর অধীনে কোন নিবন্ধন স্থগিত বা, ক্ষেত্রমত বাতিল করা যাইবে না।

(৩) উপ-ধারা (১) এর অধীনে প্রদত্ত কোন আদেশ দ্বারা কোন নিবন্ধন গ্রহীতা সংক্ষুব্ধ হইলে তিনি আদেশ প্রাপ্তির তারিখ হইতে ৩০ (ত্রিশ) দিনের মধ্যে সরকারের নিকট আপীল করিতে পারিবেন।

(৪) উপ-ধারা (৩) এর অধীন আপীল আবেদন দাখিলের সময় হইতে ৬০ (ষাট) দিনের মধ্যে এতদ্‌বিষয়ে সিদ্ধান্ত প্রদান করিতে হইবে; এবং উক্ত বিষয়ে সরকারের সিদ্ধান্ত চূড়ান্ত হইবে।

১২। দণ্ড।— (১) যদি কোন ব্যক্তি এই আইনের কোন বিধান লংঘন করেন, তাহা হইলে উক্ত লংঘন হইবে একটি অপরাধ এবং তজ্জন্য তিনি অনূর্ধ্ব ৩ (তিন) বৎসর কারাদণ্ড বা অনূর্ধ্ব ৫,০০,০০০ (পাঁচ লক্ষ) টাকা অর্থদণ্ড বা উভয় দণ্ডে দণ্ডনীয় হইবেন।

(২) মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য ও বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদির কারণে কোন শিশু অসুস্থ হইলে বা মৃত্যুবরণ করিলে উহা হইবে এই আইনের অধীন একটি শাস্তিযোগ্য অপরাধ এবং তজ্জন্য উক্ত মাতৃদুগ্ধ বিকল্প, শিশু খাদ্য বাণিজ্যিকভাবে প্রস্তুতকৃত শিশুর বাড়তি খাদ্য বা উহা ব্যবহারের সরঞ্জামাদির প্রস্তুতকৃত কোম্পানী ১০ (দশ) বৎসর কারাদণ্ড বা অনূর্ধ্ব ৫০,০০০০০ (পঞ্চাশ লক্ষ) টাকা অর্থদণ্ড বা উভয় দণ্ডে দণ্ডনীয় হইবে এবং অর্থদণ্ড ক্ষতিপূরণ হিসাবে ক্ষতিগ্রস্ত শিশুর পরিবারকে নির্ধারিত পদ্ধতিতে প্রদান করা হইবে।

১৩। অপরাধ পুনঃ সংঘটনের দণ্ড।— (১) এই আইনে উল্লিখিত কোন অপরাধের জন্য কোন ব্যক্তি দ্বিতীয় বার বা পুনঃ পুনঃ একই ধরনের অপরাধ সংঘটন করিলে তিনি পর্যায়ক্রমিকভাবে উক্ত দণ্ডের দ্বিগুণ হারে দণ্ডনীয় হইবেন।

১৪। কোম্পানী কর্তৃক অপরাধ সংঘটন।—(১) কোন কোম্পানী কর্তৃক এই আইনের অধীন কোন অপরাধ সংঘটিত হইলে উক্ত অপরাধের সহিত প্রত্যক্ষ সংশ্লিষ্টতা রহিয়াছে কোম্পানীর এমন প্রত্যেক পরিচালক, ম্যানেজার, সচিব, অংশীদার, কর্মকর্তা এবং কর্মচারী উক্ত অপরাধ সংঘটন করিয়াছেন বলিয়া গণ্য হইবে, যদি না তিনি প্রমাণ করিতে পারেন যে, উক্ত অপরাধ তাহার অজ্ঞাতসারে হইয়াছে বা উক্ত অপরাধ রোধ করিবার জন্য তিনি যথাসাধ্য চেষ্টা করিয়াছেন।

(২) উপ-ধারা (১) এ উল্লিখিত কোম্পানী আইনগত ব্যক্তিস্বত্ববিশিষ্ট সংস্থা (body corporate) হইলে, উক্ত উপ-ধারায় উল্লিখিত ব্যক্তিকে অভিযুক্ত ও দোষী সাব্যস্ত করা ছাড়াও উক্ত কোম্পানীকে আলাদাভাবে একই কার্যধারায় অভিযুক্ত ও দোষী সাব্যস্ত করা যাইবে, তবে ফৌজদারী মামলায় উহার উপর সংশ্লিষ্ট বিধান অনুসারে শুধু অর্থদণ্ড আরোপ করা যাইবে।

ব্যাখ্যা—এই ধারায়—

(ক) "কোম্পানি" অর্থে কোন বাণিজ্যিক প্রতিষ্ঠান, অংশীদারী কারবার, সমিতি, সংঘ এবং সংঘটনও অন্তর্ভুক্ত;

(খ) বাণিজ্যিক প্রতিষ্ঠানের ক্ষেত্রে, "পরিচালক" অর্থে উহার কোন অংশীদার বা পরিচালনা বোর্ডের সদস্যও অন্তর্ভুক্ত।

১৫। অপরাধের সহিত সংশ্লিষ্ট বস্তু, যন্ত্রপাতি, ইত্যাদি বাজেয়াপ্তকরণ।—এই আইনের অধীন কোন অপরাধ সংঘটিত হইলে, যে সকল বস্তু, পণ্য-সামগ্রী, যন্ত্রপাতি বা অন্য যে কোন বস্তু সহযোগে উক্ত অপরাধ সংঘটিত হইয়াছে সেইগুলি বাজেয়াপ্তযোগ্য বা, ক্ষেত্রমত, বিনষ্টযোগ্য হইবে।

১৬। প্রবেশ, ইত্যাদির ক্ষমতা।—পরিচালক বা তাহার নিকট হইতে ক্ষমতাপ্রাপ্ত কোন কর্মকর্তা, এই আইন বা তদধীন প্রণীত বিধির বিধান সাপেক্ষে, যুক্তিসঙ্গত সময়ে, অপরাধের সহিত সম্পৃক্ত কোন বস্তু বা পণ্য কোন ভবন, গোডাউন বা কোন স্থানে লুকানো বা রাখা হইয়াছে বা গুদামজাত করা হইয়াছে বা হইতেছে এইরূপ যে কোন স্থান বা যানবাহনে প্রবেশ করিতে বা তল্লাশী করিতে পারিবেন।

১৭। ফৌজাদারী কার্যবিধির প্রয়োগ।—এই আইনের অধীন কোন অপরাধের অভিযোগ দায়ের,তদন্ত, বিচার, ও আপীল নিস্পত্তির ক্ষেত্রে ফৌজদারী কার্যবিধির বিধানবলী প্রযোজ্য হইবে।

১৮। ২০০৯ সনের ৫৯ নং আইনের প্রয়োগ।—এই আইনে ভিন্নতর যাহা কিছুই থাকুক না কেন, এই আইনের অধীন অপরাধ মোবাইল কোর্ট আইন, ২০০৯ (২০০৯ সনের ৫৯ নং আইন) অনুসারে বিচার করা যাইবে।

১৯। অর্থদণ্ড সম্পর্কে বিশেষ বিধান।—ফৌজদারী কার্যবিধিতে ভিন্নতর যাহা কিছুই থাকুক না কেন, কোন ব্যক্তির উপর ধারা ১২ এর অধীন অর্থদণ্ড অরোপের ক্ষেত্রে দণ্ড আরোপকারী আদালত উক্ত ধারায় উল্লিখিত অথদণ্ড আরোপ করিতে পারিবে।

২০। অপরাধের আমলযোগ্যতা ও জামিনঅযোগ্যতা।—ফৌজদারী কার্যবিধিতে যাহা কিছুই থাকুক না কেন, এই আইনের অধীন অপরাধসমূহ আমলযোগ্য ও জামিনঅযোগ্য হইবে।

২১। বিধি প্রণয়ণের ক্ষমতা।—এই আইনের উদ্দেশ্যে পূরণকল্পে, সরকার, সরকারি গেজেট প্রজ্ঞাপন দ্বারা, বিধি প্রণয়ন করিতে পারিবে।

২২। অসুবিধা দূরীকরণ।—এই আইনের কোন বিধানের অস্পষ্টতার কারণে উহা কার্যকর করিবার ক্ষেত্রে কোন অসুবিধা দেখা দিলে, সরকার এই আইনের অন্যান্য বিধান সহিত সামঞ্জস্য রাখিয়া, সরকারি গেজেটে, প্রকাশিত আদেশ, দ্বারা উক্ত বিধানের স্পষ্টীকরণ বা ব্যাখ্যা প্রদানপূর্বক উক্ত বিষয়ে করণীয় সম্পর্কে নির্দেশনা প্রদান করিতে পারিবে।

২৩। ইংরেজীতে অনূদিত পাঠ প্রকাশ।—(১) এই আইন প্রবর্তনের পর সরকার, সরকারি গেজেটে প্রজ্ঞাপন দ্বারা, এই আইনের ইংরেজিতে অনূদিত একটি পাঠ প্রকাশ করিবে, যাহা এই আইনের অনুমোদিত ইংরেজী পাঠ (Authentic English Text) নামে অভিহিত হইবে।

(২) বাংলা পাঠ ও ইংরেজী পাঠের মধ্যে বিরোধের ক্ষেত্রে বাংলা পাঠ প্রাধান্য পাইবে।

২৪। রহিতকরণ ও হেফাজত।—(১) The Breast–Milk substitutes (Regulation of Marketing ordinance, 1984 (ordinance No XXX111 of 1984) এতদ্বারা রহিত করা হইল

(২) উক্তরূপ রহিতকরণ সত্ত্বেও, রহিত আইনের অধীন কোন মামলা বিচারাধীন থাকিলে বা অন্য কোন কার্যধারা চলমান থাকিলে তখনকার বিদ্যমান আইনের অধীনে উহা নিস্পত্তি হইবে।

মোঃ মাহফুজুর রহমান
সচিব

মো: নজরুল ইসলাম (উপসচিব), উপপরিচালক, বাংলাদেশ সরকারি মুদ্রাণালয়, তেজগাঁও, ঢাকা কর্তৃক মুদ্রিত।
আবদুর রশিদ (উপসচিব), উপপরিচালক, বাংলাদেশ ফরম ও প্রকাশনা অফিস,
তেজগাঁও, ঢাকা কর্তৃক প্রকাশিত। web site: www.bgpress.gov.bd