



YEAR BOOK
2014



NATIONAL DOCTORS FORUM





NDF

Year Book 2014



NATIONAL DOCTORS FORUM

ADVISORY BOARD
NDF YEARBOOK 2014

Professor Dr. Mohammad Tahir
Professor Dr. K. M. H. S. Shirajul Haque
Professor Dr. N. A. Kamrul Ahsan
Professor Dr. Md. Moyez Uddin
Professor Dr. Md. Motiar Rahman
Professor Dr. Shah Md. Bulbul Islam
Professor Dr. Md. Abul Hashem Chowdhury
Professor Dr. Md. Abdul Haque
Professor Dr. Md. Aminul Haque Khan
Professor Dr. Dewan Abdur Rahim
Professor Dr. Md. Ruhul Amin
Professor Dr. Abdul Wahab Khan

EDITORIAL BOARD
NDF YEARBOOK 2014

Chairman : Professor Dr. Md. Nazrul Islam

Chief Editor : Dr. Md. Shafiqur Rahman

Executive Editor : Professor Dr. Md. Ruhul Amin

Editors : Dr. Md. Shahinul Alam
Dr. Mohammad Abdul Wahab
Dr. Abu Hena Abid Zafr
Dr. A K M Waliullah
Dr. Mahmud Hossain

Associate Editors : Professor Dr. Abu Kholdun Al-Mahmud
Professor Dr. Md. Obaidullah
Dr. Md. Mizanur Rahman
Dr. Altaf Uddin Ahammed Chowdhury
Dr. Sayed Ahammed
Dr. Masudunnabi
Dr. Mohammad Hossain
Dr. Md. Modabbir Hossain
Dr. Md. Nowfel Islam
Dr. Sajed Abdul Khaleque
Dr. Md. Atiar Rahman
Dr. Md. Shahadat Hossain
Dr. Md. Khorshed Ali mia
Dr. Muhibbur Rahman Rafe

Assistant Editors : Dr. Ahammad Shafiq Sikder
Dr. Md. Zakiul Hasan

Publisher:



National Doctors Forum (NDF)

NDF YEAR BOOK 2014

© NDF 2014

All rights are reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Published:

June, 2014

Opinions in the articles are those of their authors. The editorial board does not necessarily endorse these opinions, nor do these opinions represent the official position of NDF.

Cover design:

Muinul Hoque Tanveer

Graphics:

Moniruzzaman Monir

Printed at:

Print King

3/2-B, Naya Paltan, Dhaka 1000

Contents

- 8 Editorial :
Bangladesh and utilization of health manpower
- 11 Declaration of Geneva
- 12 International Code of Medical Ethics
World Medical Association
- 14 Professional Misconduct
Defined by Bangladesh Medical and Dental Council
- 18 Good Medical Practice
- 29 Leading the ideology through profession
Dr. Md. Shafiqur Rahman
- 37 Islamic education system and How to implement it
Prof Dr Omar Hasan Kasule
- 44 The Medicine of the Prophet: A Message Par Excellence
M. Iqtedar Husain Farooqi -
- 51 Medieval Islamic Hospitals & Medical Schools
Hossam Araf, David W. Tschanz
- 61 Medical Tourism : Why Patients Go Abroad?
Dr. Abu Hena Abid Zafr
- 74 Adopting the culture of evidence based practice
new model for 21st century patient care
Dr. Md. Zakiul Hasan
- 82 Male infertility and IUI : Few Questions Answered
Dr. S M Khaliduzzaman
- 89 Health Crisis in Bangladesh
Dr. Mohammed Shorfuddin Patowary
- 96 এনডিএফ : সম্ভাবনাময় আগামী
অধ্যাপক ডা. মো: রুহুল আমীন
- 101 মানসিক রোগের ভিন্নতর চিকিৎসা ও প্রতিকার
ডা. আব্দুল ওহাব মিনার
- 109 ডাক্তারদের প্রফেশনাল অর্গানাইজেশন : কেন এবং কিভাবে
ডা. মোহাম্মদ ইলিয়াস
- 118 অবহেলিত স্বাস্থ্য বাজেট ২০১৩-২০১৪ : জাতির প্রত্যাশা
- 123 হুমায়ুন আহমেদের সাইকেল ডাক্তার
ডা. শাহ মোহাম্মদ ফাহিম
- 126 পৃথিবীর প্রথম চক্ষু চিকিৎসাবিজ্ঞানী তথা আলোক বিজ্ঞানের জনক ইবনুল হায়সাম
শেখ মিজানুর রহমান
- 130 মালয়েশিয়ায় ইসলামিক হসপিটাল কনসোর্টিয়াম কনফারেন্সের অভিজ্ঞতা
ড. আবু খলদুন আল-মাহমুদ

Bangladesh and utilization of health manpower

Bangladesh our dear homeland, is geopolitically an important & vital country in South Asia. It is bordered by India to its west, north and east; Burma to its southeast and separated from Nepal and Bhutan by the Chicken's Neck corridor. To its south, it faces the Bay of Bengal. Bangladesh is the world's eighth-most populous country, with over 160 million people, and among the most densely populated countries.

Bangladesh has achieved significant strides in human and social development since independence, including progress in universal primary education, food production, health and population control and continues to face numerous political, economic, social and environmental challenges, including political instability, corruption, poverty, overpopulation and climate change. Bangladesh is a leading pioneer and founding member of the South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC). It contributes to one of the largest peacekeeping forces to the United Nations. It is a member of the Commonwealth of Nations, the OIC, NAM, and the developing 8 Countries.

The overpopulation: problem or asset

The overpopulation may be the big resource for the country like Bangladesh if maximum utilization of manpower can be done properly & brain drain can be converted into wisdom gain. On the other hand, if 160 million people can be converted into skilled manpower in different sectors, Bangladesh will be a heroic nation in the world. Need a big useful multi sector career plan for the economic development multiplied into thousand times. Therefore overpopulation which is still a problem for

Bangladesh will be converted into asset for the nation.

Here we are considering only the health professionals for their developments, utilizations & migrations. Before 1990 only 8 public medical college & hospitals produced doctors. Private sectors were not much developed. Now about 80 private & public medical colleges produce doctors, nurses and other related staffs. Research activities have been developed but still not up to the mark. Many nursing paramedical and technical-vocational health institutes produce nurses and different categories of health manpower. Production machine is not enough. Attention should be given to create scope for better utilization of this manpower at home & abroad.

Brain drain is the migration of skilled human resources for trade, education, health etc. Every professionals are needed in every part of the world. Better standards of living and quality of life, higher salaries, access to advanced technology and more stable political conditions in the developed countries attract talent from less developed areas. Bangladesh is one of them. The majority of migration is from developing to developed countries. This is of growing concern worldwide because of its impact on the health systems in developing countries. Bangladesh have invested in the education and training of young health professionals. The intellectuals are some of the most expensive resources because of their training in terms of material cost and time.

It is now the time for Bangladesh to consider its health professionals to utilize at home & abroad. However, the lack of reliable data and the difficulties of defining whether a migrant is 'permanent' or 'temporary', useful or not – prove to be big challenges in reaching a resolution regarding the matter. One may claim that this migration from Bangladesh is both useful and unavoidable.

Bangladesh is now the source of healthcare migration to developed countries. This trend has led to concerns that the outflow of healthcare professionals is adversely affecting the healthcare system in our country. As a result, decision-makers are searching for policy options to slow down migration of healthcare professionals. It is time to understand and accept that health professionals' mobility is part of life in the 21st century.

Bangladesh need to recognize that she can compete with the best institutions in the world perspective. The turn of the 21st century has not only brought technology, but also modes by which scientists around the world can be connected. In this globalized world the physical location of a person may or may not have any relation to the ability to make an impact on human health. Easy communication, quick travel, and greater collaborations between developed countries & Bangladesh need to improve.

Healthcare services are rapidly growing sectors of the Bangladesh economy and trade in health services. For example, information technology can provide telemedicine services and tele-preventive services. These information technologies can be used as a mode of sharing knowledge and research skills in a cost-effective manner.

The availability of both high-quality education and opportunities in research are the keys to retaining and attracting regional talent. The opportunities generated by the Chinese in biotechnology attract both international collaboration in joint ventures and gifted scientists from China and abroad.

A similar example can be replicated in Bangladesh with the help of their foreign expatriate citizens who have developed skills in research that are needed in their native countries. This approach to creating targeted educational opportunity together with political decision and investment in science and technology infrastructure provides a good example of a resourceful way of redirecting the brain drain.

Scientists who have emigrated for several reasons are recoverable assets who can play a part in developing opportunities at home. However, recovery requires the opening of diverse and creative conduits. Opportunities at home and technology to be transferred to areas of national priorities for research and development. Ultimately, involving individuals who are living abroad in creating opportunities at home. Utilization of manpower - particularly health manpower both at home & abroad need a long useful discussion further and a long term planning. ■

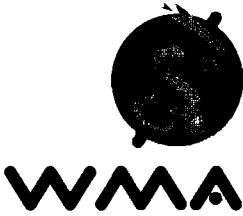
Professor Dr. Md. Ruhul Amin

DECLARATION OF GENEVA

Adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association, Geneva, Switzerland, September 1948 and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 46th WMA General Assembly, Stockholm, Sweden, September 1994.

At the time of being admitted as a member of the medical profession:

- I SOLEMNLY PLEDGE myself to consecrate my life to the service of humanity;
- I WILL GIVE to my teachers the respect and gratitude which is their due;
- I WILL PRACTICE my profession with conscience and dignity;
- THE HEALTH OF MY PATIENT will be my first consideration;
- I WILL RESPECT the secrets which are confided in me, even after the patient has died;
- I WILL MAINTAIN by all the means in my power, the honor and the noble traditions of the medical profession;
- MY COLLEAGUES will be my sisters and brothers;
- I WILL NOT PERMIT considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, or social standing to intervene between my duty and my patient;
- I WILL MAINTAIN the utmost respect for human life from its beginning even under threat and I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity;
- I MAKE THESE PROMISES solemnly, freely and upon my honor. ■



World Medical Association International Code of Medical Ethics

Adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949 and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983.

Duties of Physicians in General

A physician shall

always maintain the highest standards of professional conduct.

A physician shall

not permit motives of profit to influence the free and independent exercise of professional judgment on behalf of patients.

A physician shall

in all types of medical practice, be dedicated to providing competent medical service in full technical and moral independence, with compassion and respect for human dignity.

A physician shall

deal honestly with patients and colleagues, and strive to expose those physicians deficient in character or competence, or who engage in fraud or deception.

The following practices are deemed to be unethical conduct:

- a) Self advertising by physicians, unless permitted by the laws of the country and the Code of Ethics of the National Medical Association.

b) Paying or receiving any fee or any other consideration solely to procure the referral of a patient or for prescribing or referring a patient to any source.

A physician shall

respect the rights of patients, of colleagues, and of other health professionals and shall safeguard patient's confidence.

A physician shall

act only in the patient's interest when providing medical care which might have the effect of weakening the physical and mental condition of the patient.

A physician shall

use great caution in divulging discoveries or new techniques or treatment through non-professional channels.

A physician shall

certify only that which he has personally verified.

Duties of Physicians to the Sick

A physician shall

always bear in mind the obligation of preserving human life.

A physician shall

owe his patients complete loyalty and all the resources of his science. Whenever an examination or treatment is beyond the physician's capacity he should summon another physician who has the necessary ability.

A physician shall

preserve absolute confidentiality on all he knows about his patient even after the patient has died.

A physician shall

give emergency care as a humanitarian duty unless he is assured that others are willing and able to give such care.

Duties of Physicians to Each Other

A physician shall

behave towards his colleagues as he would have them behave towards him.

A physician shall not

entice patients from his colleagues.

A physician shall

observe the principles of the "declaration of geneva" approved by the world medical association. ■



Professional Misconduct

Defined by Bangladesh Medical and Dental Council

The Medical and Dental Council has the discretion either to suspend temporarily or remove permanently the name from the register depending on the facts of the case and the nature of misconduct. The following guidelines will help Medical Practitioners including dentists to know what misconduct is:

1. **Certificates:**

No registered Medical/Dental Practitioner shall give any certificate in his professional capacity which contains any false statements. Any Practitioner who issues a certificate which is untrue, misleading or improper shall be liable to be suspended or have his name remove from the register. This refers to all certificates including those for births, deaths, insurance, workmen's compensation, medical fitness etc.

2. Attempts to make improper profit:

Any registered Medical/Dental Practitioner who accepts any illegal gratification from a patient in the course of his professional duty, is liable to be suspended or have his name removed from the Register.

3. Abuse of professional knowledge, skill or privileges:

Any registered Medical/Dental Practitioner found guilty of causing an illegal abortion or of prescribing drugs in violation of the Dangerous Drugs Act, or who becomes addicted to a drug himself, or is convicted of driving under the influence of alcohol or Other drug, is liable to be suspended or have his name removed from Register.

4. Abuse of Medical/Dental practitioner patient relationship:

(a) Any Medical/Dental Practitioner who commit adultery or have an improper association with a person with whom he has a professional relationship at the material time are liable to disciplinary proceeding. In the case of doctor who has been cited as a party in divorce proceedings, and has been found to be guilty of misconduct by a court of law, the finding of the court will be accepted as conclusive, and action will be taken accordingly.

(b) No Medical/Dental Practitioner shall disclose any information obtained in confidence from a patient except when it is necessary to do so in the interests of the security of the State or the maintenance of law and order in the country.

5. Disregard of personal responsibility to patient:

(a) Gross negligence in respect of his professional duties to his patient may be regarded as misconduct sufficient to justify the suspension or the removal of the name of a Medical/Dental practitioner from the Register.

(b) Assisting an unregistered person to practice medicine or dentistry etc, or a professional association with such a person performing the functions of a practitioner in relation to medicine, surgery and midwifery, dentistry etc.: knowingly will make a registered practitioner liable to disciplinary action. This does not preclude a

Medical/Dental Practitioner from imparting proper training to Medical/Dental students, Nurses, Midwives and other Paramedical personnel, provided the doctor concerned keeps a strict supervision over such individuals when treating patients.

6. Offenses discreditable to the medical/dental practitioner and his profession:

Any Medical/Dental Practitioner convicted of false pretences, forgery, fraud, theft, indecent behavior or assault, is liable to disciplinary action by the Council.

7. Abuse of financial and opportunities afforded by the medical/dental practice:

No Medical/Dental practitioner shall commercialize any secret remedy or share any professional fees with any other Medical /Dental practitioner or other person in the form of a commission.

8. Canvassing, advertising and using false title etc:

Canvassing and advertising for the purpose of obtaining patient and advancing the professional interest of a Medical/Dental practitioner, whether done directly or indirectly through an agent, association or other persons and organizations is professional misconduct and may make the Medical/Dental Practitioner liable to disciplinary action.

The publication of matter or comments calculated to advertise the qualifications, professional skill, knowledge or services of any Medical/Dental practitioner for the purpose of advancing his Professional interests, when procured or instigated by the Medical/Dental practitioner, or by individuals or associations or other organizations friendly to or associated with the Medical /Dental practitioner knowingly connived at by the Medical/Dental practitioner liable to disciplinary action.

Notice announcements and leaflets, published or circulated by a Medical/Dental practitioner, may if in excess of the customary limits or propriety observed by the profession, be regarded as advertising, amounting to professional misconduct. Similarly matter published in books, letters, news papers and magazines, or through the medium of talks

on the Radio or appearances on Television, may, if published for the purpose of advertising a Medical/Dental practitioner, be regarded as professional misconduct.

Prohibition for using false title etc. by registered medical practitioner or registered dentist shall use or publish in any way whatsoever any name, title, description or symbol indicating or calculated to lead persons to infer that he possesses an additional or other professional qualification unless the same has been conferred upon him by a legally constituted authority within or outside Bangladesh.

9. Announcement, Radio television:

When announcing their appearance on the radio or the television on professional subjects, Medical/Dental practitioner shall not disclose their identity or allow it to be disclosed. This restriction shall not apply to Medical/Dental practitioner who are not actively engaged in private practice or when appearing in a non-professional capacity. Appearance on Television and Radio shall be limited to the purpose of health education only.

10. Change of address or conditions of practice:

Any change of address or of the hours of practice may be suitably announced:-

(a) Through the local branch of the BMA or the medical journal for information of the doctors.

(b) In the local press either once in three papers, or three times in the same paper on three consecutive days and the announcement should be made in normal manner and not unduly prominently as by big advertising blocks.

11. There is no rule preventing Medical/Dental practitioners from charging one another for their services: but it is generally regarded as a pleasure and privilege to give one's services free to a professional brother, his wife and children, and to Medical/Dental student. ■

Source: Previous web site of Bangladesh Medical and Dental Council



Good Medical Practice

The duties of a doctor registered with the General Medical Council:

Patients must be able to trust doctors with their lives and health. To justify that trust you must show respect for human life and make sure your practice meets the standards expected of you in four domains:

Knowledge, skills and performance

- Make the care of your patient your first concern.
- Provide a good standard of practice and care.
- Keep your professional knowledge and skills up to date.
- Recognise and work within the limits of your competence.

Safety and quality

- Take prompt action if you think that patient safety, dignity or comfort is being compromised.
- Protect and promote the health of patients and the public.

Communication, partnership and teamwork

Treat patients as individuals and respect their dignity.

- Treat patients politely and considerately.
- Respect patients' right to confidentiality.

Work in partnership with patients.

- Listen to, and respond to, their concerns and preferences.
- Give patients the information they want or need in a way they can understand.
- Respect patients' right to reach decisions with you about their treatment and care.

- Support patients in caring for themselves to improve and maintain their health.

Work with colleagues in the ways that best serve patients' interests.

Maintaining trust

Be honest and open and act with integrity.

Never discriminate unfairly against patients or colleagues.

Never abuse your patients' trust in you or the public's trust in the profession.

You are personally accountable for your professional practice and must always be prepared to justify your decisions and actions.

Professionalism in action

1. Patients need good doctors. Good doctors make the care of their patients their first concern: they are competent, keep their knowledge and skills up to date, establish and maintain good relationships with patients and colleagues, are honest and trustworthy, and act with integrity and within the law.
2. Good doctors work in partnership with patients and respect their rights to privacy and dignity. They treat each patient as an individual. They do their best to make sure all patients receive good care and treatment that will support them to live as well as possible, whatever their illness or disability.
3. Good medical practice describes what is expected of all doctors registered with the General Medical Council (GMC). It is your responsibility to be familiar with Good medical practice and the explanatory guidance which supports it, and to follow the guidance they contain.
4. You must use your judgments in applying the principles to the various situations you will face as a doctor, whatever field of medicine you work in, and whether or not you routinely see patients. You must be prepared to explain and justify your decisions and actions.
5. In Good medical practice, we use the terms 'you must' and 'you should' in the following ways:
'You must' is used for an overriding duty or principle.
'You should' is used when we are providing an explanation of how you will meet the overriding duty.

'You should' is also used where the duty or principle will not apply in all situations or circumstances, or where there are factors outside your control that affect whether or how you can follow the guidance.

6. To maintain your licence to practise, you must demonstrate, through the revalidation process, that you work in line with the principles and values set out in this guidance. Serious or persistent failure to follow this guidance will put your registration at risk.

Domain 1: Knowledge, skills and Performance

Develop and maintain your professional performance

7. You must be competent in all aspects of your work, including management, research and teaching.
8. You must keep your professional knowledge and skills up to date.
9. You must regularly take part in activities that maintain and develop your competence and performance.
10. You should be willing to find and take part in structured support opportunities offered by your employer or contracting body (for example, mentoring). You should do this when you join an organisation and whenever your role changes significantly throughout your career.
11. You must be familiar with guidelines and developments that affect your work.
12. You must keep up to date with, and follow, the law, our guidance and other regulations relevant to your work.
13. You must take steps to monitor and improve the quality of your work.

Apply knowledge and experience to practice

14. You must recognise and work within the limits of your competence.
15. You must provide a good standard of practice and care. If you assess, diagnose or treat patients, you must:
 - Adequately assess the patient's conditions, taking account of their history (including the symptoms and psychological, spiritual, social and cultural factors), their views and values; where necessary, examine the patient

- Promptly provide or arrange suitable advice, investigations or treatment where necessary
- Refer a patient to another practitioner when this serves the patient's needs.

16. In providing clinical care you must:

- Prescribe drugs or treatment, including repeat prescriptions, only when you have adequate knowledge of the patient's health and are satisfied that the drugs or treatment serve the patient's needs
- Provide effective treatments based on the best available evidence
- Take all possible steps to alleviate pain and distress whether or not a cure may be possible
- Consult colleagues where appropriate
- Respect the patient's right to seek a second opinion
- Check that the care or treatment you provide for each patient is compatible with any other treatments the patient is receiving, including (where possible) self-prescribed over-the-counter medications
- Wherever possible, avoid providing medical care to yourself or anyone with whom you have a close personal relationship

17. You must be satisfied that you have consent or other valid authority before you carry out any examination or investigation, provide treatment or involve patients or volunteers in teaching or research.

18. You must make good use of the resources available to you. Record your work clearly, accurately and legibly.

19. Documents you make (including clinical records) to formally record your work must be clear, accurate and legible. You should make records at the same time as the events you are recording or as soon as possible afterwards.

20. You must keep records that contain personal information about patients, colleagues or others securely, and in line with any data protection requirements.

21. Clinical records should include:

- Relevant clinical findings
- The decisions made and actions agreed, and who is



- making the decisions and agreeing the actions
- The information given to patients
- Any drugs prescribed or other investigation or treatment
- Who is making the record and when.

Domain 2: Safety and quality

Contribute to and comply with systems to protect patients

22. You must take part in systems of quality assurance and quality improvement to promote patient safety. This includes:

- Taking part in regular reviews and audits of your work and that of your team, responding constructively to the outcomes, taking steps to address any problems and carrying out further training where necessary
- Regularly reflecting on your standards of practice and the care you provide
- Reviewing patient feedback where it is available.

23. To help keep patients safe, you must:

- Contribute to confidential inquiries
- Contribute to adverse event recognition
- Report adverse incidents involving medical devices that put or have the potential to put the safety of a patient, or another person, at risk
- Report suspected adverse drug reactions
- Respond to requests from organisations monitoring public health. When providing information for these purposes you should still respect patients' confidentiality

Respond to risks to safety

24. You must promote and encourage a culture that allows all staff to raise concerns openly and safely
25. You must take prompt action if you think that patient safety, dignity or comfort is or may be seriously compromised.
26. You must offer help if emergencies arise in clinical settings or in the community, taking account of your own safety, your competence and the availability of other options for care.
27. Whether or not you have vulnerable* adults or children and young people as patients, you should consider their needs

and welfare and offer them help if you think their rights have been abused or denied

Protect patients and colleagues from any risk posed by your health

28. If you know or suspect that you have a serious condition that you could pass on to patients, or if your judgment or performance could be affected by a condition or its treatment, you must consult a suitably qualified colleague. You must follow their advice about any changes to your practice they consider necessary. You must not rely on your own assessment of the risk to patients.
29. You should be immunised against common serious communicable diseases (unless otherwise contraindicated).
30. You should be registered with a general practitioner outside your family.

Domain 3: Communication, partnership and teamwork

Communicate effectively

31. You must listen to patients, take account of their views, and respond honestly to their questions.
32. You must give patients the information they want or need to know in a way they can understand. You should make sure that arrangements are made, wherever possible, to meet patients' language and communication needs.
33. You must be considerate to those close to the patient and be sensitive and responsive in giving them information and support.
34. When you are on duty you must be readily accessible to patients and colleagues seeking information, advice or support.

Work collaboratively with colleagues to maintain or improve patient care

35. You must work collaboratively with colleagues, respecting their skills and contributions.
36. You must treat colleagues fairly and with respect.
37. You must be aware of how your behaviour may influence others within and outside the team.
38. Patient safety may be affected if there is not enough medical

cover. So you must take up any post you have formally accepted, and work your contractual notice period before leaving a job, unless the employer has reasonable time to make other arrangements.

Teaching, training, supporting and assessing

39. You should be prepared to contribute to teaching and training doctors and students.
40. You must make sure that all staff you manage have appropriate supervision.
41. You must be honest and objective when writing references, and when appraising or assessing the performance of colleagues, including locums and students. References must include all information relevant to your colleagues' competence, performance and conduct.
42. You should be willing to take on a mentoring role for more junior doctors and other healthcare professionals.
43. You must support colleagues who have problems with their performance or health. But you must put patient safety first at all times.

Continuity and coordination of care

44. You must contribute to the safe transfer of patients between healthcare providers and between health and social care providers.
45. When you do not provide your patients' care yourself, for example when you are off duty, or you delegate the care of a patient to a colleague, you must be satisfied that the person providing care has the appropriate qualifications, skills and experience to provide safe care for the patient

Establish and maintain partnerships with patients

46. You must be polite and considerate.
47. You must treat patients as individuals and respect their dignity and privacy.
48. You must treat patients fairly and with respect whatever their life choices and beliefs.
49. You must work in partnership with patients, sharing with them the information they will need to make decisions about their care, includes:
 - A. Their condition, its likely progression and the options for

treatment, including associated risks and uncertainties

B. The progress of their care, and your role and responsibilities in the team

C. Who is responsible for each aspect of patient care, and how information is shared within teams and among those who will be providing their care

D. Any other information patients need if they are asked to agree to be involved in teaching or research

50. You must treat information about patients as confidential. This includes after a patient has died.

51. You must support patients in caring for themselves to empower them to improve and maintain their health. This may, for example, include:

A. Advising patients on the effects of their life choices and lifestyle on their health and well-being

B. Supporting patients to make lifestyle changes where appropriate.

52. You must explain to patients if you have a conscientious objection to a particular procedure. You must tell them about their right to see another doctor and make sure they have enough information to exercise that right. In providing this information you must not imply or express disapproval of the patient's lifestyle, choices or beliefs. If it is not practical for a patient to arrange to see another doctor, you must make sure that arrangements are made for another suitably qualified colleague to take over your role.

Domain 4: Maintaining trust

Show respect for patients

53. You must not use your professional position to pursue a sexual or improper emotional relationship with a patient or someone close to them.

54. You must not express your personal beliefs (including political, religious and moral beliefs) to patients in ways that exploit their vulnerability or are likely to cause them distress.

55. You must be open and honest with patients if things go wrong. If a patient under your care has suffered harm or distress.

Treat patients and colleagues fairly and without Discrimination

56. You must give priority to patients on the basis of their clinical need if these decisions are within your power.
57. The investigations or treatment you provide or arrange must be based on the assessment you and your patient make of their needs and priorities, and on your clinical judgement about the likely effectiveness of the treatment options. You must not refuse or delay treatment because you believe that a patient's actions or lifestyle have contributed to their condition.
58. You must not deny treatment to patients because their medical condition may put you at risk. If a patient poses a risk to your health or safety, you should take all available steps to minimise the risk before providing treatment or making other suitable alternative arrangements for providing treatment.
59. You must not unfairly discriminate against patients or colleagues by allowing your personal views to affect your professional relationships or the treatment you provide or arrange. You should challenge colleagues if their behaviour does not comply with this guidance.
60. You must consider and respond to the needs of disabled patients and should make reasonable adjustments† to your practice so they can receive care to meet their needs.
61. You must respond promptly, fully and honestly to complaints and apologise when appropriate. You must not allow a patient's complaint to adversely affect the care or treatment you provide or arrange.
62. You should end a professional relationship with a patient only when the breakdown of trust between you and the patient means you cannot provide good clinical care to the patient.

Act with honesty and integrity

63. You must make sure that your conduct justifies your patients' trust in you and the public's trust in the profession.
64. You must always be honest about your experience, qualifications and current role.

65. You must act with honesty and integrity when designing, organizing or carrying out research, and follow national research governance guidelines and our guidance

Communicating information

66. You must be honest and trustworthy in all your communication with patients and colleagues. This means you must make clear the limits of your knowledge and make reasonable checks to make sure any information you give is accurate.
67. When communicating publicly, including speaking to or writing in the media, you must maintain patient confidentiality. You should remember when using social media that communications intended for friends or family may become more widely available.
68. When advertising your services, you must make sure the information you publish is factual and can be checked, and does not exploit patients' vulnerability or lack of medical knowledge.
69. You must be honest and trustworthy when writing reports, and when completing or signing forms, reports and other documents. You must make sure that any documents you write or sign are not false or misleading.

Honesty in financial dealings

70. You must be honest in financial and commercial dealings with patients, employers, insurers and other organisations or individuals.
71. You must not allow any interests you have to affect the way you prescribe for, treat, refer or commission services for patients.
72. If you are faced with a conflict of interest, you must be open about the conflict, declaring your interest formally, and you should be prepared to exclude yourself from decision making.
73. You must not ask for or accept – from patients, colleagues or others – any inducement, gift or hospitality that may affect or be seen to affect the way you prescribe for, treat or refer patients or commission services for patients. You must not offer these inducements. ■

References

1. General Medical Council (2012) Leadership and management for all doctors London, GMC
2. General Medical Council (2010) Good practice in research London, GMC
3. General Medical Council (2011) Developing teachers and trainers in undergraduate medical education London, GMC
4. General Medical Council (2012) Continuing professional development: guidance for all doctors London, GMC
5. General Medical Council (2013) Delegation and referral London, GMC
6. General Medical Council (2013) Good practice in prescribing and managing medicines and devices London, GMC
7. General Medical Council (2010) Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making London, GMC
8. General Medical Council (2011) Making and using visual and audio recordings of patients London, GMC
9. General Medical Council (2010) Consent to research London, GMC
10. General Medical Council (2009) Confidentiality London, GMC
11. General Medical Council (2012) Raising and acting on concerns about patient safety London, GMC
12. General Medical Council (2013) Maintaining boundaries London, GMC
Intimate examinations and chaperones (paragraphs 47, 25c)
Maintaining a professional boundary between you and your patient (paragraph 53)
Sexual behaviour and your duty to report (paragraphs 53, 25c)
13. General Medical Council (2007) 0–18 years: guidance for all doctors London, GMC
14. General Medical Council (2012) Protecting children and young people: the responsibilities of all doctors London, GMC
15. General Medical Council (2008) Consent: patients and doctors making decisions together London, GMC
16. General Medical Council (2012) Writing references London, GMC
17. General Medical Council (2013) Personal beliefs and medical practice London, GMC
18. General Medical Council (2013) Ending your professional relationship with a patient London, GMC
19. General Medical Council (2013) Doctors' use of social media London, GMC
20. General Medical Council (2013) Acting as a witness in legal proceedings London, GMC
21. General Medical Council (2013) Reporting criminal and regulatory proceedings within and outside the UK London, GMC
22. General Medical Council (2013) Financial and commercial arrangements and conflicts of interest London, GMC

Source: **General Medical Council, UK.**

Published 25 March 2013 & Came into effect 22 April 2013

Agreed, edited, promoted and adopted for Bangladesh by National Doctors Forum (NDF)

Leading the ideology through profession

Dr. Md. Shafiqur Rahman

Consultant Chest Diseases, Islami Bank Hospital, Dhaka
General Secretary, National Doctors Forum (NDF)

If we think about the heading, the question arises immediately, how to do this being engaged in such a busy humanitarian profession. Yes it is difficult but not impossible. If we know our identity and ultimate goal then it is rather easy to become an Ideological Leader through our profession. Let us discuss the matter step by step:

What is our identity?

It is essential to know our identity first. That means one must know how and from where he has come to this world. To get answer of this question we must go through the Holy Quran and to know the exact things:

وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلٰئِكَةِ اِنِّىْ جَاعِلٌ فِى الْاَرْضِ خَلِيْفَةً

(Remember) when your lord said to the angels, "I am going to create (my) deputy on the earth"[Al-Baqara - 31].

اِيَّاكَ نَعْبُدُ وَاِيَّاكَ نَسْتَعِيْنُ

We do worship You alone, and from You alone do we seek help [Al-Fateha - 04].

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لِمَ تَقُولُونَ مَا لَا تَفْعَلُونَ ۚ كَبِيرٌ مَقْتًا عِنْدَ اللَّهِ أَنْ تَقُولُوا مَا لَا تَفْعَلُونَ ۝

2. O you who have believed, why do you say what you do not do?
3. Great is hatred in the sight of Allah that you say what you do not do [As-saf - 2-3].

Above discussion by Allah Subhanahu makes it clear that, we are representatives of Allah and also servants of Allah, and we must obey him in all sphere of our life in this world.

What we have to do?

Now, how to obey our creator Allah and what to do for that. Again, we must get the answer from Allah. Let us find our duty from the holy Quran:

السرُّ ذَٰلِكَ الْكِتَابُ لَا رَيْبَ فِيهِ هُدًى لِّلْمُتَّقِينَ ۖ الَّذِينَ يُؤْمِنُونَ بِالْغَيْبِ وَيُقِيمُونَ الصَّلَاةَ وَمِمَّا رَزَقْنَاهُمْ يُنفِقُونَ ۗ وَالَّذِينَ يُؤْمِنُونَ بِمَا أُنزِلَ إِلَيْكَ وَمَا أُنزِلَ مِن قَبْلِكَ، وَبِالْآخِرَةِ هُمْ يُوقِنُونَ ۗ أُولَٰئِكَ عَلَىٰ هُدًى مِّن رَّبِّهِمْ وَأُولَٰئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ۝

1. Alif, Lam, Meem.
2. This is the Book about which there is no doubt, a guidance for those conscious of Allah
3. Who believe in the unseen, establish prayer, and spend out of what We have provided for them,
4. And who believe in what has been revealed to you, [O Muhammad], and what was revealed before you, and of the Hereafter they are certain [in faith].
5. Those are upon [right] guidance from their Lord, and it is those who are the successful [Al-Baqara - 01-05].

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا أَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ وَأُولِيَ الْأَمْرِ مِنكُمْ فَإِن تَنَازَعْتُمْ فِي شَيْءٍ فَرُدُّوهُ إِلَى اللَّهِ وَالرَّسُولِ إِن كُنتُمْ تُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ ۚ ذَٰلِكَ خَيْرٌ وَأَحْسَنُ تَأْوِيلًا ۝

O you who have believed, obey Allah and obey the Messenger and those in authority among you. And if you disagree over anything, refer it to Allah and the Messenger, if you should believe in Allah and the Last Day. That is the best [way] and best in result. [An-Nisa - 59]

What about Knowledge?

Now it is clear that, to perform our duty properly in this world

we must acquire knowledge. But what type of knowledge and how much we have to learn. Allah tells us about that:

اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ۝ خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ ۝ اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ۝ الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ۝ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمِ ۝

1. Recite in the name of your Lord who created
2. Created man from a clinging substance.
3. Recite, and your Lord is the most Generous-
4. Who taught by the pen -
5. Taught man that which he knew not[Alaq - 01-05].

وَعَلَّمَ آدَمَ الْأَسْمَاءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمْ عَلَى الْمَلَائِكَةِ فَقَالَ أَنْبِئُونِي بِأَسْمَاءِ هَٰؤُلَاءِ إِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ ۝

And He taught Adam all the names, then showed them to the Angels, saying: "Inform Me of the names of these, if ye are truthful"[Al-Baqara - 31].

يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُو الْأَلْبَابِ ۝

He gives wisdom to whom He wills, and whoever has been given wisdom has certainly been given much good. And none will remember except those of understanding. [Al-Baqarah: 269]

After going through the verses of Quran above, it becomes clear that, only Allah has given all the knowledge to Mankind through our fore-father Adam (S).

Classification of Knowledge in Islam

- According to Al-Ghazzali (450 A.H), knowledge is broadly classified in Islam into two categories :
 - Religious knowledge
 - Worldly knowledge
- By worldly knowledge it is meant the aspects of knowledge which acquaint man with this universe and with the skills, expertise and professionalism in relation to his worldly living.
- Islam enjoins and encourages acquiring both types of knowledge.
- However, Islam regards religious knowledge more important than worldly knowledge because it is the

knowledge that directly leads man to know his Creator and how to worship Him correctly. And this is the fundamental purpose of creation.

Guideline to acquire Knowledge in Islam

- Islam therefore makes it obligatory on every Muslim (man and woman alike) to seek and acquire knowledge of his religion.
- Even in the religious knowledge, there are certain aspects that are not necessarily obligatory on each and every individual.
- As for the worldly knowledge: Acquiring any aspect of it is not obligatory upon every Muslim on individual basis like religious knowledge but it is obligatory on all Muslims on a collective basis.
- Al-Ghazzali stresses that this aspect of knowledge is a communal obligation and, therefore, every particular Muslim community must make sure that a section of it necessarily acquires each and every aspect of it.
- This necessity according to Al-Ghazzali becomes even more serious if such a discipline has certain indispensable importance and benefit to societal existence. Some important examples in this regard are Medicine, Mathematics, Engineering and the like.
- Any Muslim community which fails to train a section of it in any one aspect of these disciplines could be deemed to have offended Allah collectively.
- It is obligatory upon the Muslim community to get some of its citizen to specialize in all various fields of human endeavors (worldly knowledge):

Psychology
Medicine
Sociology
Education
Economies
Politics, and so on

Al-Qardawi: Book- Ar-Rasul-Waal-Ilm

- Muslims should not therefore, simply consider acquiring or

abandoning these aspects of knowledge as mere matters of free choice but should consider that as a form of (essential) collective obligation among other things.

- This is necessary especially because of the fact that it is these fields/areas of human social sciences that shape and mold the mentality (consciousness) and the life preference of the community/society.
- In Islam, knowledge is sought and acquired for one and only one fundamental aim: It is simply for the sake of Allah.
- It means that one should seek knowledge in order to know Allah and to worship Him correctly and properly.
- Even if the knowledge one seeks is not necessarily religious knowledge, so long as it is knowledge that is beneficial to humanity, Islam approves of it.
- And after acquiring such knowledge he is expected to serve humanity with it, with the aim of getting the pleasure and reward of Allah.
- It does not matter even if he is paid for what he does with his knowledge.
- Therefore the aim of acquiring knowledge in Islam primarily; to conscientize and educate man to be conscious of his duties towards his Creator (Allah), and towards his fellow creatures and his rights upon them.

Halal Rizik:

يَا أَيُّهَا النَّاسُ كُلُوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُرْهُوٌّ وَمُبِينٌ

O mankind, eat from whatever is on earth [that is] lawful and good and do not follow the footsteps of Shaitan. Indeed, he is to you a clear enemy. [Al-Baqara - 168]

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُلُوا مِن طَيِّبَاتِ مَا رَزَقْنَاكُمْ وَاشْكُرُوا لِلَّهِ إِنْ كُنْتُمْ رَايَاء تَعْبُدُونَ

O you who have believed, eat from the good [i.e., lawful] things which We have provided for you and be grateful to Allah if it is [indeed] Him that you worship. [Al-Baqara - 172]

Baseline concept

Above discussion clearly indicate our position in this world that:

- We are Khalifa (Representatives of Allah)
- We are Muslim (Servants of Allah)

- By knowledge we are Medical Science Specialist
- We must earn Halal Rizik.

Our Responsibilities

As a Medical Science Specialist (Physician or Surgeon), we have to co-ordinate all these matters in our daily life:

- Practice
- Professional responsibilities
- Family responsibilities
- Social responsibilities
- National responsibilities
- Academic responsibilities
- Upgradation of knowledge
- Research
- Technical upgradation
- Ideological responsibilities

Professional Responsibilities

Professionally we are not escaped from the sight of Allah, He observes everything all the time. So we have to remember our responsibilities always:

- Ethical medical practice and motivation
- Rational use of antibiotics and drugs
- Responsibility to patient & Research
- Technology acquisition & transfer
- Curriculum upgradation &
- Knowledge upgradation

Responsibilities for Family

Like all other people we are also responsible for our spouse, children and parents. From Ideological perspective we must not ignore any one, rather we must train religious practices and ideology to our children.

Social responsibilities

Being a member of the society we must play a positive role for upliftment of the society and as a Physician poor people of our society must get privileged treatment from us.

National responsibilities

As a part of nation, we must act clearly for national Interest, but not against Ideology. We must try our best to provide best possible health care services to all citizen of Bangladesh irrespective of sex, race and religion.

Academic responsibilities

Academically we must acquire knowledge about the modern technologies and advancement of Medical science, by participating in scientific seminars & conferences at home and

abroad. We must also transfer our knowledge to juniors by writing in medical magazines, teaching and practical demonstrations.

Ideological responsibilities

We believe the existence of our creator Allah, and the final day when we will face Him with answer about our responsibilities in this world. So we must be conscious about our duties in various sectors, including believe in the truth from Allah and its propagation to our fellows and other peoples around us.

Professional Misconduct

- Issue of false Certificate
- Earning improper profit
- Abuse of professional knowledge
- Abuse of doctor patient relationship
- Negligence of professional responsibility
- Discloser of confidential information of patient
- Assisting unregistered person in practicing Medicine
- Offenses discreditable to the medical/dental practitioner
- Abuse and share of financial opportunities
- Canvassing, advertising and using false titles

Our Mission

Inna salati wa nusuki wa mahyaya wa mamati lillahe Rabbil Alamin. "We seek the pleasure of almighty Allah through character building and service to humanity"

- To Provide a forum and resources for Muslim physicians and other health care professionals
- To promote a greater awareness of Islamic medical ethics and values among Muslims and the community-at-large
- To provide humanitarian and medical support
- To promote the art and science of medicine and the betterment of public health and to be an advocate in health care policy.

What is our goal by carrier?

- To become Leader
- Ideological leader
- Public leader
- Professional Leader
- Subject Leader

Ideological Leader

Usually difficult for professionals like physician

Public Leader

Possible for a Physician also

After MBBS/Post-Graduation :

- 1) BCS/Govt. Job with posting in own Upa-Zilla
- 2) Give rational health service to people
- 3) Be familiar to the Upa-Zilla people
- 4) Compete in Elections

Professional Leader

It Should be our Aim:

- Join any medical college, may be in private
- BMA and other association election
- BCPS election
- Regular contact with Colleague

Subject Leader

- Join any medical college may be in private or educational institute
- Research and publication regularly
- Join conferences in home and abroad
- Submit abstract in all conferences in home and abroad

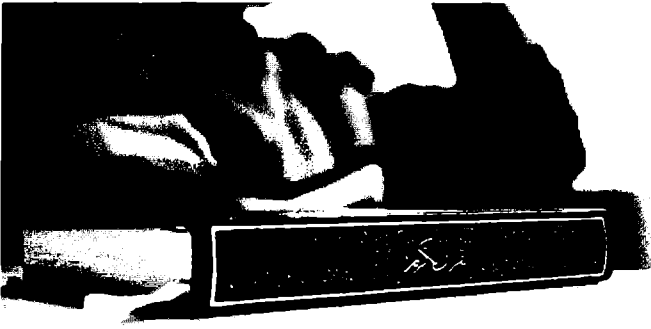
Carrier Not For

- Money earning machine
- Unethical practice
- To become practice leader

Conclusion

- We are Representatives from Allah
- We are servants of Allah
- We must acquire knowledge
 1. Religious knowledge
 2. Worldly knowledge
 3. Professional Skill
- We must Serve the mankind

As a physician/Surgeon our patients to be satisfied with our behavior. We must give sufficient time to understand there problem and to avoid unnecessary investigation. To give correct treatment by minimum possible expenditure.Finally our aim is to satisfy Allah for the success in later life. ■



Islamic education system and How to implement it

Prof. Dr. Omar Hasan Kasule

Crisis of Duality in Education
Systems and Disciplines of
Knowledge

There are 2 parallel and largely
contradictory systems of
education: the traditional
Muslim system and the
imported European system.

Graduates of the 2 systems
speak different languages, use
different terminologies, and
have contradictory and
competing world-views.

Graduates of the traditional
system have limited
understanding or interaction
with the contemporary society.

Graduates of the European
system are generally not well
grounded in the Islamic
sciences and have limited self-
confidence in their Islamic
intellectual heritage and
identity. Duality of the
education system is associated
with duality of knowledge and
its disciplines: the sciences of
religion, *uluum al deen*, versus
sciences of the world, *uluum al
dunia*. The Consequences of the
duality of education and
discipline are divided loyalties,
confusion in the minds of
students, and intellectual

Paper Presented at the 15th International Leadership Training programme
Islamabad Pakistan 01-31st October 1998 by Prof Dr Omar Hasan Kasule,
International Islamic University, Malaysia.

schizophrenia of the *ummah's* educated elite. The following attempts at integration of the 2 systems have been partially successful: (a) introduction of European disciplines at traditional universities such as Azhar (b) introduction of traditional disciplines at modern universities such as the international Islamic universities in Islamabad and Kuala Lumpur (c) Islamic full-time schools in UK, USA, South Africa and other countries. The limited success is due to relative failure to address basic intellectual and conceptual issues to enable development of complete curricula and writing text books reflecting Islamic paradigms. The above attempts have in some ways been a continuing manifestation of duality only this time occurring in one building. Islamization of disciplines of knowledge is presented by this paper as the prescription for the crisis of duality.

The Concept of Islamization
Islamization of knowledge has become a very popular term and has taken on an identity of its own such that the semantics are debated without

dealing with the underlying concepts. Islamization is a process of recasting the corpus of human knowledge to conform to the basic tenets of *aqidat al tauhid*. When we talk about Islamic or Islamized knowledge we should be careful not to imply that there is knowledge that is not Islamic. All true knowledge whatever its kind and source is Islamic. Islamic knowledge has no time or space constraints because Islam is universal being suitable for every place and time.

Islamized knowledge will be for the benefit of all humanity and not monopolized by Muslims. The process of Islamization does not call for re-invention of the wheel of knowledge but calls for reform, correction, and re-orientation. Islamization is an evolutionary and not revolutionary movement. To avoid any further semantic confusion the term 'reform of disciplines' will be used subsequently in this paper.

**Reform of Disciplines:
Characteristics, Vision,
Mission, and Goals**
Discipline reform is the most important item on the agenda

of contemporary Islamization movement. Successful reform must have the following characteristics: pro-active intellectual effort, academically and methodologically rigorous, objective, and has practical consequences. The long-term vision is accelerated growth of objective, universal knowledge that is beneficial to all humanity and allows a harmonious interaction of humans with their physical, social, and spiritual environment. The practical mission is conceptual transformation of the paradigms, methodologies, and uses of disciplines of knowledge to conform to *tawhid*. The immediate goals are to de-Europeanize basic paradigms of existing disciplines and thus change them from being parochial to being objective and universal, reconstruct paradigms of disciplines using Islamic universal guidelines, reclassify disciplines of knowledge, reform the methodology of research, encourage growth of knowledge through research, and inculcate morally correct application of knowledge.

Misunderstandings of the Discipline Reform Program Reform does not imply that all what was in the discipline was un-Islamic. There are many good and true things accepted by Islam in many of the modern disciplines. Reform is not theologizing knowledge since Islam is universal and all-embracing; it does not seek to parochialize knowledge and tailor it to a particular culture or place. The reform we have in mind is of paradigms, methodology and uses of knowledge and not its contents. Content is changing so rapidly that reforming it is clearly futile.

Wrong Approaches to Discipline Reform

The following approaches have been used and have not succeeded because they did not address the core issues of the paradigms and methodology of disciplines: 'Insertion' of Qur'anic verses and hadiths in an otherwise European piece of writing, searching for scientific facts in the Qur'an, searching for Qur'anic proof of scientific facts, searching for Qur'anic scientific miracles, searching

for parallels between Islamic and European concepts, using Islamic in place of European terminologies, adding supplementary ideas to the European corpus of knowledge, and adding Islamic subjects to European school or university curricula. The possibility of discipline reform by spiritual reform of the student, scholar, or researcher has also been suggested at one time or another.

Main Areas of Reform

The following are the main areas in which discipline reform will be undertaken: classification of disciplines, epistemology, and methodology. These will be achieved in an ambiance that emphasizes revival of *ijtihad* and research, motivation to excel in knowledge, and inculcates correct attitudes to the use of knowledge especially science and technology.

Use of the Qur'an in the Reform Process

The Qur'an is very central to the discipline reform process but must be used correctly. The Qur'an is not a text-book

of any discipline although it has data and facts on various disciplines. The Qur'an gives general principles that establish objectivity and protect against biased research methodology. The Qur'an creates a world-view that encourages research to extend the frontiers of knowledge and its use for the benefit of the whole universe

Practical Steps / Tasks of the Reform Process

The following steps must be followed by anyone, individual or teams, involved in the reform process: (a) Grounding in Islamic sciences: basics of *usulul fiqh*, *ulum al Qur'an* and *ulum al hadith*, (b) reading Qur'an and *sunnat* with understanding of the changing time-space dimensions while at the same time knowing limitations of literal reading and interpretations, (c) clarification of basic epistemological issues and relations: *wahy* and *aql*, *ghaib* and *shahada*, *'ilm* and *iman*, (d) Islamic critique of basic paradigms of various disciplines, (e) Islamic reviews of existing text-books and teaching materials to identify deviations from the *tauhidi*

episteme, (f) cumulation of published research, (g) publication and testing of new school text-books, (g) publication of new text-books and other teaching materials, (h) establishment of specialized research institutions, and (i) developing applied knowledge in science and technology from basic knowledge.

The Priorities Among Disciplines

The following is the order of priority for discipline reform: natural sciences, social sciences, humanities, applied sciences and technology, and Islamic sciences. Natural sciences are trend-setters both in the field of methodology and social change. Social sciences will be easier to reform because they have now largely adopted the empirical methodology of the natural sciences. Humanities need to be recast using the Qur'anic methodology of analyzing the growth and decline of human civilizations and societies. Islamic sciences became fossilized over the centuries when *ijthad* was limited; they need a major

revival. They will have to be purged of hellenic, judeo-christian and other influences and will have to be rebuilt directly on the basis of the Qur'an and authentic *sunnat*. These important sciences will have to be approached taking the time-space dimension into consideration.

The challenge: what can you do as an individual?

You must develop commitment to the discipline reform process. You must master your discipline well; you cannot reform or improve what you do not know. If you did not get a traditional Islamic education endeavor to get the minimum essential knowledge of *usul al fiqh*, Qur'an and hadith methodology. Critique your discipline on the basis of *tauhid* and the universal and perennial values of Islam. Orient your research and teaching to Islamization priorities. Write and publish your ideas and experiences. Net-work with others who hold similar views and are engaged in similar endeavours. Teach and inspire others to take up the challenge of educational reform. ■

Bibliography

KNOWLEDGE AND TAJDID:

ABUSULAYMAN, Abdulhamid. *The Crisis In The Muslim Mind*. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1993

BADRI, Malik. *The Dilemma Of Muslim Psychologists*. Muslim Information Center UK 1979

ERFAN Niaz And Zahid A Valie. *Recommendations Of The Four World Conferences On Islamic Education: Education And The Muslim World: Challenge And Response*. Institute Of Policy Studies Islamabad, Pakistan 1995

FAKHRY, Majid. *Philosophy And Dogma In Islam And The Impact Of Greek Thought*. Aldershot, UK: Variorum, 1994

KHAN, M Wasiullah. *Education And Society In The Muslim World*. Islamic Education Series. Hodder And Stoughton/King Abdul Aziz University, Jeddah 1981

MUSLEHUDDIN, Muhammad. *Islamic Education; Its Forms And Features*. Islamic Research Institute Islamabad 1983

SIDDIQI, Mazheruddin. *Modern Reformist Thought In The Muslim World*. Islamic Research Institute Islamabad 1982

BASRI, Ghazali (Ed.) *An Integrated Education System In A Multi-Faith And Multi-Cultural Country*. Kuala Lumpur, Malaysia: Muslim Youth Movement Of Malaysia, 1991

EPISTEMOLOGY:

ANONYMOUS. *Islam: Source And Purpose Of Knowledge: Proceedings Of The Second International Conference Of Islamic Thought On The Islamization Of Knowledge At Islamabad Pakistan, In 1982*. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1988

BAKAR O. *Classification Of Knowledge In Islam: A Study In The Islamic Philosophy Of Science*. Institute Of Policy Research, Kuala Lumpur 1992

NADWI, A Abul Hasan Ali. *Islam And Knowledge*. Oxford Center For Islamic Studies Oxford 1988

RAHMAN, Afzalur. *Quranic Sciences*. The Muslim Schools Trust London 1981

METHODOLOGY

AHSAN MM. *The Islamic Attitude To Social Relations In The Light Of Sura Al-Hujrat Verses 10-12*. The Islamic Foundation 1989

Ali, M. Mumtaz. *Science And Scientific Method: Reflection On Redefinition And Reconceptualization (An Islamic View)*, Sokoto, Nigeria: Islamic Research Center. 1994

ALWANI Taha Jabir. *Usul Al Fiqh Al Islami: Source Methodology In Islamic Jurisprudence*. IIIT Herndon 1990

ASHRAF SA. *The Qur'anic Concept Of History*. The Islamic Foundation Leicester 1985

BROHI, AK. *The Qur'an And Its Impact On Human History*. The Islamic Foundation Leicester 1979

DENFFER, Ahmad Von. *Ulum Al-Qur'an: An Introduction To The Sciences Of The Qur'an*. The Islamic Foundation 1983

HASAN, Suhaib. An Introduction To The Science Of Hadith. London: Al-Qur'an Society, 1994

IBN RUSHD, The Distinguished Jurists's Primer (Bidayat Al-Mujtahid Wa Nihayat Al-Muqtasid) Vol.1 (Tr I Nyazee) Reading, UK: Garnett, 1994

IBN RUSHD, The Distinguished Jurists's Primer (Bidayat Al-Mujtahid Wa Nihayat Al-Muqtasid) Vol.2 (Tr I Nyazee) Reading, UK: Garnett, 1994

KHALIL, Imad Al-Din. The Qur'an And Sunnah: The Time-Space Factor. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1991

MUQIM, Mohammed (Ed.) Research Methodology In Islamic Perspective. New Delhi, Indi: Institute Of Objective Studies, 1994

SIDDIQI, Mazheruddin. The Qur'anic Concept Of History. Islamic Research Institute, Islamabad (Pakistan) 1965

RAHMAN, Fazlur. Islamic Methodology Of History. Islamic Research Institute Islamabad 1984

REFORM OF THE DISCIPLINES OF KNOWLEDGE:

ANONYMOUS. Islamization Of Knowledge. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1989

ANONYMOUS. Towards Islamization Of Disciplines: Proceedings Of The Third International Conference Of Islami Thought On The Islamization Of Knowledge At Kuala Lumpur, Malaysia 1984. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1989

ANONYMOUS. Islamization Of Attitudes And Practices In Science And Technology: Proceedings Of A Workshop Held At IIIT In Herndon Virginia USA In 1987. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1989

ABDULHAMID Abusulayman. The Islamic Theory Of International Relations. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1992

AHMED Akbar S. Towards Islamic Anthropology. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1986

IQBAL M, And Fahim Khan. A Survey Of Issues And Programmes For Research In Monetary And Fiscal Economics Of Islam. Institute Of Policy Studies Islamabad 1989

FARUQI AI, I.R. Social And Natural Sciences. Islamic Education Series. Hodder And Stoughton/King Abdul Aziz University, Jeddah 1981

FARUQI AI, Lamy. Islam And Art. National Hijra Council Islamabad ? Date

EL-NAGGAR ZR The Geological Concept Of Mountains In The Qur'an. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1990

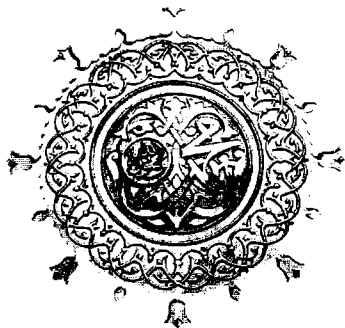
NASR, SH. Philosophy, Literature, And Fine Arts. Islamic Education Series. Hodder And Stoughton/King Abdul Aziz University, Jeddah 1982

SAMI, Muhamad Abdus And Muslim Sajjad. Planning Curricula For Natural Sciences. Institute Of Policy Studies Islamabad 1983

SAWI, Abdul-Jawwad M. AS-. Proposed Medical Research Projects Derived From The Qur'an And The Sunnah. Makkah, Saudi Arabia: Muslim World League Press, 1992

SAUD, Muhammad. Islam And Evolution Of Science. Islamic Research Institute Islamabad 1986

ZINDANI, Abdul-Majeed A. (Etl Al.) Human Development As Described In The Qur'an And The Sunnah. Makkah, Saudi Arabia: Muslim World League Press, 1992



The Medicine of the Prophet: A Message Par Excellence

M. Iqtedar Husain Farooqi

The prophetic traditions contain many mentions of remedies for various diseases...but are these divine revelation or from personal experience?

The traditions (sunnah) of the Prophet Muhammad (may the peace and blessings of Allah be upon him) are rich in advice and instructions on such matters as hygiene, sanitation, and treatment of disease through the use of medication.

Referred to as Al-Tibb Al-Nabawi (prophetic medicine) by Muslims the world over, about 50 prophetic traditions on specific ailments and their remedies have been grouped together under the chapter referred to as Kitab-al-Tibb (the book of medicine) in the well-known collections of Hadith (prophetic sayings) by Bukhari, Muslim, Abu Dawud, At-Tirmidhi, and more.

Also, more than 300 traditions on aspects of hygiene, cleanliness, habit of eating and drinking, etc. find mention in

Dr. Farooqi is a retired scientist/deputy director of the National Botanical Research Institute in Lucknow, India. mihfarooqi@satyam.net.in

these same collections. All these traditions, which number about 400, constitute what is referred to as prophetic medicine, and can be found together in the classic books of Ibn al-Qayyim Aljouzi (8th century Hijrah), Abu Nu`aim (5th century Hijrah), Abu Abdullah al-Dhahbi (8th century Hijrah), and Abu Bakr ibn al-Sani (4th century Hijrah). Most of these original Arabic treatises have been translated into English and other languages.

Islamic Foundations of Well-Being

The Prophet Muhammad (pbuh) laid down the foundation for a social order in which every member of society was advised to maintain a healthy life, physically, psychologically, and spiritually. No aspect of life was to be disregarded. In the opinion of Douglas Guthrie (*A History of Medicine*, 1945), great advances in medicine made by Muslims during the Middle Ages were mainly due to the impact of the traditions of the Prophet Muhammad (pbuh). Guthrie writes, "Had

not the Prophet Muhammad (pbuh) himself said, 'O Servant of God, use medicine, because God hath not created a pain without a remedy for it'. Guthrie failed to quote the source of this important prophetic saying, but it is obvious that he was referring to the famous hadith from Tirmidhi (one of the six most important collections of prophetic traditions).

As a matter of fact, there are several such sayings in which the Prophet (pbuh) laid great stress on medicine and discouraged seeking help through amulets, relics, and charms. For instance, the Prophet (pbuh) once said, "There is a remedy for every malady and when the remedy is applied to the disease, it is cured." This and several such hadiths have been described in Bukhari, Muslim, and Abu Dawud.

Once the Prophet (pbuh) was asked by one of his companions, "Is there any good in medicine?" To this he emphatically replied, "Yes." As a result, Islamic teachings make it the duty of every society or group of people to conduct research and discover the remedy for diseases that

afflict human beings. The concept of incurable diseases is thus alien to Islam.

Changing Age-Old Attitudes

There were several occasions when the Prophet (pbuh) visited the sick, and after enquiring about the ailments advised to take the medicine prescribed from experienced physicians. On several occasions he advised the sick to approach Harith bin Kalda, a well-known Jewish physician of Thaqif (a place near Madinah, Saudi Arabia where the Prophet (pbuh) resided at the time).

On one particular occasion the Prophet (pbuh) visited Sa`d ibn Abi Waqqas who had suffered a heart attack.

When the Prophet (pbuh) placed his hand on the chest of Sa`d he felt great relief, but the Prophet (pbuh) cautioned him and said, "You've had a heart attack and therefore should consult Harith Bin Kalda, who is the expert physician." It is these and many other similar occasions that greatly changed the attitude of the Arabs towards diseases. Arabs, during the pre-Islamic period, depended

mainly on invoking supernatural aid or different deities for the treatment of disease.

The Prophet Muhammad (pbuh), realizing the consequences of infectious epidemics, advised his companions that, "When you hear about a break of plague in any area, do not enter there and when it has broken in a land where you are, then do not run away from it (and thus spread it elsewhere)." On the basis of this hadith, Muslims considered precaution and vigilance against infectious epidemics as the command of God.

The Prophet (pbuh) also opposed charms and incantations as a form of remedy for diseases. On some occasions, however, when physical remedy (medicine) was not available, he allowed, mainly for psychological reasons, the recitation of an incantation that has definite meaning. He also declared the victims of epidemics such as cholera and the plague as martyrs. This was a great consolation for those who suffered from it and realized the fatal consequences.

The Prophet (pbuh) always



cautioned physicians to take extreme care in treating their patients and warned those not well-versed in the skill of medicine not to attempt treating the ill lest they might be held responsible for any complications. Quackery is, therefore, forbidden in Islamic medical ethics.

The Prophet Muhammad (pbuh) advised his followers to always care for their health, and whenever they were ill, whether seriously or otherwise, consoled them and told them not to feel that they were victims of the wrath of Allah. "Disease," he said, "is not the wrath of Allah, because Prophets also suffered great pains, much greater than ordinary people."

Imagine what a solace these sayings would have provided to the followers of Islam.

Hope as Medicine

There are many Prophetic hadiths in Bukhari, Muslim and others that show that people were accustomed to go to the Prophet (pbuh) regularly and tell him about their ailments. He would advise them to resort to medicine first and then pray to God to get rid of the disease. On several occasions he would himself suggest certain medicines. For instance, in case of loss of appetite he frequently advised his followers to take talbina, a preparation made from barley. For constipation

he used to recommend the use of senna.

He was also in favor of regular use of honey for keeping fit. Similarly, for different ailments he would advise the use of olives, black cumin, chicory, endive fenugreek, ginger, marjoram, saffron, vinegar, and watercress. Hadiths on these medicines and others show the concern of the Prophet (pbuh) for the welfare and good health of his followers. For even apparently small matters like drinking water, eating food, and keeping clean and tidy he also gave advice. He is noted to have said, "Cleanliness is half of faith." Some of the hadiths on black cumin, senna, and watercress are very thought provoking. For instance, the Prophet (pbuh) is reported to have said that, "Black cumin is a remedy for every disease except death." The Prophet (pbuh) expressed similar views on the efficacy of senna and cress.

The style and language of these hadiths are a clear indication of the fact that the Prophet (pbuh) placed great stress on medicines. These hadiths also put emphasis on

confidence building of the ill towards their diseases and agonies suffered. Very rational advice was given that none should be disheartened by the intensity and duration of the disease because remedies have been provided by nature. They were also advised not to be afraid of impending death.

Once during the time of the Prophet (pbuh), a person committed suicide as he could not bear the agony of his disease. The Prophet (pbuh) condemned the act and refused to participate in the last rites. Thus, hopelessness, despondency, dejection and frustration on account of serious disease and pain are against the spirit and tenets of Islamic medical ethics, as shown by the tradition of the Prophet (pbuh).

Charms and Incantations: A Thing of the Past

There are several authentic hadiths, according to which people were said to come to the Prophet (pbuh) for spiritual remedies for their illnesses and that of their kith and kin. The Prophet (pbuh), of course, prayed for them, but only after suggesting

remedies in the form of medicines. Often he would advise the patients to consult the best physician in the area. On one occasion a lady came to the Prophet (pbuh) with her child who was bleeding because of a throat infection. He admonished her and advised her to treat the disease by using the extract of costus and pseudo-saffron. Similarly, once his wife complained of an abscess on her finger. The Prophet (pbuh) suggested an application of sweet flag on the fingers and then asked her to pray to Allah for recovery. There was also an occasion when a scorpion bit the Prophet (pbuh) himself. He immediately asked for hot water to which salt was added. The hot solution was poured on his bitten fingers while he recited Qur'anic verses.

These occasions and Prophetic hadiths led Muslims to believe in the rationale of using medicine rather than resorting to charms and incantations. On several occasions he exhorted them not to depend on supernatural methods of healing. He is also reported to

have said, "charm is nothing but a work of Satan."

The Human Prophet

Although the Prophet (pbuh) on one hand gave suitable advice to his followers on earthly affairs when such situations were brought to his attention, on the other hand he tried his best to create confidence in themselves so that they could act according to their own experience and opinions. Once, while withdrawing his advice given earlier on the cross pollination of date palm he said, "Whenever I command you to do something related to religion, do obey. And if I command you something about earthly matters, act on your own (experience) and (do remember) I am a human being."

Putting Prophetic Medicine Into Perspective

In recent years, several books on prophetic medicine have been published, particularly in India and Pakistan, which do not project the true essence of the Prophet's message. For instance, the author of a recently published book entitled *Tibbe Nabwi Aur*

Jadid Science (Prophetic Medicine and Modern Science), claims that Prophetic treatment of heart attack by eating seven dates, as was suggested to Sa`d ibn Abi Waqqas, should still be preferred over modern bypass surgery for the disease, provided people have faith in the treatment of the Prophet (pbuh). The learned author failed to understand that the Prophet (pbuh), while suggesting to Sa`d to take dates as temporary relief, also advised him to consult the expert physician Harith bin Kalda for treatment.

As a matter of fact, it is not desirable to consider the Prophet's traditions on medicine as similar to the prescription of a physician. In this connection, the opinion of Ibn Khaldun (14th century AD) is highly relevant and realistic. He says, "The Prophet's mission was to make known to us the prescription of the Divine Law and not to instruct us in medicine of the common practice of ordinary life" (Muqqaddima). In his opinion, even very authentic hadiths cannot be taken as a mere medicinal prescription,

which is the duty of an experienced physician.

He says, however, that "with sincere faith, one may derive from them [hadiths] great advantage though this forms no part of medicine as it is properly called." To emphasize his point of view, Ibn Khaldun refers to occasions when the Prophet (pbuh) tried to create confidence in his followers by advising them to take their own judgments in worldly affairs.

Prophetic medicine is a message par excellence. It is an advice to keep a healthy body and soul and to have faith in both physical and spiritual treatment. It is a command to us to strive hard to find newer medicines and newer remedies. It is a warning to those who consider diseases as the will of God for which no remedy is needed.

It is an admonition for us to keep away from so-called spiritual treatment based on superstitions like sorcery, amulets, and charms. ■

Source:

<http://www.onislam.net/english/health-and-science/faith-and-the-sciences/441578-the-medicine-of-the-prophet-a-message-par-excellence.html>

Medieval Islamic Hospitals & Medical Schools

Hossam Araf, David W. Tschanz

Medieval Islamic civilization focused a great deal of attention on developing the medical arts. A key aspect was the development of hospitals and medical schools throughout the period. The ailing saw hospitals, individually called *bimaristan* (asylum of the sick), as a place where they could be treated and perhaps cured by physicians.

Medical practitioners saw the *bimaristan* as an institution devoted to the promotion of

health, the curing of diseases and the expansion and dissemination of medical knowledge.

Medical schools and libraries, where senior physicians taught the students medical techniques and how to fully apply their knowledge when dealing with their patients, were attached to the larger hospitals. Hospitals set examinations for their students, and issued diplomas.

The *bimaristan* was, in short, the cradle of Islamic medicine

David W. Tschanz is a medical/military historian currently based in Saudi Arabia. He is also an epidemiologist, web developer, computer systems engineer, editor and demographer. Desertwriter1121@yahoo.com

and the prototype upon which the modern hospital is based. These institutions were not only critical to the dissemination of medical learning, but formed the basis for hospitals and medical schools as we know them today.

By the 11th century there were even traveling clinics which were staffed by the hospitals. These clinics brought medical care to those too distant or too sick to come to the hospitals themselves. Early Islamic medical facilities could be subdivided into mobile dispensaries, first aid centers and permanent hospitals.

Mobile Dispensaries:

The idea of a mobile dispensary dates back to the time of the Prophet Muhammad (pbuh). During the Ghazwah Khandaq (the Battle of the Ditch) a separate tent was erected for the wounded. When Sa'id bin Mu'az was wounded and one of the blood vessels in his arm was injured, the Prophet ordered that he should be kept in the tent so that he could personally look after him.

Later caliphs and rulers developed and extended these "MASH" units into true traveling dispensaries complete with doctors and pharmacists. Their mission was to meet the needs of outlying communities that were far from the major cities and permanent medical facilities.

By the reign of the Seljuq Turkish Sultan Mohammed Saljuqi, the mobile hospital had become so extensive that its equipment needed forty camels to transport it.

Permanent Hospitals :

The first Muslim hospital, a leprosarium, was constructed during the time of Waleed bin Abd-al Malik. Physicians appointed to this hospital were provided with large properties and salaries. Patients were essentially confined to the facility because of the contagious nature of their disease, but were granted stipends (just as the blind received) in order to care for their families. Harun al-Rashid established the first general hospital, in the modern sense of the term, in Baghdad in about 805. Within a decade or two, 34

more hospitals had sprung up throughout the Islamic world, and the number grew with each passing year. In Spain, Cordoba alone had fifty major hospitals. Some of those hospitals were reserved for

the military and had their own special doctors. These doctors supplemented the special doctors who were attending to the caliphs, the military commanders, and the nobles.

There were also separate hospitals for convicted prisoners. A doctor examined the prisoners every day and they were provided with the necessary facilities for treatment. The Wazir 'Ali bin Isa bin Jarah bin Thabit wrote to the chief medical officer of Baghdad saying that, "I am very much worried about the prisoners. Their large numbers and the condition of prisons make it certain that there must be many ailing persons among them. Therefore, I am of the opinion that they must have their



The bimaristan was, the cradle of Islamic medicine and the prototype upon which modern hospital is based.

own doctors who should examine them every day and give them, where necessary, medicines and decoctions. Such doctors should visit all prisons and treat the sick prisoners there."

Other hospitals were open to all who needed them on a 24-hour basis. Some only saw men or women, while others cared for both in separate wings, but with duplicate facilities and resources. Hospitals were subdivided into various departments including: systemic diseases, ophthalmology, surgery, orthopedics and mental diseases.

The department of systemic diseases, equivalent to the modern department of internal medicine, was usually further subdivided

into sections dealing with fevers and digestive troubles. Larger hospitals had more departments and different subspecialties.

Every department had an officer-in-charge and a presiding officer, in addition to a supervising specialist. There was a superintendent, called a sa'ur, who was responsible for overseeing the management of the entire institution.

Hospitals were staffed with a sanitary inspector who was responsible for assuring that cleanliness and hygienic practices were maintained. In addition, there were accountants and other administrative staff to assure that hospital conditions -- financial and otherwise -- met established standards.

Physicians worked fixed hours during which they were expected to see the patients that came to their departments.

Every hospital had its own staff of licensed pharmacists (saydalani) and nurses. Medical staff salaries were fixed by law and compensation was distributed at a high rate.

Hospitals, like all medical

care, were free and available to all -- rich or poor; foreigner or resident; commoner or nobleperson. Physicians staffed outpatient clinics where less serious cases were given prescribed medicines to be taken at home. Serious cases requiring regular attention and supervision were admitted to the hospital. Inpatients were issued hospital wear from a central supply area while their own clothes were kept in the hospital store.

If a patient was taken to the hospital ward, he would find a bed with clean sheets was ready for him. The course of treatment prescribed by the doctor began immediately upon arrival and the hospital rooms and wards were neat and tidy with an abundant supply of water.

Patients were placed on a fixed diet, depending on their condition and disease. The criterion of sound health (following recovery from illness) was that the patient was able to ingest an amount of bread, normally taken by a perfectly healthy person, with the roasted meat of a whole bird at one time.

If he could easily digest it, he

was considered perfectly recovered and healthy and was released. Patients who were cured of their maladies but considered too weak to discharge were transferred to the convalescent ward until they were healthy enough to leave. Where applicable (e.g. the poor), patients were given new clothes along with a grant of money to aid them in establishing a livelihood.

First Aid Centers:

In addition to the permanent hospitals discussed above, cities and major towns also had first aid centers. These acute care centers were typically located at busy public places, such as large mosques.

Maqrizi described one such facility in Cairo saying, "Ibn-e-Tulun, when he built his world-famous mosque in Egypt, at one end of it there was a place for ablutions and a dispensary also as annexes. The dispensary was well equipped with medicines and attendants. On Fridays there used to be a doctor on duty there so that he might attend immediately to any casualties on the occasion of this mammoth gathering."

Medical Schools & Libraries:

One of the major roles of the hospitals was the training of physicians. Each hospital had a large lecture theater where students, along with senior physicians and the senior medical officers, would meet and discuss medical problems...seminar style. As training progressed, medical students would accompany senior physicians to the wards and participate in patient care, much like a modern day residency.

Training culminated in the application for a license to practice medicine.

Candidates had to appear before the region's government appointed chief medical officer. The first step required writing a treatise on the subject in which the candidate wanted to obtain a certificate of proficiency. The treatise could be an original piece of research or a commentary on existing texts, such as those of Hippocrates, Galen and, after the 11th century, those of Ibn Sina.

Candidates were encouraged to carefully examine these earlier works for errors. This emphasis on empiricism and



Egypt's Ibn Tulun Hospital had library comprising of 1,00,000 books on various branches of medical science in the 14th century, when Europe's largest library, at University of Paris consisted of a mere 400 volumes.

observation, rather than a slavish adherence to authorities, was one of the keystones of the medieval Islamic intellectual ferment. Upon completion of the treatise, the candidate was interviewed at length by the chief medical officer and questioned on all the relevant problems of his prospective specialty. If he succeeded in giving satisfactory answers he was licensed to practice medicine. Another key aspect to the hospital, and of critical importance to both students and teachers, was the presence of extensive medical libraries. Egypt's Ibn Tulun Hospital had a library comprising of one hundred

thousand books on various branches of medical science in the 14th century, at a time when Europe's largest library, at the University of Paris, consisted of a mere 400 volumes.

Hospitals in Islamic History

The first known hospital in Islam was built in Damascus in 706 A.D. The capital of the Islamic caliphate empire kept changing from one dynasty to another. In each capital, an important medical center developed. Thus, by the end of the 13th century, there were many medical centers spread throughout the Islamic world. As this is an expansive subject in history, Space does not allow the description of all the hospitals built throughout these centuries. We, therefore, have chosen some of the important institutions, which will be described according to the region where they were developed in.

Damascus: The first known hospital in Islam was built in Damascus in 706 A.D. by the Umayyad Caliph, Al-Walid (Hamarneh, 1962). The most important hospital built in Damascus in the middle ages was named An-Nuri Hospital, after King Nur Ad-Din Zinki in 1156.

This hospital was built during the Crusades War, hence the importance of it being built was to fulfill a need for a well-equipped and well-staffed hospital. It turned out to not only be first class in care, but the hospital also was an excellent first class medical school. It is important to understand why books were expensive and limited in number in the middle ages.

This was because they were hand-written and because printing was not, in process, used until the middle of the 15th century. Books were hand-written and thus expensive and limited in number. The king donated a whole

library rich in medical books to the hospital. The hospital adopted medical records, probably being the first in history. From its medical school, many eminent physicians graduated, for example Ibn Anl-Nafis, the scholar who discovered the pulmonary circulation system. The hospital served the public for seven centuries and parts of it still exist today.

Jerusalem: In 1055 A.D., the Crusaders built Saint John's Hospital. By the end of the 11th century, it expanded to such an extent to include a hospital, a palace for knights, and a convent for the nursing sisters. The medical activities of the hospital were tremendous because of the large number of daily

Ash-Sham at that time included what is known now as Syria, Lebanon, Jordan, and Palestine., Damascus and Jerusalem were the important cities.





A figure depicting a Muslim physician during a treatment. Serefeddin Sabuncuoglu, *Cerrahat al-Haniyye*, Millet Library, Ali Emiri Tip, p. 79.

admissions of patients, pilgrims, and wounded soldiers.

After the liberation of Jerusalem by Salah ad-Din in 1187 A.D., the hospital was renamed, changed into Al-Salahani Hospital. He expanded the hospital, which continued to serve the people until its destruction by an earthquake in 1458 A.D.

Iraq and Persia

Baghdad: In 750 A.D., Baghdad was elected and built to be the capital of the Abbasid dynasty by the Caliph Abu-Jaifar Al-Mansur. In 766 A.D., he assigned the dean of the medical school of Jindi Shapur, Judis Ibn-Babtishu', to be the court physician and establish hospitals

proportionate to the glory and prosperity of Baghdad.

When Harun Ar-Rashid followed (786-809 A.D.), he ordered the grandson of Ibn-Babtishu and his court physician, Jibril, to build a special hospital named Baghdad

Hospital. This hospital developed into an important medical center. One of its chiefs was Al-Razi, the eminent internist.

In 918 A.D., the Caliph Al-Mujgtadir built two hospitals in Baghdad. One was on the east side of the city, which he named Asl-Sayyidah Hospital, after his mother. The other was on the west side of the city, which he named, Al- Mujgtadiri Hospital, after himself.

Another important hospital was named Al-Adudi Hospital. It was built in 981 A.D. after King Adud Ald-Dawlah. It was the most magnificent hospital built in Baghdad before modern times. It was built at the request of the Caliph, who

wanted to outdo his predecessors.

It was furnished with the best logistical equipment and supplies known at the time. It had interns, residents, and 24 consultants attending its professional activities. Haliy Abbas, who wrote the famous book *Liber Regius* (Al-Malaki), was a member of staff. It was destroyed in 1258 when the Mongols, led by Holagu the grandson of Genghis Khan, invaded Baghdad.

North Africa

Egypt:

Al-Fustat: In 872 A.D., Ahmed Ibn-Tulun built a hospital called Al-Fustat Hospital in the city Al-Fustat, which is now Old Cairo. It served the growing Cairo population for six centuries. It was divided into separate wards. On admission, the patients were given special apparel while their clothes, money, and valuables were stored until they were at the time of their discharge.

Cairo: In 1284 A.D., King Al-Mansur Qalawun built the famous and important hospital named Al-Mansuri

Hospital. The story behind its construction is interesting. King Al-Mansur Qalawun was an officer in the Muslim army fighting the Crusaders. While in the Holy Land, he fell sick and was admitted to An-Nuri Hospital.

On recovery, he vowed that if he ever became the ruler of Egypt, he would build a great hospital in Cairo, even more magnificent than An-Nuri Hospital, for, the sick, poor, and rich alike. At the inauguration ceremony, he asked for a cup of lemonade from the fountain, which was normally filled with water. After drinking it he declared that by taking it, he was signifying that the hospital was serving all people from the king to the least of his subjects. (Hamarneh, 1962). This was the best hospital built at that time as reported by the contemporary travelers and historians of that time such as Ibn-Battuta and Al-Kalkashandi. It was divided into different sections according to medical ailments for different diseases. Music therapy was used as a form of therapy treatment for psychiatric patients.

It served 4,000 patients daily and the patient's stay in the hospital was free. Moreover, on his discharge, the patient was given food and money for compensation for being out of work during his hospital stay. Al-Mansuri Hospital has served Cairo for seven centuries since its opening has been built. It is now used for ophthalmology and renamed Qalawun Hospital. Its magnificent ancient door is preserved in the Islamic Museum of Cairo.

Tunisia: In 830 A.D., Prince Ziyadat Allah I, built Al-Qayrawan Hospital in a district of the Qayrawan city called Adl-Dimnah.

Subsequently all hospitals in Tunisia were called Dimnah instead of Bimaristan as they were called in the East, which is a Persian word meaning a hospital. The Qayrawan Hospital was characterized by spacious separate wards, waiting rooms for visitors patients, and female nurses from Sudan. The hospital also had a prayer hall.

Morocco: In 1190 A.D., The

king Al-Mansur Ya'qub Ibn-Yusuf built a hospital in the capital city, Marakesh, and named it the Marakesh Hospital. It was a huge hospital beautifully landscaped with fruit trees and flowers. Water entered all the sections through aqueducts.

Patients were provided with special apparel: one for winter and another for summer. The pharmacy was taken care of by specialists called the Saydalah and there was an expensive private section where each patient was charged what is equivalent today to \$1,501 a day. One thousand years ago, this fee was quite expensive.

Andalusia : In 1366 A.D., Prince Muhammad Ibn-Yusuf Ibn Nasr built the Granada Hospital in the city of Granada, which had a population of expanded to half a million population. The hospital represented the beauty of Islamic architecture in Spain and served the people until the fall of Granada in 1492 A.D. ■

Source: http://www.onislam.net/english/health-and-science/faith-and-the-sciences/423123-hospitals-in-islamic-history-.html?the_Sciences=

Why Patients Go Abroad?

Dr. Abu Hena Abid Zafr



Ehsan Sadeq, a worker at a private bank, has managed to scrape together Tk 60,000 from his savings to go to India next month for treatment of his six years old son Rudra, who is suffering from a neurological problem. It wasn't his first

thought when he discovered his son was ill. Ehsan consulted country's four leading neuromedicine specialists and got treatment at government hospitals, but not to his satisfaction. Now, after taking the advice of his colleagues in the Bank and

The writer is the Medical Director of Crescent GastroLiver & General Hospital and may be reached at abid_zafir@yahoo.com

friends, he decided to join the tens of thousands of Bangladeshis who travel abroad each year in search of expert medical care.

Every year a large number of patients from Bangladesh go overseas to seek medical treatment and they spent in the tune of about taka five million every year. This represents a huge drain of the national resources. Despite the expansion of high-end health services in Dhaka medical tours of wealthy and middle class Bangladeshis continue to rise.

The main countries where Bangladeshis obtain hospital services include Thailand, Singapore and India. That, the number of medical visas granted to Bangladeshi's by India, Thailand and Singapore all increased in recent years. In 2007 around 45,000 Bangladeshi patients went to India, 15,000 to Bangkok, 4,000 to Singapore and another 5,000 to other countries for medical treatment. Thailand's Commercial Counselor to Dhaka said 15,000 patients went to Thailand from Bangladesh in 2007. This compares with 13,500 in 2006

and 11,000 in 2005. An official of the Singapore Consulate in Dhaka informed approximately 5,000 patients went from Bangladesh in 2007, up from 4,500 in 2006 and 3000 in 2005.

Businessmen and other executives prefer foreign treatment as they have yet to gain confidence in the standard of local medical services.

Let's be realistic, it's no secret that there is a strong sense of distrust towards the medical system in Bangladesh, the frequent stories of malpractice that people hear about through the print or electronic media or the gossip has added to the general public's lack of confidence in the health care system. The inception of corporate hospitals, with their foreign five-star-hotel-like ambiance has attracted a lot of attention, but has not quite dispelled the general skepticism regarding health care in this country, no matter how glossy the presentation is. Those who can afford to, a stark minority of the population, go abroad for treatment, while the less fortunate are forced to be

content with the often (?) inefficient health care available in the country. Under the above circumstances, assessment of the country's quality of health care service has become imperative, where patients' voice explaining their wants and expectations can play a greater role. Hospitals in the developed world recognize the importance of delivering patient satisfaction as a strategic variable and a crucial determinant of long-term viability and success. Consequences of patient dissatisfaction can have serious ramifications— e.g. patients are unlikely to follow treatment regimen, may fail to show up for follow-up care and in extreme cases, may resort to negative word-of-mouth that can dissuade others from seeking health care services from within the country or persuade them to seek it abroad.

Despite recent developments in Bangladesh healthcare sector, there is still great concern about the quality of healthcare services in the country. The overall quality is better in the foreign hospitals compared to that in the private hospitals in Bangladesh in all factors, even the 'perceived cost' factor. These short-falls provide insight into the specific factors of the quality of hospital services that need to be addressed to ensure healthcare services of int'l standard which may halt healthcare tourists. In Bangladesh, the government has begun to strategically integrate the health sector into its poverty reduction plan. An unhealthy nation is destined to perpetuate a vicious cycle of poverty. Improving the health and longevity of the poor is an end in itself, a fundamental goal of

Total Number of Medical Tourist Visits

country	2002	2004	2005	2006
Singapore	2,10,000	3,20,000	3,74,000	4,10,000
India	1,00,000	1,50,000	1,85,000	2,35,000

economic development. The efforts of the government, NGOs and private service providers in the country's health sector have been rewarded with some success, especially in primary health care with its focus on prevention. Presently, 73% of children are fully immunized and the child mortality rate has declined substantially to 88 per 1000 (live births) from 153 in the mid-1970s. Maternal mortality has also declined to 3.2 per 1000 in 2001 from 6 per 1000 in the 1980s. While the efforts are in the right direction, the public health sector is plagued by perceptions of poor quality. The overall utilization rate for public health services is as low as 30%. The trend of utilization of public health services has been declining, while the rate of utilization of private health facilities has been increasing. The unavailability of doctors and nurses, as well as their negative attitude and behavior, and poor technical know-how are major hindrances to the utilization of public hospitals. What is particularly

frustrating is the lack of empathy of the service providers, their callous and casual demeanor, their aggressive pursuit of monetary gains, their poor levels of competence and occasionally, disregard for the suffering that patients endure without being able to voice their concerns— all of these service failures are reported colored frequently in the print media. Such accusations play powerful role in shaping patients' negative attitudes and dissatisfaction with health care service providers and health care itself. The private health sector also deserves close scrutiny. Private hospitals grew around 15% per annum. There are concerns that the quality of service is being ignored here as well. Some of its main drawbacks include disregard of int'l standard treatment protocols, lack of qualified nurses and unnecessary diagnostic tests, lack of round the clock availability of health care providers (e.g. specialists & consultants), and consultation time is very short (3–10 minutes), with almost no privacy.

Today's customers of health care services in developed countries are being driven by greater levels of information available to them. These buyers are therefore more discerning, knowing exactly what they need.

Communication is vital. If a patient feels alienated, uninformed or uncertain about her health status and outcome, it may affect the healing process. When patients are consulted regarding the type of care they will be receiving, it can alleviate their feelings of uncertainty, also patients' awareness is heightened and they are better sensitized to expected outcome.

Appropriate communication and good rapport can, thus, help convey important information to influence patient satisfaction.

Bangladesh's health care system is a far cry from this school of thought. It is true that in our current system, doctors do not communicate extensively with the patients. This aspect of doctor-patient relationship needs serious improvement. Patients expect doctors and nurses to communicate clearly and in a

friendly manner regarding laboratory and other test results, diagnosis, prescriptions etc. Similarly, nurses are expected to understand patient's problems and to communicate them to the doctor properly. Most patients feel that doctors often leave them in dark by not explaining things. Whether or not the patient understands the medical terminology, it is important to clearly explain the situation for them to feel more involved and informed. Sometimes doctors find it easier not to go into details. But this attitude causes patients to distrust us. It is important for the physician to treat the patient with humble respect, and only then will patients start to trust the system.

Most of the reputed physicians in the country serve multiple hospitals including a posting in public set ups, they are incapable of giving due time and attention to patients. Long waiting time and insufficient consultation time are key factors contributing to patient dissatisfaction. And there is

accusation that doctors recommend unnecessary medical tests. The mushroom growth of pathological laboratory in the country has compromised with the poor, often inaccurate test results. Health care providers' empathy and understanding of patients' problems and needs can greatly influence patient satisfaction. Patients desire doctors to be attentive and understanding towards them. Similarly patients expect nurses to provide personal care and mental support to them. Patients expect hospital staff to respond promptly when needed. They also expect the required equipment to be available, functional and able to provide quick diagnosis of diseases. Knowledge, skill and courtesy of the doctors and nurses can provide a sense of assurance that they are in the safe hands. Assurance is embodied in service providers who correctly interpret laboratory reports, diagnose the disease competently, provide appropriate explanations to queries, and generate a sense of safety. Nurses also play an important part in providing

additional support to patients' feelings of assurance by being well-trained and by addressing their needs humbly, but the dearth of nurses is a real problem in Bangladesh today imposing serious constraints on health service delivery. Currently there are only eleven nurses for 100,000 people in Bangladesh compared to 94 in India and 103 in Sri Lanka. There is a general notion in Bangladesh that people entering the nursing profession usually come from the lower socio-economic strata. Coming from their world of struggle, their attitudes may be difficult to change. The nursing profession should be accorded more social status to attract others, especially from the upper strata to provide this vital service. This might be accomplished by offering a higher salary, fringe benefits, free technical and behavioral training, free placement of their services in the country and abroad, and promoting their role and status. Almost every hospital, emergency room, surgery center etc. has a lot of over-worked, over-stressed, underpaid people



Communication and good rapport can, thus, help convey important information to influence patient satisfaction

working in all areas (radiology, nursing, surgery staff, surgeons, doctors) and this leads to poor care and mistakes.

Medical tourism isn't a new phenomenon. As early as the 1970s, wealthy Americans and Europeans were known to slip away to Brazil for the occasional nip and tuck. But over the past 10 years, the game has begun to change dramatically.

The phrase 'medical tourism' was once used to describe early retirees jetting in to Bangkok or Bangalore to have a little work done before recuperating on the beach.

That image doesn't jibe with the numbers today. As many as half a million Americans streamed abroad last year in search of affordable alternatives for hip replacements or prostate surgery. They went because 47 million Americans lack insurance and can't pay for surgery to fix a bad back or clogged arteries. They're fleeing a system that is by far the most expensive in the world and growing more so, with diminishing quality of care. Most American patients venturing abroad either lack decent insurance or want operations that their insurers

and employers won't cover. A journey to Bumrungrad was hardly a descent into some third-world medical hell. It was arguably a world-class hospital even before it became a world-famous one. Administrators have spent the past 15 years acquiring state-of-the-art technology, wooing Thai doctors abroad to come home. Bumrungrad replaced its paper records with an all-digital system very recently. Even before arriving, patients can trade phone calls and emails with doctors. The hospital's outpatient clinic is more stylish than the bar at a five-star hotel. Arrivals from Asia or the Middle East have separate floors to make them feel at home. The ratio of nurses to patients is almost 1:1. Doctors in Thailand and India are arguably out-dueling their western counterparts when it comes to better care. But they are in a business at the end of the day. Health care, in their mind, is not necessarily a social compact nor a universal right, but a quality product to be packaged and sold at a sensible price. Medical

tourism as we see is already giving way to 'globalized health care'. Like Bumrungrad says, 'we were a Thai hospital serving a Thai community, now we are an international hospital that just happens to be in Thailand'. This unusual blend of tourism and medicine doubled last year globally, with roughly 1.5 million Americans heading abroad for medical care in 2008, generating the majority of the privately owned hospital's revenue. Hospitals in Thailand, S'pore and India have led the way, marketing heavily to international patients. Bumrungrad, a pioneering hospital in this sector, wraps its patients in a comfortable bubble of butler service, oriental rugs and marble floors – a 'five-star experience', with attentive service, personal chefs, massages and haircuts. Physical evidence is very important to patient's judgment. Generally, good appearance of the physical facilities, equipments, personnel and written materials create positive impressions. A clean and organized appearance of a

hospital, its staff, its visually appealing premises, restrooms, equipments, wards and beds can influence patients' impressions about the hospital. However, in Bangladesh, most of the hospitals/clinics are lacking in many of the above attributes, thereby attenuating patient satisfaction.

An orderly management of the overall health care service constitutes patients' expectation that doctors will maintain proper visiting schedules and that there will be structured visiting hours for relatives, friends etc. Updated patient records and standard patient release procedures also facilitate patient care. The practice of paying '*Baksheesh*' is an indication of process failures that sometimes go out of control.

Foreign hospitals are rated highest on all service dimensions. Unless this perception is matched by local hospitals, foreign exchange losses can be substantial as patients in large volume will continue to seek care abroad.

It is for this reason that affiliation with foreign

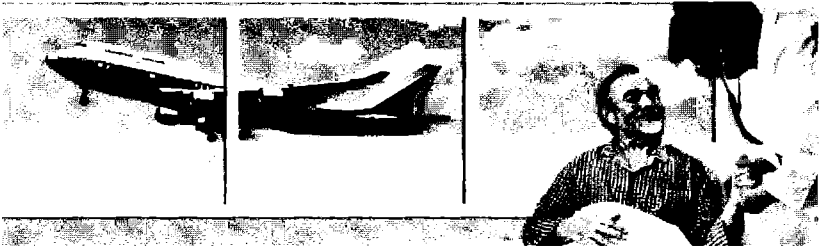
hospitals may help to change the scenario. The newly built corporate hospitals trying very hard to take health care in Bangladesh to new heights by creating partnerships with different hospitals abroad, USA, Vellore, India, Singapore and Bangkok, in order to provide not only better health care in terms of cutting edge technology and facilities, but also the option of getting a second opinion from any one of these foreign affiliations without leaving Bangladesh. Patients who go abroad for check-ups can follow up by having their blood test results sent by DHL and images such as X-rays and scans sent via internet to any of these health care facilities. In addition, there is telemedicine facility for patients in Bangladesh who wish to consult physicians or specialists in any of the partner hospitals. This makes it possible for the patient to get an unbiased and experienced second opinion. This means Bangladeshi patients are getting treatment directly under foreign doctors, surgeons. But there are also concerns that the new high-

end hospitals being built in the capital are too expensive, on occasions out pricing India and even Thailand. An executive checkup (including chest X-ray, ECG, blood test and tests for blood pressure and diabetes) costs around Tk 18,000 in Dhaka but is just Tk 15,000 in many Indian and Bangkok hospitals. Bypass surgery at different high-end hospitals in Dhaka costs over Tk 2 lac 50 thousand, while it can be conducted at below Tk 2 lac in Indian hospitals, *(such comparisons may be misleading, as it is very difficult to judge care levels or the skills of the medical staff involved)*.

The cost of services is important to the users of public hospitals but not to the users of private or foreign hospitals. To the latter (usually from the upper strata), cost may not be as important as is service quality, lacking which they go overseas. Much of the country's foreign exchange is being siphoned to foreign hospitals that are costly but better on service features. Some economists have hailed the huge investment in our health care sector as the central pillar of a

postglobalization economy built around services. In their views, hospitals and their support system of doctors and administrators have been, and will continue to be, the greatest creator of domestic jobs. They have successfully attracted both medical and administrative staff from outside the country.

As a least developed country we may lack some of the very latest medical advancements, like *daVinci* robotic surgery, cyber knife, trans-myocardial laser revascularization, PET imaging etc. But patients do not travel to avail these exotic facilities, it is often combined with the lure of visiting luxurious vacation spots, some office or business tours, shopping in upscale malls, its beaches, and the bustle of Bangkok. This is how it begins – with a crying need, with curiosity, and with the desire to see a places like Bumrungrad, Mt Elizabeth, Vellore, Mumbai, Bangkok or Sentosa with one's own eyes. As in every summer millions head to these lands for vacation, adventure, tourism, or just a beautiful beach. A growing number of tourists



are doing just that, combining holidays with health care. Some treat it as social status. Sometimes it is the kidney transplant or the hip surgery or a multiple bypass or a facelift, oncology or neurology, cosmetic surgery or infertility treatment – where outcomes are very uncertain.

If the quality of service and environment show little signs of improvement, I believe, a large number of these patients who can afford will not go to foreign hospitals. Because it involves huge financial costs and cumbersome processes in getting visas, obtaining foreign exchange, arranging for transportation, accommodation and food, and finding the right service providers etc. The truth is that no hospital, no matter where in the world we go, will be 100% accurate – not even in the United States (as

many as 98,000 people die each year in US hospitals due to preventable mistakes alone, more than those who fall to AIDS, breast cancer and car crashes combined). What we should try to do is, cordial service, in a fast, efficient way where quality is kept, efficiency is gained, and prices don't go up?

Do you end up sending your 80-year-old mother to India when she has never been sent outside of a 50 mile radius from home? You're going to put her on a plane and ship her to a hospital where they don't understand her language or culture and where conditions may be uncertain? Patients sometimes come back with horror stories about language barriers or the cultural shock of getting cushy treatment. Yet another beneficiary is the middlemen assisting in the care and feeding globalization's newest

nomads. Travel agents aren't the only ones alluring patients abroad with big discounts, already companies have emerged as one-stop shops for curious patients by offering a service that's partly quality control, partly travel agent – all-inclusive package deals with airfare, hotels, a medical case manager, and even the cost of the care itself. Sometimes they are sophisticated fraud, and they are very unscrupulous, and they cheat. Going overseas for medical/dental work is a added risk of catching Hepatitis. But for all the confidence expressed by the leadership of the new local hospitals, many Bangladeshi patients would prefer to stay at home to avoid costly and troublesome trips to neighboring countries, because in addition to the treatment patients have to pay travel and hotel expenses, including those of the person accompanying them.

At the end of the article we put some recommendation which might ensure that more and more patients stay in Bangladesh for medical treatment:

For a service that is largely credence based we contend that improving medical care in Bangladesh requires attention to service features that are regularly rated by patients.

Health service providers should have the patient's best interest in mind and that they will deliver services with integrity, fairness and beneficence.

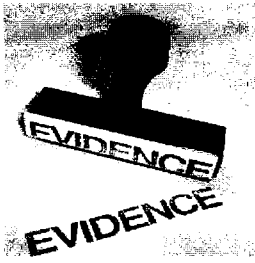
Media can play a pivotal role in motivating the general public's opinion to Bangladeshi health care system favorable. We are curious about the malpractice that occur in Bangladesh, but not interested to highlight their success stories.

The practice of limiting the maximum number of patients to be visited by a physician in a day could be imposed in both public and private hospitals. While this measure might lead to an increase in costs per visit, the gains from the quality treatment due to lower patient load will be reflected in fewer mistakes and higher patient satisfaction.

We must have to improve the number of consultant-specialists. We have only one

doctor for more than 4,500 populations, where as in India it is 1 per 2,200 populations and in Sri Lanka 1 per 2,762. We have a total of only 31 Hepatologists and less than 100 Pediatric & Neuro-Surgeons in the country, so is the picture in Neurology, Urology, Gastroenterology, Pulmonology, Cardiac or Chest Surgery. The level of present medical education needs improvement, curriculum should be updated, quality of private medical college should strictly be regulated. It is the political commitment and constitutional responsibility of the government to ensure health of the citizens allotting sufficient budget provision. There are certain issues which can not be met by the government alone, it needs private initiative & support, rather private health concerns should come up with social responsibilities, as is in S'pore, Bangkok or India. Government should patronize private initiatives by offering easy bank loans, reducing taxes & duty exemption for qualified

services. Big corporate hospitals can float public shares. In our country, the irony is, hospitals & clinics are in industrial sub-sector (with hotel-restaurants & cinema halls) with highest rate of interest in the region which is 16-18%. Building cost is 3 fold higher here than that of Kolkata, and the import taxes on equipments is zero in Kolkata where as 30% on us. Government should encourage technology transfer in corporate hospitals as well as in superspeciality Institutes like NICVD, NIKDU, NIO, NITOR and National Heart Foundation, Kidney Foundation, BIRDEM etc. Medical Insurance scheme should be seriously taken to consideration. Medical patients should have the right to sue for damages due to medical incompetence and in proven negligent acts. Unfortunately, some will be going still even after all these, they just need an alibi, But definitely, a certain amount of foreign exchange would have been saved and it would be able to stem the tide of patients heading abroad. ■



Adopting the culture of evidence based practice

new model for 21st century patient care

Dr. Md. Zakiul Hasan

The idea of evidence based practice (EBP) that has been gaining popularity in the past decade is not entirely a new concept. Ibn Al-Razi (Rhazes 865-925) described the best clinical practice as: “the practice that has been agreed upon by practitioners and supported by experiments”. In addition, he was the first scientist to recognize the need for a comparison group in clinical studies. Ibn Sina (Avicenna 981-1037) listed several requirements for studies evaluating new medications.

These principles include the need for the drug to be tested on a well defined disease, the effect of the drug must be seen to occur constantly in many cases, and the study must be done on humans, for testing a drug on a lion or a horse might not prove anything about its effect on humans. All these principles are still valid in the era of evidence based medicine. In the early 1990s, David Sackett and his colleagues at McMaster University in Ontario, Canada, coined the term “Evidence-Based Medicine”. Evidence-

The writer is a medical researcher & post graduates student of MD (chest disease), part-2 at NIDCH, Dhaka.

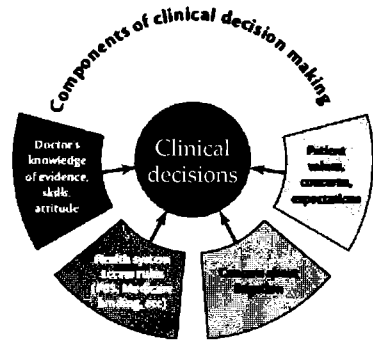
based medicine (EBM) is a relatively new approach to the teaching and practice of medicine. Historically, physicians' clinical decision-making was based on the knowledge received during their medical training and experiences gained through individual patient encounters i.e. opinion-based. Evolution of epidemiology, and subsequently clinical epidemiology, resulted in methods that allowed the objective critique of therapies used in clinical practice. Epidemiologic principles were applied to problems encountered in clinical medicine and an increasing number of clinical trials and medical journals emerged. The past two decades have witnessed acceleration of the information explosion and with it the volume of medical publications. The importance of keeping updated is emphasized even more, given that the half life of medical knowledge is extremely short. Clinicians face the difficult task of keeping track of a large amount of new and potentially important information. A legitimate concern is that many physicians will fail to

recognize new and necessary changes in practice and patient care will suffer as doctors become outdated and their performance deteriorates over time. The task of staying current, although never easy, is made much simpler by incorporating the tools of EBM such as the ability to track down and critically appraise evidence, and incorporate it into everyday clinical practice. The practice of evidence-based medicine requires an understanding of simple and basic clinical epidemiology, as well as excellent communication skills, patience, and a commitment to provide the patient with the knowledge required to make informed choices. It is important that physicians become familiar with the meaning of EBM and its role in influencing the provision of care and use of health resources

What is EBM or EBP?

David Sackett et al defined the term 'evidence-based medicine' as 'integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research' to achieve the best possible patient

management (1). Subsequently the definition was refined to also take account of patient values. Thus, evidence-based medicine is about trying to improve the quality of the information on which health care decisions are based. It helps practitioners to avoid 'information overload' but, at the same time, to find and apply the most useful information. The term 'evidence-based medicine', which has largely replaced the older term 'clinical epidemiology', is now often also referred to as 'evidence-based practice'. As well as being more inclusive of different areas of health care practice, the latter term highlights the important point that the 'evidence' that we are talking about is empirical evidence about what actually works or doesn't work in practice. It is not scientific evidence for a mechanism of action (such as a biochemical pathway, physiological effect or anatomical feature). Many factors affect the outcomes of clinical activities; the underlying mechanism is only one of them. Evidence-based practice (EBP) is concerned with actual clinical outcomes.



Why Evidence-Based Practice is important:

Patients' care questions remain unanswered:

Studies have shown that for every three patients seen, two questions are generated (2). Due to lack of information resources and weak search skills, only 30% of those questions answered during patient visits. EBP practice tools and methods make it faster and easier to find the best evidence, especially at the point of care where it matters most. This means that more provider questions can be answered, health care can become more evidence-based, and outcomes potentially improve.

Literature is published at rate where clinicians cant' keep up:

Healthcare literature with clinically applicable findings is published at a rate that is

impossible for individual clinicians to keep up with. There are over 75 clinical trials and 11 systematic reviews published every day in medicine(3). At 10 minutes an article, it would take over 14 hours every day to read them. Systematic reviews, evidence based practice summaries, clinical guidelines, and peer-reviewed article lists are all examples of EBP tools that help to tame this flood of information by summarizing the best information. Critical appraisal methods make it easier to look at an article and be able to quickly determine its strengths and weaknesses and its use for patient care. A core element of EBP is the focus on patient-oriented outcomes such as death, disability, and discomfort than disease-oriented outcomes such as lab results. EBP tools and methods can help you to easily separate the best, clinically relevant and patient-oriented evidence from the rest.

Implementation of clinical research takes an average of 17 years

It takes an average of 17 years for clinical research to be fully integrated into everyday

practice(4). Even once evidence is widespread, providers still make decisions based on habit rather than evidence. By making good evidence easier to find and appraise, EBP can limit this delay and provide better support for changing care.

CME does not work:

Continuing medical education (CME) has been a mainstay of doctors' professional development but no-one has ever shown that it works. A trail of CME among GPs concluded that CME does not cause general improvements in the quality of care (5). A review of didactic CME by Davis et al also concluded that formal sessions are not effective in changing physician performance (6).

The EBM Model:

The practice of EBM involves five essential steps. First, converting information needs into answerable questions; second, finding the best evidence with which to answer the questions; third, critically appraising the evidence for its validity and usefulness; fourth, applying the results of the appraisal into clinical practice; and fifth, evaluating performance.



Step 1: Formulate an answerable question

One of the difficult steps in practicing EBM may be the translation of a clinical problem into an answerable question (7). When we come across a patient with a particular problem, various questions may arise for which we would like answers. These questions are frequently unstructured and complex, and may not be clear in our minds. The practice of EBM should begin with a well formulated clinical question. This means that we should develop the skill to convert our information needs into answerable questions. Good clinical questions should be clear, directly focused on the problem at hand, and answerable by searching the medical literature(8). A useful framework for making clinical questions more focused and relevant has been suggested by Sackett et al.(9). They proposed that a good clinical question should have four (or sometimes three) essential components: the patient or problem in question; the intervention, test, or exposure of interest; comparison interventions (if relevant); the

outcome, or outcomes, of interest. Thus an answerable clinical question should be structured in the **PICO** (Patient or Problem, Intervention, Comparison, Outcome/s) or **PIO** (Patient or Problem, Intervention, Outcome/s) format. To illustrate the concept of PICO/PIO, imagine that you have a four month old baby admitted to your ward with viral bronchiolitis. The child's symptoms get progressively worse and you wonder whether giving corticosteroids might help the child improve and reduce the length of stay in hospital. You decide to use "clinical score" as a measure of improvement. The key components of your clinical question would be:

Patient or problem: 4 month old baby with viral bronchiolitis.

Intervention: corticosteroids.

Comparison: no corticosteroids.

Outcomes: clinical score, length of hospital stay.

A four part clinical question may be formulated as follows: *In a 4 month old baby with viral bronchiolitis, does the administration of corticosteroids compared with not giving*

corticosteroids improve clinical score and reduce length of hospital stay?

Step 2: Track down the best evidence

The second step in EBP is searching for and collecting the best evidence to answer the PICO question. The question informs clinicians which databases are appropriate to search, which keywords to start with in the search, which controlled vocabulary headings would make the most sense to map onto, and which study designs would be most appropriate for answering the question.

Because systematic reviews of randomized controlled trials are the strongest level of evidence (i.e., Level I evidence) to answer questions about the efficacy of a certain treatment or intervention, accessing the Cochrane Database of Systematic Reviews early in the course of the search is important. If clinicians have a question about the meaning of a construct or how one experiences a phenomenon (e.g., how do parents of a dying child experience grief?), then qualitative evidence is important and a different

leveling of evidence would be appropriate. Leveling of evidence can sometimes be confusing. However, if clinicians focus on the PICO question to determine which type of research evidence would best answer it, then they are less likely to be confused about what kind of evidence they need to retrieve. Evidence from opinion leaders or authorities or reports from expert committees may be necessary to guide practice when research has not been conducted; however, interventions based solely on this type of evidence require diligent, ongoing, rigorous outcomes evaluation for the purpose of generating stronger evidence.

Step 3: Critically appraise the evidence

After you have obtained relevant articles on a subject, the next step is to appraise the evidence for its validity and clinical usefulness. Although there is a wealth of research articles available, the quality of these is variable. Putting unreliable evidence into practice could lead to harm being caused or limited resources being wasted. Research evidence may be

appraised with regard to three main areas: validity, importance, and applicability to the patient or patients of interest. Critical appraisal provides a structured but simple method for assessing research evidence in all three areas(10). Developing critical appraisal skills involves learning how to ask a few key questions about the validity of the evidence and its relevance to a particular patient or group of patients. Such skills may be learnt within small tutorials, workshops, interactive lectures, and at the bedside(10). Several tools for appraising research articles are available like the tools developed by the Critical Appraisal Skills Programme (CASP), Oxford, UK. These include tools for appraising randomized controlled trials, systematic reviews, case-control studies, and cohort studies. The CASP tools are simple, easy to use, and freely available on the internet (11).

Step 4: Apply the evidence

When we decide after critical appraisal that a piece of evidence is valid and important, we then have to decide whether that evidence can be applied to our

individual patient or population. In deciding this we have to take into account the patient's own personal values and circumstances. The evidence regarding both efficacy and risks should be fully discussed with the patient or parents, or both, in order to allow them to make an informed decision. This approach allows a "therapeutic alliance" to be formed with the patient and the parents and is consistent with the fundamental principle of EBM: the integration of good evidence with clinical expertise and patient values (11). The decision to apply evidence should also take account of costs and the availability of that particular treatment in your hospital or practice.

Step 5. Evaluate performance

As we incorporate EBM into routine clinical practice, we need to evaluate our approach at frequent intervals and to decide whether we need to improve on any of the four steps discussed above. As Strauss and Sackett have suggested, we need to ask whether we are formulating answerable questions, finding good evidence quickly,

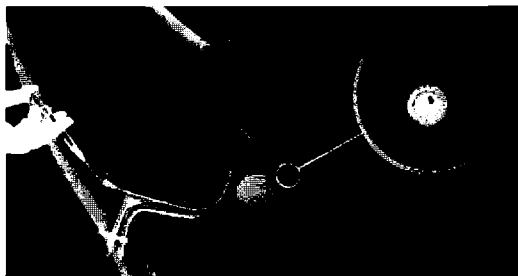
effectively appraising the evidence, and integrating clinical expertise and patient's values with the evidence in a way that leads to a rational, acceptable management strategy(11). Formal auditing of performance may be needed to show whether the EBM approach is improving patient care.

Evidence-based practice has provided a process for changing practice to improve patient care. Although it has been demonstrated that patients can expect better outcomes with EBP, clinicians

do not routinely use this problem-solving approach to practice. There are now models, tools, and empirical support to assist clinicians in more easily living the EBP process in their environments. Health care leaders must make as a top priority the cultivation of a culture of best practice in which EBP is common place. All clinicians must join together with the common goal of advancing EBP in their practice, academic, policy making, or science-generating worlds to bring about best practice in the 21st century. ■

References:

1. Sackett DL, editor Evidence-based medicine. Seminars in perinatology; 1997: Elsevier
2. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Annals of Internal Medicine.* 1985;103(4):596-9
3. Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? *PLoS medicine.* 2010;7(9):e1000326
4. Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. *Yearbook of medical informatics.* 2000;2000:65-70
5. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick KV, Fraser W. A randomized trial of continuing medical education. *The New England journal of medicine.* 1982;306(9):511-5.
6. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Jama.* 1999;282(9):867-74
7. De Brún C, Pearce-Smith N. Formulating Clinical Questions. *Searching Skills Toolkit: Finding the Evidence.*35-7
8. Carneiro A. [The correct formulation of clinical questions for the practice of evidence based medicine]. *Acta medica portuguesa.* 1997;11(8-9):745-8
9. Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. *Evidence-based Medicine: how to practice and teach EBM.* London: Churchill-Livingstone. 1997:31-5
10. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. *British medical journal.* 1995;310:1122
11. Singh J. Critical appraisal skills programme. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics.* 2013;4(1):76



Male infertility and IUI

Few Questions Answered

Dr. S M Khaliduzzaman

Infertility has become a great challenge for millions of couples. Globally approximately 10-15% of the couples are infertile at the end of their reproductive life¹. Overall infertility in South Asia is approximately 10%. Whereas in Bangladesh, it is a bit higher, 15% at the end of reproductive age of female.² Study shows that both male and female are equally responsible for infertility³. In Bangladeshi culture male are

more prominent than female; so it happens sometimes that females are highly ignored by their family members, although they don't have any problem.

While Bangladesh is an overpopulated country; however emotional and physical consequences of childlessness are very heart touching for infertile couples and it can be shared among the victims. One more thing- people in Bangladesh are religious and they do not

MBBS, DMU, Trained in Clinical embryology and ART
Asia-Pacific School of Embryology (ASPE), Singapore
Member American Society for Reproductive Medicine (ASRM)
Embryologist, Apollo Hospitals Dhaka. ks25610@yahoo.com

want to expose or investigate earlier to identify the cause. At the same time most of our people are poor they don't have enough money to expend after meeting their normal livelihood. They don't know- What to do, Should I disclose it, Can I solve it, How Can I afford my Infertility, Where and When to go.

What is infertility?

Infertility is the inability to conceive a child within one year. A couple may be considered infertile after two years of regular sexual intercourse without any contraception.

Male infertility:

In a study done in Bangladesh Institute of Medical Science (BIMS) reveals that about 60% male patients were found wholly and partially responsible for Infertility. Of them 40% were azoospermic, 34% were oligospermic and the rest 5% were asthenozoospermic and teratozoospermic, 1% case was due to un descended and maldevelopment of testes, rest percent is called as unexplained infertility. The main cause of azoospermia is

due to small pox, measles, mumps, tuberculosis, STD, trauma etc revealed from history.⁴

What is an IUI and how is it done?

An IUI (intrauterine insemination) is performed by inserting a very thin flexible catheter through the cervix (mouth of the uterus) and injecting washed sperm directly into the uterus. It is almost 200 years since John Hunter advised a man with hypospadias to inject his seminal fluid into his wife's vagina with a syringe, resulting in a normal pregnancy.⁵ The whole process does not take very long; it usually requires the insertion of a speculum and then the catheter, a process that may take a couple of minutes.

What is the indication of IUI

Ejaculatory failure:

Anatomical (e.g. hypospadias)
Neurological (e.g. spinal cord injury)

Retrograde ejaculation

Psychological (e.g. impotence)

Male subfertility:

- Oligospermia
- Asthenozoospermia
- Oligoasthenozoospermia
- Hypospermia

Oligo/astheno/terato/zoospermia

-Unexplained infertility

-PCOD

-Endometriosis

Immunological:

-Male antisperm antibody

-Female antisperm antibody (cervical or serum)

Cervical factor:

-Cervical mucus hostility

-Poor cervical mucus

Ovulatory dysfunction

Combined male and female factors

What are the steps in IUI?

The steps involved in intrauterine insemination :

Ovarian stimulation (8-10)

Monitoring of follicular growth and endometrial development

Timing of insemination (11-13)

Semen preparation ¹⁴

IUI with prepared sperm

When is the best timing for an IUI?

Ideally an IUI should be performed within 6 hours before or after ovulation.

Timing is based on an hCG injection (given to release the eggs) and the IUI usually done between 24-40 hours of hCG injection. Typical timing would be to have IUI at about 36-38 hours post hCG. (11-12)

Where is the sperm collected?

How long before?

Usually the sample is collected through ejaculation by masturbation into a sterile semen container in a private room at the clinic. From the time the sample collected, it takes about 1 hour 30 minutes to prepare the sample for insemination. The amount of time may vary depending on the semen quality, as special techniques may be required.

What is the success rate for IUI?

The results vary from centre to centre⁽¹⁵⁾ and may be as less as 2.7% to a maximum of about 20.5% per cycle. The low statistics are with one follicle, while multiple follicles resulted in as high as 20% success. Another influencing factor is sperm count. Higher sperm count increases the chances of success, however overall success rate seems to be in between 15-20% per cycle. The rate of multiple gestation pregnancies is 18.4%.

What does an IUI feel like?

Most women consider IUI to be fairly painless- along the same lines as having a pap smear. There be some cramping afterward, but often what is felt is the pain of the

egg being released (ovulation) rather than from the IUI. The catheter usually does not cause pain as it is very thin and flexible and the cervix is already slightly open for ovulation.

How long does washed sperm live?

Current research indicates that washed sperm can live 24-72 hours; however, it does lose potency after 12-24 hours. Another issue with IUI is that the sperm can keep on swimming beyond the fallopian tube, so the ideal window is really within 6-12 hours of the egg being released; with a larger margin before ovulation after since the egg's viability is shorter. Sperm can live upto 7 days in fertile mucous, 2-3 days being common, so combining IUI with intercourse may provide better coverage.

Do I have to lie down after an IUI?

We advise patients to lie down on the table 20-30 minutes after the procedure.

I am working woman. Do I need to take leave after IUI?

Usually after IUI we don't recommend complete bed rest or leave from job. But we advise them to avoid heavy

work, long journey and mental stress which reduce chances of pregnancy.

How Long before an IUI should be abstained from intercourse/ ejaculating and store up sperm?

It depends on individual. But it's better to have abstinence for 2- 7days to ensure best motility and morphology. So better to have an intercourse on 8th or 9th day of menstrual cycle then abstinence.

How soon after an IUI can I have intercourse?

usually you can have intercourse anytime after an IUI. We suggest waiting 48 hours to resume relation if you had any bleeding during the IUI or if a tanaculum is used.

Can the sperm fall out?

Once the sperm is injected into the uterus, it does not fall out. There can, however increased wetness after the procedure because of the catheter loosening mucous in the cervix and allowing it to flow out.

How many follicles give my best chances of getting pregnant?

According to different studies, 3-4 follicles gives one the best chance of getting pregnant, while more follicles beyond that simply increases

the risk of multiple pregnancies.

Does IUI make sense when there isn't a sperm count problem?

IUI can help patients taking only tablets containing clomiphene citrate where cervical mucous is a problem, and IUI increase the chance of success in patients on injections no matter what the sperm count. It does make sense to try IUI if you have tried but haven't had success with intercourse. It is important to note that with intercourse; only the best and strongest sperm make it through the cervical mucous and up into the uterus and fallopian tubes. With IUI, more number and better quality of sperms are available for fertilization.

How high a sperm count is needed for IUI?

After sperm preparation 5-10 million sperm required for IUI. But above 1 million we sometimes get success. That's why considering female partner's age we recommend IUI even after getting poor quality sperm. Higher success rates are with 20-30 million washed sperm.

How many IUI should try before moving on to IVF?

It depends on what you can afford and what medication you are taking and the sperm quality. One might do 1-2 cycles IUI on tablets before on to injectables, then 3-4 cycles on injectables. If one doesn't have success after four good ovulatory cycles on injectables with well timed IUI, it would be time to consider IVF. Age is also a factor, the higher the age, the more aggressive is the treatment required.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Can IUI be done at home?

An IUI shouldn't be done at home without medical supervision because the sperms need to be washed to prevent infection. Getting semen or air into the uterus could be quite dangerous- perhaps life-threatening.⁽⁶⁻⁷⁾

Is bleeding common after an IUI?

It doesn't usually happen, but it is not uncommon. Some women also have light bleeding with ovulation.

How long after IUI should implantation occur?

Implantation takes place 6-12 days after ovulation; so 6-12 days after a well timed IUI.

How much does IUI cost?

The IUI procedure and sperm washing cost. Tk. 16000. But the cost of medication can

make a considerable difference. With medication usually spend 15-25 thousand taka. But it vary centre to centre.

What kind of monitoring is usually done for an IUI cycle?

Transvaginal USG is done from Day 8,10 or Day 12 of the menstrual cycle to note the follicular size and look for signs of ovulation like reduction in size of follicle, fluid in the POD etc.

At what size are follicles considered mature?

Follicles are usually mature when it's size in between 16-24 mm, average size 20 mm. Ovulation usually occurs within 24 hours when the follicle mature. When hCG is not used, only follicles close in size are likely to release.

The use of hCG induces ovulation in about 95% of women and will get most mature follicles to rupture.

What are the risks involved in IUI?

The main risks are some discomfort such as cramping, minor injury to the cervix that leads to bleeding or spotting there are also risks of hyper stimulation associated with the use of ovulation induction medication such as

clomiphene citrate (low risk) and gonadotropin therapy (higher risk). Proper technique and close monitoring reduces the risks. If it's happen it's manageable.

Can I take pain medications before or after the procedure?

Most women don't need medication for pain associated with IUI. If there is cramping, it is best to avoid medications such as ibuprofen and naproxen, but paracetamol is considered safe (but may not helpful for cramps).

Does anesthesia need for IUI?

Usually don't need. but 1-2% may be needed.

What does sperm washing mean?

It is sometimes also called sperm preparation or spinning. It is a laboratory technique for separating sperm from semen, and separating motile sperm from non-motile sperm, for use in assisted reproduction (IUI, IVF). There are various techniques used to try and separate the good from the bad sperm as well as improve the quality of "not so good sperms".

Can IUI work after tubal ligation or if both tubes are damaged or blocked?

No. The only way to get

pregnant after tubal ligation or blocked tubes by having an assisted reproductive technology such as in vitro fertilization (IVF).

Which factors affects success rate?

The success of IUI depends on several factors.these include:

- Causes of infertility
- Age of both partners
- Duration of infertility
- Treatment of cycle ranks
- Sperm parameters. ■

Reference:

- Khanna, P. F. A. Van Look, P. D. Griffin. Challenges in reproductive health research biennial report, 1992-1993 Available from: RI: <http://www.who.int/iris/handle/10665/39653> (cited on 15th november 2013).
- Kumar D. Prevalence of female infertility and its socio-economic factors in Tribal communities of Central India. *Rural and Remote Health*, 2007;7: 456. Available: <http://www.rrh.org.au> (cited on 16th november2013)
- Anwary SA, Alfazzaman M, Islam MR. Male Sub-fertile Patients in aTertiary Hospital. *Mymensingh Med J*. 2011 Jan; 20 (1): 33-9.90 http://www.bims-bd.com/male_infertility.htm (cited on 19th april2014)
- Shields FE.Artificial insemination as related to females.*Fertil Steril* 1950;1:271
- Yovich JL.The treatment of infertility by the high intrauterine insemination of the husband's washed spermatozoa.hum reported 1988;3:939-43
- Allen MC, Herbert I Maxson WS, et al. Intrauterine Insemination:a critical review.*Fertil Steril* 1985;44:569-80
- Dodson WC, Whitesides DB,Hhughes CL Easley HA,Haney AF.Superovulation with intrauterine insemination in the treatment of infertility:a possible alternative to gaete intrafallopian transfer and in vitro fertilization.*Fertil Steril* 1987;48:441-3
- Wallace EE. Gonadotrophin treatment of the ovulatory patient:the pros and cons of empiric therapy for infertility.*Fertil Steril* 1991;55:478-80
- Hughes EG.The effectiveness of ovulation induction and intrauterine insemination in the treatment of persistent infertility: a meta analysis.hum *Reprod* 1997;12:1865-72
- O'Herlihy C,Pepperell RJ,Robinson HP.Ultrasound Timing of human chorionic gonadotrophin administration in clomiphene stimulated cycles.*Obstet Gynecol* 1982;59:40-5
- Andeson AG,Als-Nielson B,Hornness PJ,French Anderson L.Time interval from human chorionic gonadotrophin (hCG)injection to follicular rupture.*Hum Reprod* 1995,10:3202-5
- Pardo M,Bancells N. Artificial insemination with husband's sperm(AIH).Techniques for sperm selection.*Arch Androl* 1989;22:15-27
- Martinez AR,,Bernardus RE,Vermeiden JPW,Schoemaker J.Basic Questions on intrauterine insemination:an update.*Obster Gynecol Surv* 1993;48:811-28
- Marcus SF,Edward RG.High rates of pregnancy after long term down-regulation of women with severe endometriosis.*Am J Obstet Gynecol* 1994;171:812-17
- Marcus SF, Brinsden PR.Invitrofertilization and embryo transfer aged 40 years and more.hum *Reprod Update* 1996;2:459-648



Health Crisis in Bangladesh

Dr. Mohammed Shorfuddin Patowary

With severe pain from hernia, Abul Kalam, 35, cried on his bed at the Chittagong General Hospital (CGH). Doctors had twice fixed schedules for his operation. But every time the operation had to be postponed because there was no electricity at the times. Having lost two dates doctors, nurses and Kalam

waited on the third occasion for electricity. Kalam was lucky on the third turn. He returned home after the long waited surgery under proper lights. Established in 1901 over an area of more than eight acres of land, 150-bed Chittagong General Hospital is the oldest in the region. Years of neglect and lack of investment have now left the

Internee Doctor at Armed Forces Medical College

hospital in tatters. The x-ray machine, ultra sonogram machine, ECG, pathology, blood bank, morgue and preservation of important drugs instantly become inoperative due to lack of power.

Narayanganj General Hospital has virtually become a centre of irregularities as the patients who come to the hospital for treatment have to suffer a lot every day. They alleged that the specialist doctors arrive at the hospital late and leave the hospital much before the end of office hours. The doctors also frequently refer the patients to hospitals in Dhaka, even in minor cases. The doctors also send their patients to private diagnostic centers for various pathological tests, although the hospital has facilities for such tests.

This is the almost typical scenario in different places which representing the overall health care crisis & shortages of Bangladesh. A health system consists of all organizations, people and actions whose primary intent is to promote, restore or maintain health. In short, it is the infrastructure through

which the desired services to the intended population are delivered. Home care of a sick baby, health care in private sectors, behavior change programmes, vector-control campaigns, health insurance and financing are all integral part of the system. It includes inter-sectoral actions through comprehensive approach to ensure family, community and country health. *Health service delivery, workforce, information, products, financing and stewardship* are the six building blocks for strengthening of the health system in a country. Current status and future challenges of the system in Bangladesh can be conceptualized within the gamut of the six building blocks. The World Bank says more than 60% of Bangladeshis, about 80m people, have no access to modern health services other than immunization and family planning. In a new report, the bank also says malnutrition and deaths of women from childbirth are among the highest in the world. Two thirds of children under five are under-nourished. About 60% of children under six are

stunted. And more than a third of new born babies weigh less than they should. *"South Asia is at a crossroads with rising inequality; poor people struggling to get access to quality health, education, and infrastructure service; a growing share of the population aging unhealthily; and with health systems that are failing to adjust to people's needs,"* says Michal Rutkowski, the WB's South Asia Director for Human Development.

Government action

The government says it plans to open 13,000 community clinics around the country but there are few doctors to staff them. The population is expected to double to 250 million by the year 2035. And it is feared that HIV and Aids will reach epidemic proportions in the next few years. The present government has taken steps to revitalize PHC services by making the community clinics operational. These community clinics, one for every 6000 rural populations, were constructed in 2000-2001; but were not used for service delivery. These service points have some unique

characteristics. They are managed by a Community Clinic Management Group which includes local public leaders and representatives. The policy in this regard is to place the responsibility for the health of the people in the hands of the people themselves. A quick assessment of the community clinics, supported by WHO in 2009, showed that with the expansion of the health-care facilities to the peripheral level the distribution of health-care inputs and their utilization became more equitable and the utilization rate of these facilities was almost universal.

Challenges ahead

Private health care facility lacks seriously to serve the need of the large number of least privileged section living in the slums. In other words such facility especially caters to the well to do sections of the society only. From cost point of view, clinics which have better diagnostics facility and scope, better than average services are found to have higher establishment cost and monthly expenditure. Modern treatment facility like CT

Scan, laparoscopy, laser therapy, incubator, ventilator, dialysis etc. are used by only 14% of the clinics and such clinics are concentrated in comparatively posh areas of the city where treatment cost are higher and therefore which is out of the reach of the middle and lower middle income groups. Moreover, absence of ambulance facility in most of the clinics is also a reason for poor health care delivery system.

There were approximately five physicians and two nurses per 10 000, the ratio of nurse to physician being only 0.4 (i.e. 2.5 times more doctor than nurses). There were around 12 unqualified village doctors and 11 salespeople at drug retail outlets per 10 000, the latter being uniformly spread across the country. Thus, there were about 2.5 times more village doctors and 2 times more drug store salespeople than were physicians who provide treatment/curative services to the population. Also, there were twice as many CHWs from the NGO sector per 10 000 population than from the government sector and an overwhelming number of

traditional birth attendants (TBAs) and/or trained traditional birth attendants (TTBAs). The TBAs/TTBAs were involved in providing delivery-related services at home only.

The countries of WHO's South-East Asia Region also face several common health workforce related problems and issues concerning shortage, skill-mix, migration, work environment, knowledge-base and other areas amply articulated in the 'Dhaka Declaration'.

Bangladesh is no exception in this regard and it is one of the countries with 'severe shortages' of health workers. Given the shortage of supply of qualified health care providers in Bangladesh, patients, especially the poor and the disadvantaged, mostly seek health care from the nonqualified providers in the informal sector.

Bangladesh is declared by WHO as one of the 58 crisis countries facing an acute HRH crisis. On the other hand, the increase in the number of unqualified allopathic providers during the past decade has been phenomenal compared to the

qualified or semi-qualified allopathic providers. For example, the number of unqualified allopathic providers (24 per 10 000) has increased to about twice that estimated by the research agency, 'Org-Marg Quest' at the higher range (14.5 per 10 000). There is also a gross imbalance in the doctor-technologist ratio as well, the ideal being five technologists for one doctor. An estimate of shortage based on the doctor-population ratio currently prevalent in low-income countries revealed a shortage of over 60 000 doctors, 280 000 nurses and 483 000 health technologists in Bangladesh. Interestingly, the salespeople at drug retail outlets (shops) are evenly distributed between the rural and urban areas, showing their unhindered expansion across the country.

Doctor –patient & other professionals' relationship

The trustworthiness of medical doctors in Bangladesh is decreasing, as people prefer going to neighboring places for treatment. The main complaints of patients are that

local native doctors do not listen to the treatment-seekers, misbehave with patients, and exploit them as much as they can. The doctors and other related clinicians hardly listen to the complaints of the people. On the other hand in recent years especially in recent days there has been couple of attacks on doctors. Five doctors were brutally killed in the past four years, while 50 incidents of assault, arrest and different forms of harassment to doctors were reported from 2010-2014. A tense relation between doctors and journalists was observed in recent days. There is a psychological gap existing between the professionals in Bangladesh.

Health Journalism

Although medical news articles often deliver public health messages effectively, they often convey wrong or misleading information about health care, partly when reporters do not know or cannot convey the results of clinical studies, and partly when they fail to supply reasonable context. This can result in unrealistic



expectations due to coverage of radical medical procedures and experimental technology. Mass media news outlets can also create a “communications storm” to shift attention to a single health issue. The lack of health knowledge in the general public creates a situation where a person can be easily swayed to a certain point of view that is cast in the manner in which information is reported. Consequently, this can create a potentially unhealthy focus on an illness that in actuality is relatively rare. Medical journalism can also influence an individual's quality of health care. Due to the relative ease at which information can be obtained on the internet, many people will now question doctors on new medications and treatments for their conditions. In more extreme cases, people will compare their symptoms, real or imagined, to various illnesses in attempts to diagnose themselves. This is most likely caused by a lack of knowledge or a lack of the ability in the individual to apply the health information once found resulting in

seeking health care. In developed world Health Journalism is a different subject where health journalists are specially trained. While in Bangladesh a chaos & dispute was going on between the doctors & journalists at the same time from 14-16 may in Coventry, England an International Health Journalist Conference was going on with the motto ‘First do no harm.....’. But how many of us is concern regarding this? To build a healthy doctor –patient relationship, to meet up the growing crisis Health journalism must be introduced in our country.

Health Financing

In Bangladesh, about 3% of GDP is spent on health, out of which the government contribution is about 1.1%. In term of dollar, the total health expenditure in the country is about US\$ 12 per capita per anum, of which the public health expenditure is only around US\$ 4 only. In Our country, historically, supply-side financing of health care services has been the backbone strategy for improving the access of poor

households to essential health care services. More than two-thirds of the total expenditure on health is privately financed, through out-of-pocket payments. Of the remaining one-third (public financing), about 60% is financed by the Government out of tax revenues, development outlays, and the remaining 40% through international development assistance.

Health Stewardship

Presently, number of steps has been taken by the government to improve its leadership and regulatory role to improve equity and quality of services, especially to reach the poor and the disadvantaged. Initiatives for development of new health policy, revitalization of primary health care by making all community clinics functional with required human resource, supplies and logistics, recruitment and appropriate deployment of human resource for health and gradual extension of e-health services to the rural areas are some of the examples for health development in the country.

From telemedicine to help address a doctor shortage in Bangladesh to smoking cessation in China and a new weapon against HIV that's shown early promise in Africa, recent years have been an exciting years of medical breakthroughs and new ideas. Low-cost solutions to daunting medical problems often involve leveraging existing tools and technologies in an ingenious new way to transform health in developing countries. Lot many Medical colleges, newer hospitals, community clinics have been established. Despite being a resource poor country, Bangladesh has achieved impressive health gains which make it an example for other developing countries. Over the last decades key health indicators like life expectancy and coverage of immunization have improved significantly while infant mortality, maternal mortality and fertility rates have dropped considerably. So, we hope very soon Bangladesh will cover up its shortage of health professionals specially doctors & overcome the health crisis. ■



এনডিএফ

সম্ভাবনাময় আগামী

অধ্যাপক ডা. মো: রুহুল আমীন

অযুত সম্ভাবনাময় শব্দসমূহের প্রতিশব্দের নাম এনডিএফ। ন্যাশনাল ডক্টরস ফোরাম। তিনটি শব্দ। কত অসম্ভব শক্তি ও সম্ভাবনা লুকিয়ে আছে এর মাঝে আমরা কি কখনো তা হিসেব করে দেখেছি? গণিতের হিসেব ভুল করতে পারে কিন্তু সম্ভাবনার যে দুয়ার উন্মুক্ত হয়েছে আল্লাহর অসীম রহমতে তার প্রশস্ততা আরো বাড়তে থাকবে, কল্যাণের ফলুধারা প্রবাহিত হতে থাকবে চার দিকে। সৃষ্টি হবে এমন পরিবেশ যেখানে

উন্মুক্ত মনে সব চিকিৎসা পেশাজীবীর অংশগ্রহণ হবে নিশ্চিত। বিশেষ করে তরুণ চিকিৎসকদের মেধা, যোগ্যতা, বলিষ্ঠতা ও স্বতঃস্ফূর্ততার যে প্রাণবন্ত অংশগ্রহণ দেখেছি, তা জ্যেষ্ঠদের যেমন করতে পারে উৎসাহিত, অনুপ্রাণিত এবং আগামী প্রজন্মের জন্য (শার)হতে পারে একটি সুস্পষ্ট মাইলফলক। অনেকের অনেক কিছুই করার আছে, দেয়ার আছে। পারস্পরিক দেয়ানেয়ার বিষয়টি হতে পারে অনেক কল্যাণময়। চিকিৎসা পেশাজীবীদের মেধা ও যোগ্যতার

অধ্যাপক ও বিভাগীয় প্রধান, ফিজিওলজি বিভাগ, সিলেট এমএজি ওসমানী মেডিকেল কলেজ এবং সহ-সভাপতি, এনডিএফ; সাবেক বিজ্ঞান বিষয়ক সম্পাদক, বিএমএ

যোগ্যতম ব্যবহারই হতে পারে সম্ভাবনাময় আগামীর সবচেয়ে যোগ্য হাতিয়ার। প্রবীণদের আছে অভিজ্ঞতার আলোকে গুরুত্বপূর্ণ দিকনির্দেশনা ও সাহচর্য। অযুত সম্ভাবনার আমাদের প্রিয় জন্মভূমি বাংলাদেশকে আমরা উপহার দিতে পারি স্বাস্থ্যব্যবস্থার ব্যাপকভিত্তিক গুণগত পরিবর্তন এবং সবার জন্য স্বাস্থ্য নিশ্চিতকরণের প্রয়োজনীয় আয়োজন। মনে হতে পারে উপহারটা অনেক বড় ও কঠিন। যত বড়ই হোক, যত কঠিন ও কষ্টকরই হোক না কেন, জাতিকে সে উপহার দেয়ার জন্য ভীত ও কুণ্ঠিত হওয়ার কোনো কারণ নেই। আমরাও যে দিতে পারি এ আস্থাটুকু বড় প্রয়োজন। শুধু প্রয়োজন নিজেদের ওপর এবং আল্লাহর ওপর গভীর আস্থা ও বিশ্বাস। তিনি আমাদের যা দিয়েছেন তা যতটা সম্ভব পূর্ণ সদ্ব্যবহার ও সুসংগঠিত করা, সঠিক গতিপ্রবাহে সামনে এগিয়ে চলা।

যে গতিপ্রবাহে আজ এখানে, সে গতিপ্রবাহ নিয়ে যাবে সামনে। যত দূর এসেছি তা কেমন ছিল? কেমন হবে আগামী দিনের পথচলা? সব কথা তুলে

আনা সম্ভব নয়।

অতীতের আলোচনা ভবিষ্যতের পরিকল্পনা বর্তমান অবস্থানে দাঁড়িয়ে সঠিক সিদ্ধান্ত গ্রহণ ও বাস্তবায়নের পদক্ষেপ গ্রহণ জরুরি। খুব বেশি দিন আগের কথা নয়। ১৯৮০ সালের পরবর্তী সময়কালের কথা। সারা দেশ থেকে আসা কতিপয় তরুণ চিকিৎসকের দুঃসাহসী



এনডিএস্কের প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি
অধ্যাপক এম ইউসুফ আলী

চিন্তা ছিল একটি ইতিবাচক পরিবর্তনের লক্ষ্যে কিভাবে সবাইকে সুসংগঠিত করা যায়। দেশ, জাতি ও মানুষের জন্য কল্যাণকর কিছু কিভাবে করা যায়? সেই চিন্তাচেতনাই আমাদের এগিয়ে যেতে সাহস জুগিয়েছে। তবে গতিপথটা সহজ ছিল না, খুব মসৃণও ছিল না। স্বৈরশাসনের ভয়ঙ্কর দাপট ছিল। স্বাস্থ্যব্যবস্থা নিয়ে নানামুখী ষড়যন্ত্র ছিল। সমস্যাজর্জরিত স্বাস্থ্যব্যবস্থায় চিকিৎসকেরা ছিল আতঙ্কিত। ন্যূনতম স্বাস্থ্যসেবা থেকে জনগণ ছিল মূলত বঞ্চিত।

১৯৮৮ অনেক কারণে স্মরণীয় সাল।

চিন্তাচেতনায় যে ফসল উৎপাদনের প্রচেষ্টা ছিল, তার শক্তিশালী ভিত তৈরি হলো ১৯৮৮ সালে। তীব্র গণতান্ত্রিক আন্দোলনের মুখে এরশাদের স্বৈরশাসন ছিল পতনের একান্ত দোরগোড়ায়। চিকিৎসকদের জাতীয় সংগঠন বিএমএ'র নির্বাচন। নতুন বিএমএ গড়ার প্রত্যয় চিকিৎসকদের। দেশব্যাপী ভয়াবহ বন্যা। দুর্গত মানুষের আহাজারিতে বাংলাদেশের আকাশ-বাতাস অনেক ভারী।

তরুণদের আবেগ-
আগ্রহ-আঁকুতিকে
আলিঙ্গন করার জন্য
প্রয়োজন ছিল প্রবীণের
বস্তুনিষ্ঠ অভিজ্ঞতা।
তেমন প্রবীণ কোথায়
পাই? অনেক উদার মনে
আমরা একজন প্রবীণ
নেতার সন্ধানে ছিলাম
এবং পেয়েও গেলাম।
জাতির এমন দুর্গত দিনে
আলোকবর্তিকা হিসেবে
আমরা যাকে খুঁজে পাই

তিনি ছিলেন একজন প্রথিতযশা চিকিৎসক, ঢাকা মেডিকেল কলেজের মেডিসিন বিভাগের প্রফেসর এম ইউসুফ আলী। সূচিকিৎসক সদালাপী সমাজকর্মী সজ্জন সাহসী মানুষ ছিলেন তিনি। তার অনেক গুণাবলি। সংক্ষেপে সবার সামনে তাকে উপস্থাপন আমার জন্য কষ্টসাধ্য। শুধু সেবার আদর্শে উদ্বুদ্ধ হয়ে তিনি আমাদের ডাকে সাড়া দেন এবং অসহায় দুর্গত মানুষের পাশে এসে দাঁড়ান। সেটি ছিল আমাদের জন্য প্রেরণার বড় উৎস। সংগঠনের কোনো নাম বা পরিচিতি বহনের অবস্থায় তখনো ছিলাম না। স্বপরিচয়েই আমরা জাতির দুঃখদুর্দিনে অসহায় মানুষের পাশে এসে দাঁড়িয়েছি। বানভাসি বস্ত্রহীন বাসাবাড়ি হারানো বস্তিবাসী ভুখা-নাঙা রোগ-বালাইয়ে কাতর বনি আদমদের সাথে সামান্য সাহায্য-সহযোগিতার সম্বলটুকু নিয়ে দাঁড়ানোর মধ্য দিয়েই আমাদের কল্যাণময় পথের যাত্রা শুরু। আলহামদুলিল্লাহ। পথ আমাদের থেমে থাকেনি। দৃঢ় পায়ে অগ্রসর হয়েছি। চিকিৎসকদের সমস্যা সমাধানে ভূমিকা রাখার চেষ্টা করেছি। চিকিৎসাবিজ্ঞানের উন্নতি ও উৎকর্ষসাধনে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালনের লক্ষ্যে সারা দেশের চিকিৎসকদের ব্যাপক ভিত্তিতে সংগঠিত করার জন্য উদ্যোগ গ্রহণ করেছি। তিনি আমাদের উৎসাহ দিতেন, অনুপ্রাণিত করতেন, এমনকি নিজের পড়ার ঘরে বসে সামগ্রিক বিষয়ে আলোচনা করে প্রয়োজনীয় দিকনির্দেশনা দিতেন। তিনি ছিলেন উদ্যমী ও উদ্যোগী একজন মানুষ। স্বাস্থ্যব্যবস্থায় গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তনের লক্ষ্যে সরকারি খাতের পাশাপাশি বেসরকারি খাত উন্নয়নে হাত সম্প্রসারিত করেন এবং সফল হন।

স্থাপন করেন বাংলাদেশে প্রথম বেসরকারি মেডিকেল কলেজ বাংলাদেশ মেডিকেল কলেজ। যার তিনি প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি এবং যা বাংলাদেশে বেসরকারি স্বাস্থ্য খাত উন্নয়নের সুন্দর এক মডেলের নাম। এটি বাংলাদেশের স্বাস্থ্য আন্দোলনের ইতিহাসে অন্যতম সেরা সাফল্য ও মাইলফলক হয়ে থাকবে। আমরা আরো মাইলফলক অতিক্রম করতে চাই।

আমাদের অনুসন্ধানের ও অনুপ্রেরণার আরেক আবিষ্কারক ছিলেন আপসহীন চিকিৎসক নেতা প্রফেসর ডাঃ এম এ মাজেদ। একজন উদার মনের মহান চিকিৎসক নেতা।

১৯৮৮ সালে বিএমএ নির্বাচনে ডাঃ এম এ মাজেদ-ডাঃ এন এ কামরুল আহসানের নেতৃত্বে পূর্ণ প্যানেলে নির্বাচনে অংশগ্রহণ করি এবং পুরো বাংলাদেশ সফরের অভিজ্ঞতা অর্জন করি। সে বছর আরো দুটি প্যানেল নির্বাচনে অংশগ্রহণ করে। ডাঃ এম এ মাজেদ-ডাঃ মাহবুব ও ডাঃ ফিরোজা-ডাঃ মোস্তফা জালাল মহিউদ্দিন। ডাঃ এম এ মাজেদ সাহেব দুটি প্যানেলের কমন প্রার্থী ও আমাদের প্যানেল থেকে যুগ্ম সম্পাদক প্রার্থী ডাঃ নাজমুল হক রবির প্রার্থিতা বাতিল হওয়ায় মাহবুব প্যানেলের ডাঃ শামসুল আলম খান মিলন সহজেই নির্বাচিত হন। সেক্রেটারি জেনারেল হিসাবে ডাঃ মোস্তফা জালাল মহিউদ্দিন ও অন্য সবাই তার প্যানেল থেকেই নির্বাচিত হন।

সেদিন বাংলাদেশে একটি গতিশীল স্বাস্থ্য আন্দোলনের ধারা তৈরির লক্ষ্যে প্রবীণ ও নবীনের সমন্বয়ে মাজেদ-মিলনের নেতৃত্বে যে ব্যাপকভিত্তিক আন্দোলনের সূচনা হয় তার পেছনে

আমাদের ভূমিকা ছিল ঐতিহাসিকভাবে অনেক গুরুত্বপূর্ণ। ১৯৮৮ সালে আইপিজিএমআরে এমফিল পড়তে এসে পড়া-আন্দোলন-সংগ্রামে মিলনের সাথে আরো ঘনিষ্ঠভাবে মেশার সুযোগ হয়। আমাদের সবার মিলনের কেন্দ্রবিন্দুতে পরিণত হয় পিজি ক্যাম্পাস, বিশেষ করে বটতলা-লাইব্রেরি-ক্যান্টিন। ডাঃ এন এ কামরুল আহসান ছিলেন আন্দোলনের মূল চালিকাশক্তি। ১৯৮৯ সালে তার সুদক্ষ পরিচালনায় ও দিকনির্দেশনায় ভবিষ্যতের কর্মপরিবেশ রচনায় আমরা প্রথম সংগঠিত রূপে আত্মপ্রকাশ করি, যার নাম মেডিসিন টুডে। বিএমডিসি কর্তৃক স্বীকৃত একটি প্রফেশনাল মেডিক্যাল জার্নাল। চিকিৎসকরা পেল তাদের আলোকিত স্বপ্নের পথ। চিকিৎসাবিজ্ঞানের উন্নতি ও উৎকর্ষ সাধনে আমাদের প্রায়োগিক প্রথম প্রয়াস। এডিটরিয়াল বোর্ডের মাধ্যমে প্রকাশিত জার্নালটি বিকাশমান ধারায় পা রেখেছে পঁচিশ বছর পূর্তিতে। আন্তর্জাতিকভাবে আইএসএসএন কর্তৃক স্বীকৃত। গুণেমনে আরো সমৃদ্ধির ধারায় আমাদের যেতে হবে। দৃষ্টি আমাদের অনেক দূর।

পথ চলা আমাদের থেমে থাকেনি কখনো। আমরা সামগ্রিকভাবে মানুষ ও মানবতার কল্যাণে চিকিৎসকদের সুসংগঠিত করার উদ্যোগ গ্রহণ করি। সারা দেশের চিকিৎসক প্রতিনিধিদের সাথে মতবিনিময়ের মাধ্যমে একটি নাম গ্রহণের জন্য ঢাকায় আয়োজন করি 'চিকিৎসক সমাবেশ-৮৯'। পেশাগত আচরণে দক্ষতা ও মানবসেবার মহান আদর্শে উদ্বুদ্ধ হয়ে পেশা সমস্যা সমাধানে যোগ্য নেতৃত্ব প্রদানের লক্ষ্যে ব্যাপকভিত্তিক সংগঠনের জন্ম দেই।

১৯৯০ সালে মাত্র পাঁচজন চিকিৎসকের নেতৃত্বে একটি নতুন ধারার সংগঠন আত্মপ্রকাশ করে, যার নাম ন্যাশনাল ডক্টরস ফোরাম সংক্ষেপে এনডিএফ। ছোট্ট নাম, আমাদের অবস্থান বিন্দুর মতো কিন্তু বৃত্তের পরিধি বড় থেকে অনেক বড় হতে থাকে। সে শুধু বাড়তেই জানে। মানুষ ও মানবতার কল্যাণে অস্বহীন পথ চলার যাত্রা শুরু। দেশে তখন স্বৈরাচারবিরোধী আন্দোলন তুঙ্গে। সমগ্র জনতা ঐক্যবদ্ধ। ২৭ নভেম্বর ১৯৯০। চিকিৎসকদের আন্দোলনের ধারাবাহিকতায় আমাদের পিজি হাসপাতালে ছিল বিএমএর সাধারণ সভা। বিএমএর যুগ্ম সম্পাদক ঢাকা মেডিকেল কলেজের ফিজিওলজির প্রভাষক সামসুল আলম খান মিলন কর্মস্থল থেকে পিজিতে আসার পথে ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের টিএসসি মোড়ে স্বৈরাচারের লেলিয়ে দেয়া বলেটে শহীদ হন। মুহূর্তে স্বৈরাচারবিরোধী গণ-আন্দোলন গণ-অভ্যুত্থানে রূপ নেয়। স্বৈরাচারের পতন হয়। দেশের গণতান্ত্রিক আন্দোলনে আমরা অতিক্রম করি আর একটি মাইলফলক। ডাঃ এম এ মাজেদ পরবর্তীপর্যায়ে গণমুখী স্বাস্থ্যনীতি প্রণয়ন ও মানুষের মৌলিক অধিকার আদায়ের সংগ্রামে বলিষ্ঠভাবে বিএমএর হাল ধরেন। তার নেতৃত্বে ১৯৯১ সালে নবীন সংগঠন এনডিএফের চারজন প্রতিনিধি বিএমএ নির্বাচনে অংশ নিলে আমরা সবাই বিজয়ী হই। ডাঃ এন এ কামরুল আহসান, ডাঃ মোঃ বজলুর রহমান, ডাঃ এম ইদরিস আলী কেন্দ্রীয় নির্বাহীর সদস্য ও ডাঃ রুহুল আমীন বিজ্ঞানবিষয়ক সম্পাদক। সবাই এনডিএফের প্রার্থী হিসেবে শতভাগ

সাফল্য অর্জন করে। শুধু তা-ই নয় জাতির সেই দুর্যোগ সময়ে রাজনৈতিক ঐক্যের আগেই পেশাজীবীদের সুদৃঢ় ঐক্য জাতিকে নতুন আলোর পথের সন্ধান দেয়। যার প্রয়োজনীয়তা আজ আরো গভীরভাবে অনুভূত হচ্ছে সুন্দর ভবিষ্যৎ বিনির্মাণের জন্য। আমরা জাতিকে অন্ধকার থেকে আলোর পথে নিয়ে যাওয়ার জন্য প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। আমাদের সবার সক্রিয় সহযোগিতা ও সুসংবদ্ধ সাংগঠনিক সাফল্যে ডাঃ এম এ মাজেদ সাহসিকতা ও সুনির্দেশিত দক্ষতায় চিকিৎসা পেশাজীবীদের নেতৃত্ব প্রদান করেন। বাংলাদেশের স্বাস্থ্যব্যবস্থায় গুণগত পরিবর্তন আনয়নের লক্ষ্যে পরপর তিনবার রেকর্ডসংখ্যক বিএমএ'র সভাপতি নির্বাচিত হয়ে ১৯৮৮-১৯৯৬ সাল পর্যন্ত দায়িত্ব পালন করেন। আমরা পেশা আন্দোলনকে আরো ব্যাপক ভিত্তিতে সম্প্রসারণ করে প্রকৌশলী ও কৃষিবিদদের নিয়ে প্রকৃতি গঠনে সক্ষম হই। বৃহত্তম পেশাজীবী সংগঠন বিএমএকে একটি সত্যিকার বিজ্ঞানভিত্তিক সংগঠনে পরিণত করার জন্য আমরা নিরলস প্রচেষ্টা চালাই। বিএমএ'র ইতিহাসে প্রথম আন্তর্জাতিক বৈজ্ঞানিক সম্মেলন এসকড-সেভেন সফলভাবে সম্পন্ন করায় দেশে বিদেশে তা প্রশংসিত হয়। বিএমএ ভবন বেদখল করার সব চেষ্টা ভুল করে একটি আধুনিক বিএমএ ভবন প্রতিষ্ঠা করি। একসময়ে লুণ্ঠ ও ক্যারাম খেলার অফিসটিতে প্রতিষ্ঠিত হয়েছে বই পড়ার সুন্দর লাইব্রেরি, সভা-সমিতির সুন্দর পরিবেশ, কনফারেন্স হল, ঢাকা শহরে চিকিৎসকদের নিরাপদ থাকার জায়গা। চিকিৎসাবিজ্ঞানের উন্নতি

ও উৎকর্ষসাধনের জন্য আমরা ব্যাপক সিএমই অ্যাকটিভিটিস পরিচালনা করি—যেখানে প্রাধান্য পায় ইথিক্যাল প্র্যাকটিস, কোয়ালিটি মেডিকেল এডুকেশন ও অন্যান্য। স্নাতকোত্তর চিকিৎসা শিক্ষার ব্যাপক সম্প্রসারণ দেশের স্বাস্থ্যব্যবস্থায় নতুন যুগের সূচনা করে। অনেক আলোচনা-সমালোচনায় আমরা এগিয়েছি অনেক। সামনে পথ অনেক দূর। আলো আঁধারের পথ ঝড়বৃষ্টি থাকবেই। লক্ষ্য মানুষের কল্যাণ। এনডিএফ স্বাস্থ্যব্যবস্থায় কল্যাণময় ভূমিকা রাখার পাশাপাশি নিজেদের সাংগঠনিক কার্যক্রম বৃদ্ধি, পেশাগত দক্ষতা অর্জন ও সেবাকার্যক্রম বৃদ্ধির চেষ্টা অব্যাহত রেখেছে। ফিমার সদস্য হওয়ার মধ্য দিয়ে আধুনিক দুনিয়ার সাথে চিকিৎসা পেশাজীবীদের মতবিনিময় ও স্বাস্থ্যব্যবস্থার উন্নয়নে কার্যকর ভূমিকা রাখার কৌশল নির্ধারণে ভূমিকা রেখে যাচ্ছে। ইতোমধ্যে এনডিএফের প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি ও বাংলাদেশ মেডিকেল কলেজের প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি বিশিষ্ট চিকিৎসক ও সমাজকর্মী প্রফেসর এম ইউসুফ আলী ৫ মার্চ ২০১৪ ইনতিকাল করেন। তিনি রেখে গেছেন কিছু অসমাপ্ত কাজ। সেবার মাধ্যমে যে প্রতিষ্ঠানের যাত্রা শুরু, তার সামনে সম্ভাবনার অনেক দুয়ার। সিদ্ধান্ত নেয়ার সময় এসেছে কত সহজে সাবলীল গতিতে সম্ভাবনাগুলোকে সাফল্যের লক্ষ্যে পৌঁছে দেয়া যায়। সামগ্রিক বিবেচনায় ক্যারিয়ার প্ল্যানিং অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ উপাদান ও হাতিয়ার, যার মাধ্যমে অনেক বড় কিছু অর্জন করা সম্ভব। ■



মানসিক রোগের ভিন্নতর চিকিৎসা ও প্রতিকার

ডা. আব্দুল ওহাব মিনার

শারীরিক রোগের মতো মানসিক রোগও রোগীকে কষ্ট দেয়, কর্মক্ষমতা কমায়। মানসিক রোগের লক্ষণগুলো শরীরের অঙ্গ-প্রত্যঙ্গের মাধ্যমে প্রকাশ পায় বলে ভুল বিবেচনার অবকাশ থাকে। এসব ক্ষেত্রে শারীরিক রোগ ধরে নিয়ে চিকিৎসা হলে মানসিক রোগ উপেক্ষিত হয়। রোগীর স্বজনরা নিদারুণ মনোযন্ত্রণার শিকার হন। কখনো অপমান বোধ, শঙ্কা, লজ্জার মতো অহেতুক বিষয়গুলোকে খামাখা টেনে আনেন। সামাজিক কুসংস্কারই যার জন্য দায়ী। শরীরের মতো মন দৃশ্যমান নয়, মনের কাঠামোও সাধারণের কাছে

পরিচিত নয় বিধায় মানসিক রোগ ও এর চিকিৎসাপদ্ধতি বিষয়ে ভুল ধারণার সীমা নেই। আধুনিক চিকিৎসাপদ্ধতির পাশাপাশি ভিন্নতর কিছু ঐশী পদ্ধতি অবলম্বন করার সুযোগ আছে। যার মাধ্যমে রোগ চিকিৎসাই কেবল নয় মানসিক রোগ প্রতিরোধও সহজ হবে।

মানসিক রোগের গুরুত্বপূর্ণ লক্ষণ

শাবণ মেঘের মতো আকাশ ছেয়ে থাকা বিষাদময় মন নিয়ে কোনোরকমে কাজ চালিয়ে সংসার ধরে রাখা গৃহিণীর রোগ নির্ণয় হয় বিষণ্ণতা। প্রফুল্লহীনচিত্ত তাকে আর সন্তানদের নিয়ে আনন্দঘন পরিবেশে

মনোরোগ বিশেষজ্ঞ ও সহযোগী অধ্যাপক, আদ-দ্বীন মহিলা মেডিকেল কলেজ

মত্ত থাকতে দেয় না। অকারণে কান্নাকাটি করে ঘরের আনন্দমগ্ন পরিবেশকে মুহূর্তে ভারী করে তোলে এবং আত্মহত্যার মতো পথ তার শেষ আশ্রয় বলে অভিজ্ঞান করে। তার বিষণ্ণতার কারণ যা-ই হোক জীবনের প্রতি তার হতাশার মাত্রা অনেক বেশি বলে ধরে নেয়া যায়। কেউ কারণে-অকারণে উদ্ভিন্ন। অস্থিরতা তার নিত্যসঙ্গী। অহেতুক ভীতি তাকে আলিঙ্গনমুক্ত হতে দেয় না। অকারণে মরে যাওয়ার ভয় তাকে সব কাজ থেকে বিরত রেখে ঘরবন্দী করে। কেউ আবার বার বার একই চিন্তা করতে থাকে। যে অস্বস্তিকর চিন্তার ভিত নেই রোগী বার বার সেই চিন্তা করে, আবার একই অর্থহীন কাজও করে। এই অবসেশন ও কম্পালশনের সে একজন ক্রীড়ানক। সে হতাশ হয়, বিমর্ষ হয়, কখনো যা বলা হয়নি তা সে শোনে। যা দৃশ্যমান নয় তা সে দেখে, তদ্রূপ যেখানে স্রাণ নেই অথচ সে স্রাণ পায়। অলীক বস্তুরে বিশ্বাস স্থাপন এবং এ নিয়ে রাগারাগি, ভাঙচুর ও অর্থহীন বাক্যালাপ। নিজের যত্ন, সমাজ সংসারের দায়িত্ব পালন রেখে ব্যক্তিটি অর্থহীন হয়ে যায়। তার এই মানসিক বিপর্যস্ততাকে পাস্তা দেয়া ছাড়া আর কোনো উপায় থাকে না। মানসিক রোগী নিজের অসুস্থতাকে বুঝতে পারে না বিধায় তাদের একাংশ ঘরবাড়ি ছেড়ে রাস্তায় রাস্তায় ঘুরে বেড়ায়, যাদেরকে অনেক গ্রামেগঞ্জে শিকল দিয়ে বেঁধে রাখতে দেখা যায়। কারণে-অকারণে অস্থিরতা, চঞ্চলতা, ভাঙচুর করা, অহেতুক অর্থহীন বেশি কথা বলা, উত্তেজিত হওয়া এবং অন্যকে আঘাত করা মানসিক রোগের উপসর্গ। রোগী বুঝতে পারে না সে অসুস্থ তাই কখনো সে নিজেকেও আঘাত করে এবং জীবনকে

কেড়ে নিতে আত্মহত্যার পথ বেছে নেয়। সন্দেহের বশে অন্যকে আঘাত করা কিংবা খুন করার কাজটিও করে ফেলে। নেশাগ্রস্ত ব্যক্তিদেরও সার্বিক বিবেচনায় মানসিকভাবে অসুস্থ বা বিকারগ্রস্ত মনে করা হয়। নেশার কারণে পরবর্তীকালে রোগীর মধ্যে সর্কবর্ধকর মানসিক রোগের উপসর্গ দেখা দেয়।

চিকিৎসা

মানসিক রোগীদের বৈজ্ঞানিক চিকিৎসা এখন বাংলাদেশের সর্বত্র পাওয়া যাচ্ছে। সরকারি মেডিকেল কলেজ হাসপাতালের পাশাপাশি বেসরকারি হাসপাতাল ও ক্লিনিকে মনোরোগ বিশেষজ্ঞ ও মনোচিকিৎসকরা এর চিকিৎসা দিয়ে থাকেন। এ ছাড়া মনোরোগ বিশেষজ্ঞরা জেলা ও উপজেলা পর্যায়ে ছুটির দিনগুলোতে আউটডোরে চিকিৎসাসেবা প্রদান করেন। বহির্বিষয়ের যেকোনো উন্নত দেশের মানসিক রোগ চিকিৎসার মতোই আমাদের দেশের চিকিৎসকগণ সেবা দিয়ে থাকেন। রোগীরাও সুস্থতার মুখ দেখেন দীর্ঘ দিনের কষ্ট ও যন্ত্রণার অবসান হয়। পরিত্রাণ পায় পরিবারের অন্যান্য সদস্য। চিকিৎসার ক্ষেত্রে ওষুধের পাশাপাশি মনোচিকিৎসা দেয়া হয়। যেখানে সাইকোথেরাপি, কাউন্সিলিং বিহেবিয়োরাল থেরাপি থাকে। মনোবিজ্ঞান ছাড়াও দর্শন, সমাজবিজ্ঞান ও ধর্মীয় ঐশীগ্রন্থগুলো এই মনোচিকিৎসায় ও রোগ প্রতিরোধে দৃষ্টান্ত স্থাপনকারী ভূমিকা রাখতে পারে।

ভিনুতর চিকিৎসা ও প্রতিকার/প্রতিরোধ যেসব কারণে মানসিক রোগের এ উপসর্গগুলো দেখা দেয় তার অধিকাংশই প্রতিরোধযোগ্য। সামাজিক মূল্যবোধ বৃদ্ধি ও ধর্মীয় অনুশাসন মেনে চললে এসব

রোগ থেকে মুক্তি পাওয়া সম্ভব। গতিশীল এই পৃথিবী প্রতিযোগিতায় পরিপূর্ণ। যুগে যুগে মানুষ কল্যাণের নামে অকল্যাণও কম করেনি। সিগারেটের প্যাকেটের গায়ে সতর্কীকরণ বাণী তার প্রমাণ। মানুষে মানুষে ভেদাভেদ শ্রেণিবিন্যাস মানুষকে অমানুষে পরিণত করেছে। শাসক শোষকদের দ্বন্দ্ব অনেক পুরনো, তা আধুনিক সমাজে ভিন্ন আকারে বিদ্যমান। সমাজে টিকে থাকার তাড়নায় জীবনযুদ্ধে বিজয়ী হওয়ার স্বপ্নে, সুখ্যাতির চরম শিখরে আরোহণের অভিলাষ মানুষকে অন্ধ করে তোলে। সে নিজের সুখ নষ্ট করে, সে ভুলে যায় পৃথিবীতে আগমনের হেতু, কী তার কাজ, কোথায় হবে তার নাশ! পৃথিবীতে মানুষ এসে চলে যায়, মৃত্যুতে তার পরিসমাপ্তি। সে জানে না মৃত্যুর পর কী পরিস্থিতি তার জন্য অপেক্ষমাণ। তবে পৃথিবীর বেশির ভাগ মানুষ ধর্মবিশ্বাস, দর্শন বা সামাজিক প্রশিক্ষণের মাধ্যমে মৃত্যুর পরের জীবনকে বিশ্বাস করে। ইসলাম তার অনুসারীদের এ বিশ্বাসকে পোক্ত করার জন্য যৌক্তিক কিছু তথ্য কুরআন হাদিস থেকে উপস্থাপন করে। আর বাকিটা নবী-রাসূল সা: গণ যুগে যুগে তাদের সহজ-সরল উদ্বোধনী জীবনযাপনের মাধ্যমে প্রমাণ করে গেছেন পৃথিবী নয়, আসল নিবাস হচ্ছে মৃত্যুর পর জান্নাত-জাহান্নাম। এই বিশ্বাসের ওপর মানুষের চাওয়া-পাওয়া চলনবলন আশা নিরাশা হতাশা বহুলাংশে নির্ভরশীল। যার বিশ্বাস ও আস্থায় ইহকাল ও পরকাল প্রগাঢ়ভাবে একসূত্রে গাঁথা থাকে তার পৃথিবীতে জীবনযাপনের পদ্ধতি এবং যে এ জীবনটাকে শেষ জীবন বলে মনে করে বা বিশ্বাস করে, তার চলার পথ এক হবে না। প্রত্যাশা থেকে প্রাপ্তি, আর প্রাপ্তি মনঃপূত

না হলে হতাশা কাজ করে। মানুষের জীবনে সাময়িক উত্তেজনা, উৎকণ্ঠা, উদ্বিগ্নতা আসতেই পারে কিন্তু তা তাকে রোগের দিকে ঠেলে দেবে না। চিন্তা বিবেচনা বিবেক বুদ্ধিমত্তা দিয়ে সে পরিবেশের সাথে দ্রুত খাপ খাইয়ে নেবে। কোনোটাই তার চেয়ে অতি স্থায়ী বিবেচিত না হওয়ায় সে সাময়িক লোকসানে হতাশায় ভেঙে পড়ে না। এমনকি পারিবারিক কলহের জের ধরে স্ত্রীর ডিভোর্স লেটারও তাকে বিমর্ষ করে না। কারণ সংশ্লিষ্ট প্রসঙ্গে তার একজন মুসলিম হিসেবে যা দায়িত্ব পালনের কথা ছিল, তা সে যথাযথভাবে করেছে। তাই কোনো একটা গাইডলাইন মেনে চললে ব্যক্তির পথ চলা অনেক ঝুঁকিহীন ও স্বচ্ছন্দের হয়। মুসলমানদের জন্য আল-কুরআন হচ্ছে সেই গাইডলাইন। সর্বশেষ নবী হজরত মুহাম্মদ সা: হচ্ছে তার পথপ্রদর্শক। যিনি তার ব্যক্তিগত জীবনে একজন আদর্শ মুসলমানের জীবনযাপনের ধরনটা সুন্দরভাবে উপস্থাপন করেছেন। মুহাম্মদ সা: বলেছেন, “তোমরা আমার প্রতিদিনের কাজকর্মকে অন্য মানুষের সামনে তুলে ধরো।” এখানে তিনি তার কোনো বিশেষ ধরনের কাজের কথা বলেননি। প্রতিদিনের প্রতি মুহূর্তের কাজকর্ম কথাবার্তাকেই এখানে বুঝানো হয়েছে। তাই আমরা তার যুদ্ধময়দানের নির্দেশনা থেকে শুরু করে স্ত্রীদের সাথে মান-অভিমানের আলাপচারিতার খবর পর্যন্ত জানি। মুহাম্মদ সা:-এর জীবনের কোনো অংশই গোপন নেই। জীবনকে উদ্বোধনী করতে এর চেয়ে উত্তম কোনো পন্থা মনোবিজ্ঞানীদের ভাঙারে নেই। সূরা আলে ইমরানের ২৯ নম্বর আয়াতে বলা হয়েছে, “তোমরা তোমাদের মনের কথা

গোপন রাখো অথবা প্রকাশ করো তা সবই আল্লাহ জানেন” ।

আল্লাহ মানুষের মনের অবস্থা ভালো জানেন বলেই কুরআনের মাধ্যমে আরো সুস্পষ্ট করে জানিয়েছেন—

“হে লোকেরা! তোমাদের কাছে তোমাদের রবের পক্ষ থেকে নসিহত এসেছে! এটি এমন জিনিস যা অন্তরের রোগের নিরাময় এবং যে তা গ্রহণ করে নেয় তার জন্য পথনির্দেশনা ও রহমত” (সূরা ইউনুস) ।

অতএব বোঝা গেল আল কুরআনকে আল্লাহ পাক মনের রোগের নিরাময় হিসেবে ঘোষণা দিয়েছেন এবং আশ্বস্ত করেছেন যারা এ নসিহত (কুরআন) মানবে তাদের দৃষ্টিস্তার কারণ নেই । এটাই পথনির্দেশনা । কুরআনই যে মনোরোগের প্রতিষেধক ও ওষুধ তা আমরা অন্যান্য আয়াতেও পাই—
“সবর অবলম্বন করো । আর তোমার এ সবর আল্লাহরই সুযোগ দানের ফল মাত্র । এদের কার্যকলাপে দুঃখ কোরো না এবং তাদের চক্রান্তের কারণে মনোক্ষুণ্ণ হয়ো না । আল্লাহ তাদের সাথে আছেন যারা তাকওয়া অবলম্বন করে এবং যারা সৎকর্মপরায়ণ । (সূরা আন নাহল, ১২২)
আল্লাহ তার বান্দাদের বিপদে-আপদে অস্থিরতার বদলে ধৈর্যশীল হতে বলেছেন, স্থিরতার পরামর্শ দিয়েছেন । সমাজ সংসারে যেসব দুষ্ট লোকজন আপনার পেছনে লেগে যাবে, আপনাকে কষ্ট দিতে চাইবে তাতে দুঃখ না পেয়ে, মনোকষ্ট না নিয়ে হতাশ না হয়ে আল্লাহর ওয়াদাকে বেছে নিতে হবে, যে আল্লাহর জন্য ধৈর্য ধারণ করবে আল্লাহ তাকে সুন্দরের পথে টেনে নেবেন, যেহেতু আল্লাহ তাদের সাথে আছেন ।
আবার ছোট এই দুনিয়ায় স্বল্প সময়ের

মূল দায়িত্বের ব্যাপারে আল্লাহ বলে দিয়েছেন—

“হে মুহাম্মদ! পরিষ্কারভাবে সত্যের পয়গাম পৌছে দেয়া ছাড়া তোমার আর কোনো দায়িত্ব নেই” (সূরা আন নাহল, আয়াত ৮২)

“হে নবী! প্রজ্ঞা ও বুদ্ধিমত্তা এবং সদুপদেশসহকারে তোমার রবের পথের দিকে দাওয়াত দাও এবং লোকদের সাথে বিতর্ক করো সর্বোত্তম পন্থায়” (সূরা : আন নাহল, ১২৮)

যারা সত্যের অনুসন্ধান পেয়ে মুক্তির পথে ছুটে চলেছে তাদের এক নম্বর দায়িত্ব হচ্ছে, অন্ধকারে হাতড়ে মরা লোকদের এই মহা সত্যের আলোকবর্তিকার দিকে আহ্বান জানানো— যা নিজ হৃদয়কে আরো প্রজ্বলিত করে । যুগে যুগে নবী রাসূলগণের এটাই ছিল একমাত্র কাজ । আল্লাহর কাছে মানুষের কোন জিনিসটি বেশি গ্রহণযোগ্য সে সম্পর্কে মুহাম্মদ সা: বলেছেন, “আল্লাহ তোমাদের শরীর ও চেহারার প্রতি জ্ঞক্ষেপ করেন না বরং তোমাদের মনের ও কর্মের দিকে দৃষ্টিপাত করেন” । এমন ঘোষণার পর স্বাভাবিকভাবেই মানুষ তার বাহ্যিক সৌন্দর্যের দিকে জ্ঞক্ষেপ ও আফসোস করবেন না বরং সুন্দর ও ভালো কাজের প্রতি মনোযোগী হবেন ।
দুনিয়ায় অন্য মানুষের বিস্ত-বৈভব মানবশক্তি কখনো কখনো দুর্বল ঈমানদারদের কাবু করে ফেলে সে ক্ষেত্রে আল্লাহর ঘোষণা—
“তাদের ধনাঢ্যতা ও অধিকসংখ্যক সন্তান-সন্ততি যেন তোমাদেরকে প্রতারিত করতে না পারে” ।
আল্লাহর বিশালত্ব ও মাহাত্ম্য প্রকাশ করতে যাতে মনে কোনো কুণ্ঠাবোধ না হয় তাই বলা হয়েছে—

“কাজেই হে নবী!

তোমাকে যে বিষয়ে হুকুম
দেয়া হচ্ছে তা সরবে
প্রকাশ্যে ঘোষণা করো,
শিরককারীদের মোটেই
পরোয়া কোরো না” ।
এরপর মুমিনদের প্রাপ্তি
নিয়ে আল্লাহ বলেছেন—
'তোমাকে দান করেছে
মহান কুরআন । আমি
তাদের মধ্য থেকে বিভিন্ন
শ্রেণীর লোকদের দুনিয়ায়
যে সম্পদ দিয়েছি সে
দিকে ভূমি চোখ উঠিয়ে
দেখো না এবং তাদের



অবস্থা দেখে মনোক্ষুণ্ণ হয়ো না ।
তাদেরকে বাদ দিয়ে মুমিনদের প্রতি
ঘনিষ্ঠ হও এবং (অমান্যকারীদের) বলে
দাও, আমি তো প্রকাশ্যে সতর্ককারী ।
(সূরা হিজর, ৮৮-৮৯)
অর্থাৎ দুনিয়ায় অন্যান্য সাধারণ মানুষের
যা চাহিদা থাকবে ঈমানদারদের চাহিদা
থাকবে ভিন্নতর । লৌকিক চাকচিক্যময়
বিলাসবহুল জীবন তার কাম্য হবে না ।
আর যাদের এ অবস্থা আছে সে জন্য
কষ্টও সে পাবে না বরং অন্য মুমিনদের
তার ঘনিষ্ঠ করে নেয়া আপন করে নেয়া
তার বিপদে-আপদে ঝাঁপিয়ে পড়া দায়িত্ব
বলে ঘোষণা করা হয়েছে ।
এখানে অন্য মুসলিমদের জন্য তার
দায়িত্বের পরিধি বাড়িয়ে বলা হয়েছে—
“তারা ভালোবাসে সেই লোকগুলোকে
যারা হিজরত করে তাদের কাছে এসেছে ।
তাদের যা-ই দেয়া হয় তার কোনো
প্রয়োজন পর্যন্ত তারা নিজেদের মনে
অনুভব করে না বরং নিজেদের তুলনায়
অন্যদের অগ্রাধিকার দেয় । নিজেরা যতই
অভাবগ্রস্ত হোক না কেন; বস্ত্রত যেসব

লোককে তাদের মনের সঙ্কীর্ণতা থেকে
রক্ষা করা হয়েছে তারাই কল্যাণ লাভ
করবে” (সূরা হাশর, ৯)

এর চেয়ে চমৎকার অভিব্যক্তি আর কী
হতে পারে? ঈমানদারগণ সর্বদা অন্য
ভাইকে অগ্রাধিকার দেবে । নিজের
প্রয়োজনকে তুচ্ছজ্ঞান করবে । যখন
কোনো ব্যক্তির দর্শন এ নিরিখে দণ্ডায়মান
হয় তখন তার ভেতরে আত্মসুখ ছাড়া
আর কী হতে পারে? বিষন্নতা তাকে
কিভাবে গ্রাস করবে, সে সুযোগ কোথায়?
তার জীবনের চাওয়া-পাওয়া গতিপ্রকৃতি
সম্পূর্ণ ভিন্ন চঙে নির্মিত । ত্যাগকেই তার
সর্বোচ্চ ভোগ বলে মনে হয় । না দিতে
পারার বেদনা তাকে আরো ত্যাগী হতে,
উৎসর্গীকৃত হতে অনুপ্রেরণা জোগায় ।
কুরআনের আহ্বান ও মন্তব্য শুনে আত্মা
প্রশান্ত হতে বাধ্য ।

“প্রকৃত ব্যাপার এই যে, আল্লাহ মুমিনদের
থেকে তাদের ধনসম্পদ জান্নাতের
বিনিময়ে কিনে নিয়েছেন” (সূরা আত
তাওবা, ১১২)

জান্নাত যারা পাবেন অনন্তকালের কলহ

উদ্বোধন দ্বন্দ্বহীন জীবন তাদের ইহকালের জীবনটা আল্লাহর দেয়া বিধানমতো চালাতে হবে। আর তার নিজস্ব সত্তা বলতে কিছুই থাকবে না। এটা বড় প্রশান্তির কথা। বিক্রি করা জিনিসের মালিকানা তার হাতে থাকবে না, দায়িত্বও থাকবে না। যিনি খরিদ করেছেন সব দায়ভার তার ওপর ছেড়ে দিয়ে ফুরফুরে মেজাজে থাকার চেয়ে বড় সুযোগ আর কি আছে!

সন্তান যখন দিনশেষে মায়ের কাছে শুয়ে থাকে বাইরে বজ্রপাত হলে, কালবৈশাখীর ঝড়ো হাওয়ায় টিনের চালে ঝটাস ঝটাস শব্দ হতে থাকলে বাচ্চাটা মায়ের বুকের সাথে মিশে তাকে আঁকড়ে ধরে। মাও তাকে জাপটে ধরে পিঠে টুক টুক শব্দ করে আশ্বস্ত করে। শিশুটা তখন প্রশান্ত হয়, উদ্বোধন থাকে। আল্লাহ পাক যখন তার বান্দাকে এভাবে আশ্বাস দেন এবং বলেন—

“আর আল্লাহর চেয়ে বেশি ওয়াদা পূরণকারী আর কে আছে? কাজেই তোমরা আল্লাহর সাথে যে কেনাবেচা করেছো সেজন্য আনন্দ করো”।

আল্লাহ যাকে ওয়াদা দেন তার মতো ভাগ্যবান আর কে আছে? সে লোক কেন অন্তর্জ্বালায় পুড়বে? আত্মগ্নানি তাকে কেন দাহ করবে? আশাহীন, সহায়হীন, মনমরা হওয়ার সুযোগ আছে কি আদৌ তার? ছন্দহীন দ্বন্দ্ব নিয়ে হতাশায় কাঁথা মুড়ি দিয়ে শুয়ে কাটানোর কোনো প্রশ্ন কি সেখানে থাকে?

আল্লাহ তার বান্দাকে জান্নাতের সুখবর শুধু দিচ্ছেন না বরং আল্লাহর সাথে এই চুক্তিবদ্ধতার জন্য আনন্দ করতেও বলেছেন। খুশি হতে বলেছেন। এ আনন্দ হবে বোঝাহীন, শঙ্কাহীন, দ্বন্দ্বহীন, কলুষমুক্ত জীবনযাপনের নিশ্চয়তাপ্রাপ্তির

আনন্দ। বিশালত্বের সাথে ক্ষুদ্রের মিলনের, চুক্তিবদ্ধতার জন্য মিষ্টিমুখ আনন্দ।

খোদায়ী এসব আয়াতের মূল বক্তব্য বুঝতে না পারলে ঈমানদারদের চিত্ত নিত্যদিনের স্বর্গীয় সুখ পাওয়া থেকে বঞ্চিত হবে।

আল্লাহ বিরাট বিশাল। সব কিছু আল্লাহতে শুরু, সব কিছু আল্লাহতে শেষ। অতএব মানুষের উচিত শর্তহীনভাবে তার কাছে আত্মসমর্পণ করা। তাই ইবাদতের ক্ষেত্রে একত্রচিন্তে, একমুখী হয়ে একনিষ্ঠভাবে ইবাদত করার আহ্বান এসেছে বিভিন্ন আয়াতে।

“তুমি তোমার রবের নাম স্মরণ করতে থাকো এবং সবার সম্পর্ক ছিন্ন করে একমাত্র তারই দিকে মনোনিবেশ করো” সূরায় আল আনআমে ১৬২ নম্বর আয়াতে আল্লাহ বলেন—

“বলো! আমার নামাজ, আমার ইবাদতের সমস্ত অনুষ্ঠান, আমার জীবন ও মৃত্যু সব কিছু আল্লাহ রাব্বুল আলামিনের জন্য, যার কোনো শরিক নেই। এরই নির্দেশ আমাকে দেয়া হয়েছে এবং সবার আগে আমিই আনুগত্যের শির নতকারী।”

একমুখী হয়ে আল্লাহর কাছে সমর্পণের নির্দেশ আরো আছে— “আর তাদেরকে হুকুম করা হয়েছে যে, তারা যেন একনিষ্ঠ হয়ে আন্তরিকভাবে আল্লাহর দ্বীন পালনের মাধ্যমে একমাত্র তাঁরই ইবাদত করে, সালাত (নামাজ) কায়েম করে এবং জাকাত দান করে। এটাই হচ্ছে সরল ও মজবুত ব্যবস্থা (সূরা আল বাইয়্যিনাহ আয়াত : ৫)।

সুতরাং বলার অপেক্ষা রাখে না ক্ষুদ্র যেমন বৃহত্তের কাছে নতজানু হয় সমর্পিত হয় তখন ক্ষুদ্রের অস্তিত্ব আর টিকে থাকে না। অস্তিত্বহীন বিলীন বস্তুর আবার রোগভোগ,

যাতনা কিসের? তার হতাশা, বিমর্ষতা, হারিয়ে যাওয়ার ভয়, সংশয় আর থাকে না। কারণ তা আর সসীমে বিচরণ করছে না, অসীমে তা বিলীন।

“যারা (আন্তরিকভাবে) বলে, আল্লাহ আমাদের রব এবং তারা এ কথার ওপর অটল থাকে তাদের কোনো ভয় নেই তারা দুশ্চিন্তাও করবে না। তারা দুনিয়ায় যে কাজ করেছিল তার প্রতিদানস্বরূপ জান্নাতবাসী হবে চিরকাল সেখানে থাকবে” (সূরা আল আহজাব, ১৩)

আবার আশা ও প্রত্যাশার বাণী। কোনো ভয়, ডর, দুশ্চিন্তার কারণ নেই। কারণ আল্লাহই এর প্রতিদান হিসেবে জান্নাত দেবেন। পরকাল ও ইহকালে স্বস্তি ও প্রশান্তি। পার্থিব বিবেচনায় ইটপাথরের বাড়িঘর, দামি গাড়ি ব্যবসায়ের বৈধ-অবৈধ কাঁড়ি কাঁড়ি টাকা সুখ দেয়—প্রচলিত ধারণার আড়ালে হালাল উপায়ে অর্জিত স্বল্প টাকার সংসারে খোদাভীরু পরকালমুখী জীবনে অভ্যস্ত অল্প শিক্ষিত মানুষগুলো যে কী প্রশান্ত ও সুখী জীবন যাপন করে তা অনেকেই টের পায় না। এটা বর্তমান বিশ্বে প্রতিষ্ঠিত সত্য যে আধুনিক সভ্যতার গতি মানুষকে অনেক মিথ্যুক দাস্তিক হিসেবে সমাজে দাঁড় করিয়ে দিয়েছে যা আত্মমনকে বিষিয়ে তোলে, আত্মাকে অপবিত্র করে।

মানুষ জন্মগতভাবে বিবেকের মাধ্যমে সমাজের ভালোমন্দ বিচার করতে শেখে। যারা ইসলামে দীক্ষিত নয় তারাও যদি এ হাদিসটা অনুসরণ করে তবে তারা নিশ্চিত কল্যাণ লাভ করবেন।

“যা তোমাকে সন্দেহে ফেলে দেয় তা ছেড়ে দিয়ে যা তোমাকে সন্দেহমুক্ত করে তাই গ্রহণ করো।” সত্যনিষ্ঠা অবশ্যই প্রশান্তিদায়ক। আর মিথ্যা সন্দেহ সৃষ্টিকারী।

পরিবারে কলহবিবাদ থাকার কারণে সন্তানদের মধ্যে পিতামাতার প্রতি অনীহার সৃষ্টি করে। তারা পিতা-মাতার বিপথগামিতার অনুকরণ-অনুসরণ করে। একসময় নিজেরাও বিপথগামী হয় এবং মাদকাসক্তিসহ বিভিন্ন দুষ্কর্মের দিকে ধাবিত হয়। এসব ক্ষেত্রে কুরআনের শাস্ত আহ্বান সুন্দর পারিবারিক জীবনে অভ্যস্ত করে তুলতে পারে।

“আমরা মানুষকে নিজেদের পিতা-মাতার সাথে উত্তম ব্যবহার করার নির্দেশ দিয়েছি” (সূরা আনকাবুত, ৮)

“তোমরা আল্লাহর ইবাদত করো, তার সাথে কাউকে শরিক কোরো না, পিতা মাতার সাথে উত্তম ব্যবহার করো এবং নিকটাত্মীয়, ইয়াতিম, মিসকিন, নিকট ও দূরের প্রতিবেশী, বন্ধুবান্ধব, পথিক মুসাফির এবং অধীনস্থ দাস-দাসীদের প্রতিও সদয় ব্যবহার করো”

(সূরা নিসা, আয়াত ৩৬)। ইয়াতিম-মিসকিন ও প্রতিবেশীদের সাথে উত্তম আচরণের নির্দেশ এসেছে বারবার, তাদের অধিকার রক্ষা করে চলার জন্য মুমিনদের প্রতি আহ্বান জানানো হয়েছে।

সাহাবাগণ রাসূল সা:-এর প্রতিবেশীর অধিকারের বয়ান শুনতে শুনতে এমন সন্দেহ পোষণ করে ফেলেন কি না তাদের সম্পদের উত্তরাধিকার বানিয়ে দেন প্রতিবেশীদের। উত্তম প্রতিবেশী বিশ্বস্ত বন্ধু হলে স্বস্তির জন্য আর কী লাগে! মানুষের প্রতি দায়িত্ব পালনে মেটাল হেলথ স্ট্রং হয়। আর সুস্থ ও দৃঢ় মানসিক শক্তি যে-কাউকে ব্যক্তিগত সামাজিক ও পেশাগতভাবে উন্নতির চরম শিখরে নিয়ে যেতে পারে।

মানুষ যখন তার ব্যক্তিগত পারিবারিক ও সামাজিক দায়িত্ব সঠিকভাবে পালন করে না, ফাঁকি দেয়, তার দায়বদ্ধতাকে এড়িয়ে

যায় তখন তার মধ্যে নিজের অগোচরেই অপরাধপ্রবণতার সৃষ্টি হতে থাকে, যা পরে সময়ের ব্যবধানে বড় আকার ধারণ করে এবং মানসিক রোগের সৃষ্টি করে। উপরি উক্ত আয়াতের আলোকে পারিবারিক এবং সামাজিক দায়িত্ব পালন করলে মানুষের মনের দৃঢ়তা বাড়ে, আস্থাবান হয় ও হৃদয়ে প্রশান্তি আসে।

আমরা অ্যাকাডেমিক রেজাল্ট দেখে অথবা কারো বক্তৃতা বিবৃতিতে বিমোহিত হয়ে তাকে বুদ্ধিমান বা জ্ঞানী বলি। কারো টোকস উপস্থাপনায় মুগ্ধ হয়ে তাকে সব্যসাচী বলি। কিন্তু হাদিসের আলোকে বুদ্ধিমান কে?

“বুদ্ধিমান সেই ব্যক্তি যে তার নফসের হিসাব নেয় (আত্মসমালোচনা করে) এবং মৃত্যুর পরের জীবনের জন্য কাজ করে। আর দুর্বল সেই ব্যক্তি যে নিজেকে কুপ্রবৃত্তির গোলাম বানায় আবার আল্লাহর কাছেও প্রত্যাশা করে” (তিরমিজি)

“লোকদের মধ্যে অধিক জ্ঞানী বুদ্ধিমান ও সতর্ক ব্যক্তি সে, যে মৃত্যুর কথা সবচেয়ে বেশি স্মরণ করে এবং সে অনুযায়ী প্রস্তুতি নেয়” (মুসলিম, বোখারী)

আবার সূরা জিলজাল-এ আল্লাহ পাক বলেন—

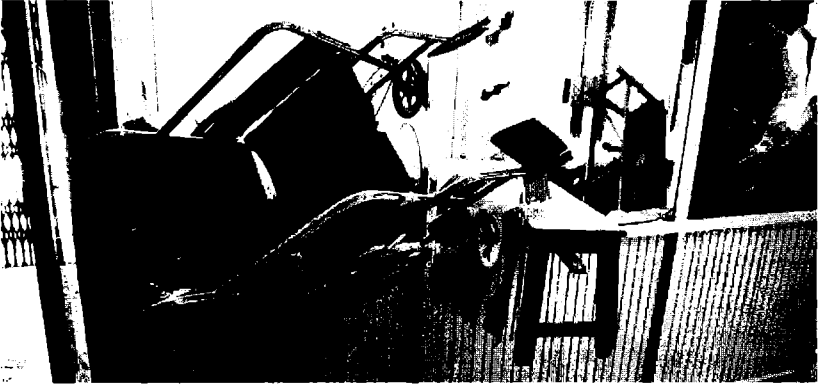
“অতএব কোন ব্যক্তি বিন্দু পরিমাণ ভালো কাজ করলেও সে তা দেখতে পাবে” (সূরা আল জিলজাল, ৭)। ভালো কাজ করে প্রভুর কাছে প্রিয় হওয়ার জন্য এই আয়াত আমাদের ভীষণভাবে উদ্বুদ্ধ করে এবং এর পরের আয়াতের কথা মনে রেখে ছোট অন্যায বা খোদাবিমুখ কাজ থেকে আমরা বিরত থাকব। মানবচরিত্রকে নিয়ন্ত্রিত রাখার জন্য এই আয়াত দুটো খুবই কার্যকর।

এসব কুরআনের আয়াত ও রাসূলের অমীয় বাণী একটা স্বচ্ছ সুন্দর ও

ভারসাম্যপূর্ণ জীবনের দিকে আমাদের ডাকে। আমরা স্বেচ্ছায় জেনেবুঝেই এই জীবনটাকে বেছে নিয়েছি। কিন্তু আমরা কখনো সামান্য ঝামেলা দেখলেই বিভ্রান্ত হই ও দ্রুত আত্মপরিচয় বিস্মৃত হয়ে অন্য আদর্শ বা কৃষ্টির প্রতি আকৃষ্ট হই ও ঝুঁকে পড়ি। মূলত জ্ঞানের গভীরতার অভাব ও আকিদায় ঘাটতি থাকায় আমরা নফসের কাছে হার মানি। তখন মনের ওপর নানাবিধ চাপ পড়ে যা সামলাতে আমরা দিশেহারা হয়ে পড়ি বলে নানা রকমের মানসিক রোগ সৃষ্টি হয়। লোভ, ক্ষোভ, হিংসা-বিদ্বেষ, পরশ্রীকাতরতা, অস্থিরতা, দ্বন্দ্ব, উদ্বেগবিহীন প্রশান্ত একটা সমাজ বিনির্মাণে কুরআনিক এই গাইডলাইনের কোনো বিকল্প নেই। মনের যে গড়ন মনোবিজ্ঞানীরা আবিষ্কার করেছেন, তাকে কলুষমুক্ত রাখতে কুরআন হাদিসের এই জ্ঞান অর্জন ও অনুসরণ চমৎকার কাজ করছে ও করবে বলে আমার দৃঢ় বিশ্বাস। আমাদের জানা মতে, এর চেয়ে সৌন্দর্যমণ্ডিত, সার্বিক বিবেচনায় ঝুঁকিহীন ও প্রশান্তির জীবন আর হয় না।

বাল্যকাল থেকে কুরআন হাদিসের অনুকরণ অনুসরণ চলতে থাকলে একসময় তা সংস্কৃতি বা কৃষ্টিতে পরিণত হয়ে যাবে। আর এভাবে আমরা বেশির ভাগ বড় বড় মানসিক রোগ থেকে নিস্তার পেতে পারি।

কুরআনের আরো অজস্র আয়াত আছে যা মানুষকে মানুষের মর্যাদায় অধিষ্ঠিত করে ও পাশবিক জীবন থেকে মুক্তি দেয়। পক্ষান্তরে জীবনের সব ধরনের দ্বন্দ্বসম্মত ও উত্তেজনাকে দূরে রেখে উপহার দেয় এক অনাবিল প্রশান্তির জীবন। অতএব মানসিক রোগের সব রকম কারণ এখানে গোড়াতেই হেঁচট খায় এবং মুক্তি দেয় মানবতাকে মানসিক রোগ থেকে। ■



ডাক্তারদের প্রফেশনাল অর্গানাইজেশন কেন এবং কিভাবে

ডা. মোহাম্মদ ইলিয়াস

আবার আক্রান্ত চিকিৎসক।
আবার শিরোনামে ডাক্তার এবং
সাংবাদিক। ফেসবুকে

লেখালেখি, চায়ের টেবিলে ঝড়- আরো
কয়েক দিন চলবে।

এরপর...

ধীরে ধীরে সবার আবেগ ঠাণ্ডা হয়ে যাবে,
উচ্ছ্বাস, ঘৃণা, ক্রোধ প্রশমিত হয়ে যাবে।
শেষমেশ, ডা. মুরাদ ভাইয়া ও সাদিয়া
আপুর নির্মম খুনের ঘটনাগুলোও আমার
আপনার কাছে নিছক একটি সংবাদে
পরিণত হবে।

কিন্তু আমাদের করণীয় কিছুই নেই?

সাম্প্রতিক ঘটনাবলির নিরাবেগ
বিশ্লেষণ:

এক.

চলমান সজ্ঞাতের মূল কারণ
demoralization। এটি আমাদের
রাষ্ট্রে বা সমাজের কোনো বিচ্ছিন্ন ঘটনা
নয়, বরং এটা সমাজের সামগ্রিক
demoralization-এরই একটা
বহিঃপ্রকাশ মাত্র। একটা সমাজ যখন
ভাঙনের চূড়ান্ত পর্যায়ে পৌঁছে, তখনই
সমাজের বিভিন্ন অংশ একটি অন্যটির
প্রতিপক্ষ হিসেবে দাঁড়িয়ে যায়। সমাজ বা
রাষ্ট্রব্যবস্থা যদি অত্যাচারী হয়, সেটাও

ফেইজ এ রেসিডেন্ট, নিউরোলজি বিভাগ, বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিব মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয়

একধরনের decriminalization, অর্থাৎ সমাজ বা রাষ্ট্র কর্তৃক অন্যায়ের পক্ষে পরোক্ষ ইক্ষন । আমাদের সমাজে সেটাই ঘটছে ।

দুই.

চলমান সঙ্কটের বাহ্যিক কারণটি হচ্ছে poor doctor-patient relationship বা অন্য কথায় breach of faith in doctor-patient relationship । সোজা বাংলায় বললে, এটা হচ্ছে সমাজে বিদ্যমান মানুষ-মানুষে, পেশাজীবী-পেশাজীবীতে যে সামগ্রিক আস্থার সঙ্কট চলছে, বিশ্বাস করার মতো আস্থাস এবং আস্থাস পাওয়ার মতো বিশ্বাসের যে অভাব, সেটারই একটা উপসর্গ হচ্ছে সাম্প্রতিক ঘটনাগুলো ।

তিন.

ডাক্তারদের একটা সত্যিকারের প্রফেশনাল অর্গানাইজেশন এখনো আমাদের দেশে নেই । একটা প্রফেশনাল অর্গানাইজেশন অন্যান্য দেশে যে ভূমিকা পালন করে সেটা আমাদের দেশে অনুপস্থিত ।

চার.

ডাক্তারদের ওপর যে নির্যাতন হচ্ছে সেটার বিরুদ্ধে কেবল জেনারেশন নেস্ট্রটের ডাক্তারেরা অর্থাৎ নবীন ডাক্তারেরাই সোচ্চার । বড় বড় রথী-মহারথীর এখানে কোনো ইনভল্ভমেন্ট নেই বললে চলে । এই শ্রেণী (প্রতিষ্ঠিত ডাক্তারেরা) একমাত্র তখনই নামেন যখন তারাও আক্রান্ত হন ।

পাঁচ.

সাংবাদিকদের এই রকম অলআউট অ্যাটাক কি স্বতঃস্ফূর্ত (primary) নাকি আরোপিত (secondary) সেটা খতিয়ে দেখতে হবে । Secondary বলতে আমরা বোঝাতে চাচ্ছি সাংবাদিকরা এটা

কারো ইক্ষনে করছে কি না, সেটা দেখতে হবে । কেন সাংবাদিকরা এ কাজ করছে? চিকিৎসাবিজ্ঞানের উন্নতির সাথে সাথে চিকিৎসার জন্য আমাদের দেশ থেকে প্রতিবেশী দেশে রোগীদের গমন (যেটাকে প্রতিবেশীরা বলে মেডিক্যাল ট্যুরিজম) অনেক কমে গেছে । এটাকে বাড়ানোর জন্য যদি প্রতিবেশী দেশ আমাদের সাংবাদিকদের দিয়ে আমাদের চিকিৎসাব্যবস্থার প্রতি সাধারণ মানুষের আস্থার সঙ্কট সৃষ্টি করিয়ে থাকে, আমরা তাতে প্রতিবেশী দেশের দোষ দিতে পারি না । এটা ওদের marketing policy হতে পারে । আফটার অল, এ ব্যাপারে কিন্তু আমাদের সবার দায়িত্বশীল ভূমিকা পালন করতে হবে ।

ছয়.

ভালো খারাপ সব পেশার মধ্যেই আছে, ডাক্তারদের মধ্যে খারাপ ডাক্তার আছেন, আবার সাংবাদিকদের মধ্যেও খারাপ সাংবাদিক আছেন । এক এক ঘটনার ক্ষেত্রে কেস সামারি এক এক রকম । কোথাও ঘটনার জন্য সাংবাদিক দায়ী আবার কোথাও ডাক্তার দায়ী । আমাদের খারাপ ঘটনাগুলো ওই খারাপ দুটো মাইনরিটির ইনভল্ভমেন্টের জন্য কি না সেটা খতিয়ে দেখতে হবে । কারণ সে ক্ষেত্রে আমরা কোনো ব্যবস্থায়ই পরিস্থিতির উন্নতি ঘটাতে পারব না, মোরাল আপগ্রেডেশন ব্যতীত । আমাদের হুজুগে আক্রান্ত না হয়ে ঘটনাগুলোর নিরাবেগ বিশ্লেষণ করে করণীয় নির্ধারণ করতে হবে ।

ডাক্তারসমাজের প্রধান তিনটি সমস্যা হলো-

১. অনৈক্য; তথা ডাক্তারসমাজ বিভিন্ন political entityতে বিভক্ত হয়ে যাওয়া এবং সে কারণে non-political

চিকিৎসক নির্যাতনের প্রতিবাদে সংবাদ সম্মেলন

তারিখ : ১২ মে ২০১৪ খ্রিঃ, পোহাবার, সকাল-১১:০০সি

স্থান : মিএসএ সভাকক্ষ।

৫ বাংলাদেশ মেডিক্যাল এসোসিয়েশন (বি এম এ)



professional organization গড়ে
না ওঠা।

২. মিডিয়ার অপপ্রচারণা এবং ডাক্তারদের
নিজস্ব কোনো মিডিয়া না থাকা।

৩. সাধারণ জনগণের মধ্যে রোগ সম্পর্কে
সচেতনতার অভাব।

ডাক্তারসমাজ এক হতে না পারার বা
non political professional
organization গড়ে না ওঠার
অন্তর্নিহিত কারণ-

অনেক ডাক্তার সাংবাদিকদের সবচেয়ে
খারাপ ও নষ্ট পেশাজীবী হিসেবে
আখ্যায়িত করতে চান।

আমি বলব হ্যাঁ, এই ধরনের অপবাদ
দেয়া খুব সহজ। সাংবাদিকদের মধ্যে
politics আছে তাদের মধ্যে clash
আছে, হলুদ সাংবাদিকতাও আছে। কিন্তু
আপনারা কি লক্ষ্য করেছেন, সাগর-রুনির
বিচারের দাবিতে মোটামুটি সবাই একই
প্লাটফর্মে চলে এসেছিল। এমনকি আমি
টিভিতে এটিএন বাংলার সিনিয়র
সাংবাদিক জ ই মামুনকে দেখেছি তার
কর্তৃপক্ষের (এটিএন চেয়ারম্যান) বিরুদ্ধে
বক্তৃকণ্ঠে আওয়াজ তুলতে।

আমাদেরও অনেক সাগর-রুনি ছিলেন,
ডা. মুরাদ ভাই ও ডা. সাজিয়া আপু

(উত্তরায় একটি ক্লিনিকে সিলেট
মেডিক্যালের যে মেধাবী ডাক্তার
আপুটাকে রেপ করার পর হত্যা করা
হয়েছিল)। কিন্তু আমরা এক হতে
পারিনি। আমরা এমন কোনো
ননপলিটিক্যাল platform খুঁজে পাইনি
যেখান থেকে আমরা একটি অভিন্ন
কর্মসূচির ডাক দিতে পারি। আর এ ক্ষেত্রে
BMA, NDF, স্বাচিপ বা ড্যাবের মতো
প্রতিষ্ঠানগুলো OIC-র চেয়েও বেশি
ব্যর্থ। এরা ডাক্তারদের কোনো স্বার্থ
যথাযথভাবে সংরক্ষণ করতে পারেনি।
কেন তারা পারেনি?

আমাদের দেশে অল্প সময়ে অনেক দূর
যেতে হলে রাজনীতির ভূমিকা
অনস্বীকার্য।

এখন, যে রাজনীতি একজনকে অনেক
বড় পর্যায় নিয়ে যাচ্ছে, একদিন সেই
পলিটিক্সের জন্যই সে তার প্রফেশনের
স্বার্থ বিসর্জন দেবে, তাতে অবাধ হওয়ার
কী আছে। আমাদের দেশের ডাক্তারদের
জন্য দুর্ভাগ্যজনক সত্য হচ্ছে- ডাক্তারি
পেশা এখানে কাউকে যত না বড় করে,
তার চেয়ে বেশি বড় করে politics
সবাইকে বড় হওয়ার জন্য যদি
প্রফেশনটাকেই (অর্থাৎ যোগ্যতাকে)

একমাত্র মাধ্যম হিসেবে গ্রহণ করতে হতো, (অর্থাৎ কোনো political manipulation না থাকত) অর্থাৎ প্রফেশনকেই আকড়ে ধরতে হতো তাহলে প্রফেশনের প্রতি তাদের responsibility থাকত। আমাদেরকে যেহেতু পলিটিক্স বড় করে তাই আমাদের দায়বদ্ধতা politics-এর প্রতি profession-এর প্রতি নয়। সুতরাং আমাদের দুরাবস্থার জন্য ঢালাওভাবে 'ডক্টর পলিটিশিয়ান'দের দায়ী করা ঠিক হবে না। বরং শুনতে ভালো না লাগলেও অনেক সিনিয়র ডাক্তারদের নিষ্ক্রিয়তা, কোনো-না-কোনোভাবে পলিটিক্সের প্রতি আনুগত্যবোধ। যে পলিটিক্স তাদের অল্প সময়ে অল্প আয়েশে কিছু দিয়েছে বা কিছু ডাক্তারকে অনেক বড়পর্যায়ে নিয়ে যায়, একটা ক্রাইসিস মোমেন্টে তারা প্রফেশনের প্রতি অনুগত না থেকে সেই পলিটিক্সের প্রতি অনুগত থেকে কৃতজ্ঞতার ঋণ পরিশোধ করেন। সেটা অনেকের দৃষ্টিতে অন্যান্য নয়। কিন্তু এতে আমাদের প্রফেশনাল স্বার্থ ব্যাহত হয়। এই সব সমস্যার মোকাবেলা তখনই সম্ভব যখন ডাক্তারদের এমন একটা ভয়েস থাকবে যেটি নন পলিটিক্যাল কিন্তু বিএমএ, এনডিএফ, স্বাচিপ বা ড্যাব-এর চেয়েও অধিকতর শক্তিশালী।

ডাক্তারদের প্রফেশনাল অর্গানাইজেশনের কাজ

১. প্রফেশনের জন্য নিজস্ব কোড অব কন্ডাক্ট তৈরি। যেমন ডাক্তার-রোগী, ডাক্তার-ফার্মাসিউটিক্যালস, ডাক্তার-ডায়াগনস্টিক সেন্টার, ডাক্তার-হাসপাতাল সম্পর্কের সুস্পষ্ট নীতিমালা প্রণয়ন, এক কথায় National guideline for Medical Law & ethics তৈরি করা। জাতি আমাদের কাছ

থেকে এই ব্যাখ্যা আজ হোক কাল হোক চাইবে। আমাদের বার্ষিক ইনডেস্টিগেশন কন্স্ট্র ৭৩০ কোটি টাকার (দৈনিক ২ কোটি টাকা) কত অংশ ডাক্তারেরা পান, আর কত অংশ ডায়াগনস্টিক সেন্টার পায় আর কত অংশ রোগী ছাড় পায়— এই টাকার যত অংশই ডাক্তারেরা পান না কেন, নিজেদের আরো transparent রাখার জন্য এই ব্যাপারগুলো জাতির কাছে পরিষ্কার করতে হবে। আমাদের বার্ষিক ড্রাগ ব্যবসার (এক বছরে কেনা ওষুধের মূল্য) ১০,০০০ কোটি টাকার কত অংশ ডাক্তারেরা পান, আর কত অংশ ফার্মাসিউটিক্যাল কোম্পানি পায় এটাও জাতি আমাদের কাছে জানতে চাইতে পারে। আমরা ভালো করেই জানি, হাসপাতাল ব্যবসা বলেন আর ডায়াগনস্টিক সেন্টারের ব্যবসা, কোনোটারই মূল সুবিধাভোগী ডাক্তারেরা নয়। ডাক্তারেরা যেটা পান সেটা মূল ব্যবসার আইসবার্গ মাত্র। সুতরাং আমরা কেন অন্যের দায় নিতে যাবো? বিষয়গুলো জাতিকে জানানো উচিত।

২. ডাক্তারের ভুল চিকিৎসায় রোগীর মৃত্যু— এসব কথা কিভাবে বলতে পারে নন-ডাক্তারেরা? ভুল চিকিৎসা হয়েছে কি না এটা যাচাই করতে তো কমপক্ষে একাধিক ডাক্তার দরকার। আমার মতে, হুটহাট তদন্ত ব্যতিরেকে এ ধরনের কথা যেন কেউ না বলে সে জন্য আইন করা দরকার। এ ছাড়া ডাক্তার, আইনজীবী, সাংবাদিক ও পুলিশ প্রশাসনের সমন্বয়ে টাস্কফোর্স বা সার্ভিল্যান্স টিম গঠন করতে হবে। কোথাও ভুল চিকিৎসার অভিযোগ উঠলে সে ক্ষেত্রে এই টাস্কফোর্সের তদন্ত ছাড়া কেউ যেন মতামত দিতে না পারে সেটা নিশ্চিত করতে হবে। কেউ আবার আত্মকে উঠবেন না সাংবাদিক বা পুলিশ



কেন- এই ভেবে। সবাইকে নিয়েই সমাজ, সবাইকে নিয়ে আমাদের চলতে হবে, সমাজ থেকে কোনো একটি পেশাজীবীকেও আমরা ডিলিট করে দিতে পারি না। আমরা সমস্যার কেবল acute management বা symptomatic management চিন্তা করি। আমাদের একটা multi-disciplinary team থাকতে হবে, যারা এই সমস্যাটুকু করবেন; এতেই দেখবেন ভুল বোঝাবুঝি কমে আসবে অনেকাংশে।

৩. ডাক্তারদের নিজস্ব প্রফেশনাল লেজিসলেটিভ বডি গঠন- যেখানে কোনো ডাক্তার Malpraxis করলে তাকে রাষ্ট্র বা সমাজ শাস্তি দেয়ার আগে আমাদের নিজেদের সংশোধনের কাজ করতে হবে, প্রয়োজনে জরিমানা, শাস্তি প্রভৃতি করে আমাদেরকে সমাজের কাছে নিজেদের আরো গ্রহণযোগ্য করে তুলতে হবে।

৪. মেডিক্যাল ইথিক্স, ডাক্তার পেশেন্ট রিলেশনশিপ, কাউন্সেলিং, বিহেভিওরাল সায়েন্স- এসব ব্যাপারে নিয়মিত সিম্পোজিয়াম, সেমিনার, ওয়ার্কশপ আয়োজন এবং নতুন ডাক্তারদের মধ্যে

নিয়মিত সচেতনতা গড়ে তুলতে এবং ক্লাস নিতে হবে।

৫. আমরা মনে করি আমাদের নিজস্ব মিডিয়া গড়ে তুলতে হবে। ডাক্তারদের এত এত টাকা, অথচ নিজেদের কোনো মিডিয়া নেই। এমন কিছু পেইজ বা ইন্টারনেট সাইট থাকতে হবে, যেগুলোর মাধ্যমে জনগণের মধ্যে রোগ ও রোগী সম্পর্কে জনসচেতনতা সৃষ্টি হবে। একটা মানুষ যখন জানবে Brain stem hemorrhage-এর রোগী সাধারণত বাঁচে না, তখন তাদের কেউ মস্তিষ্কে রক্তক্ষরণে মারা গেলে ডাক্তারের ভুল চিকিৎসায় রোগীর মৃত্যু টাইপের ফালতু দাবি করবে না। পাঁচজন দাবি করলেও অন্তত ১০ জন সেটার বিরোধিতা করবে।

৬. সব ভালো কথাগুলো বলা হয়েছে, সব ভালো কাজগুলো করা বাকি আছে।

আসুন আমরা এবার ভালো কাজগুলো করি। প্রস্তাবিত পাঁচটি কাজের জন্য আগ্রহী ডাক্তার বা সংগঠনকে নিয়ে পাঁচটি সাব কমিটি করে এখনই কাজ শুরু করা হোক। আমরা আর কোনো ডা. মুরাদ বা ডা. সাজিয়ার ঘটনা দেখতে চাই না। ■

অবহেলিত স্বাস্থ্য বাজেট ২০১৩-২০১৪ জাতির প্রত্যাশা

বেঁচে থাকার জন্য মানুষের যে পাঁচটি মৌলিক চাহিদা রয়েছে তার মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা অন্যতম। প্রত্যেকটা রাষ্ট্রের কাছে জনগণের অন্যতম চাহিদা হচ্ছে স্বাস্থ্যসেবা। জনসাধারণের স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করার জন্য প্রয়োজন সুনির্দিষ্ট অর্থনৈতিক পরিকল্পনা, যা প্রতি বছর জাতীয় বাজেট প্রণয়নের মাধ্যমে নির্ধারিত হয়ে থাকে। একটি অর্থবছরে জনগণ কী ধরনের রাষ্ট্রীয় সেবা বা নাগরিক অধিকার ভোগ করতে পারবে তা জাতীয় বাজেটের চিত্র দেখে সহজে অনুমান করা যায়। একটি উন্নয়নশীল দেশ হিসেবে বাংলাদেশের ক্ষেত্রে জাতীয় বাজেট প্রণয়ন এবং বাস্তবায়ন শুধু এক অর্থবছরে সীমাবদ্ধ থাকা চলে

না। যেহেতু ২০১৫ সালের মধ্যে আমরা সহস্রাব্দ উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা (এমডিজি) অর্জন করতে প্রতিশ্রুতিবদ্ধ, অতএব উন্নয়নের জন্যে এখানে একটি সুবিন্যস্ত মাস্টারপ্লান প্রয়োজন। ইতোমধ্যে এমডিজি অর্জনের কোনো কোনো সূচকে আমাদের অগ্রগতি বিশ্ববাসীর কাছে সমাদৃত হলেও আমাদের দেশে এখনো সামগ্রিক স্বাস্থ্যসেবার মান হতাশাব্যঞ্জক।

বর্তমান সরকারের মেয়াদের শেষ বাজেট গত ৬ জুন জাতীয় সংসদে ২০১৩-১৪ অর্থবছরের জন্য মোট ২ কোটি ২২ লক্ষ ৪৯১ কোটি টাকার বাজেট পেশ করা হয়েছে। ৪৩তম এই বাজেট স্বাধীন বাংলাদেশের ইতিহাসে সবচেয়ে বৃহদায়তনের, যাকে অর্থনীতিবিদরা

উচ্চাভিলাষী ও অবাস্তব বলে মন্তব্য করেছেন। কারণ, এ বাজেটে রয়েছে রেকর্ড পরিমাণ ঘাটতি (৫৫ হাজার ৩২ কোটি টাকা); এ বাজেটে আয় ও ব্যয় পরিকল্পনায় যেমন বিস্তর ফারাক রয়েছে, তেমনি বাজেট প্রণয়নে প্রাক্কলিত জিডিপি অর্জন করাও সম্ভব হবে না।



সংসদে বাজেট বক্তৃতা দিচ্ছেন
মাননীয় অর্থমন্ত্রী আবুল মাল আব্দুল মুহিত

২০১৩-১৪ অর্থবছরের বাজেটে স্বাস্থ্য খাতে উন্নয়ন ও অনুন্নয়ন বাজেট মিলে সর্বমোট ৯ হাজার ৪৯৫ কোটি টাকা বরাদ্দ রাখা হয়েছে। গত অর্থবছরের তুলনায় যা মাত্র ১৬২ কোটি টাকা বেশি। অর্থাৎ এ বছর স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা খাতে মোট বাজেটের মাত্র ৪.১ শতাংশ বরাদ্দ রাখা হয়েছে। কিন্তু সামগ্রিক বাজেট বরাদ্দের অনুপাতে যা গত বছরের তুলনায় ০.৭৬ শতাংশ কম (২০১২-১৩ অর্থবছরের বাজেটে স্বাস্থ্য খাতে বরাদ্দের অংশ ছিল ৪.৮৬ শতাংশ যা বর্তমান বাজেটে ৪.১০ শতাংশ)। অর্থাৎ বিশ্বের অন্যান্য দেশে স্বাস্থ্য খাতে বরাদ্দ থাকে মোট বাজেটের ১২ থেকে ১৫ শতাংশ। উন্নয়নশীল অন্যান্য দেশগুলোর মধ্যে শুধু সার্কভুক্ত দেশগুলোর সাথে তুলনা করলেই দেখা যায় যে, বাংলাদেশে স্বাস্থ্য খাতের অবস্থান খুবই নাজুক। মাথাপিছু বার্ষিক বরাদ্দের পরিমাণ ভারতে প্রায় ২৯ ডলার, নেপালে ১৭ ডলার, পাকিস্তানে ১৯ ডলার, শ্রীলঙ্কায় ৫৭ ডলার (গত বছরের রেকর্ড অনুযায়ী)। অর্থাৎ বাংলাদেশে এ পরিমাণ সাড়ে সাত

ডলারের একটু বেশি। এদিক থেকে বাংলাদেশের অবস্থান কত পেছনে তা সহজেই অনুমেয়। কিন্তু বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থার সুপারিশে একটি দেশে স্বাস্থ্য খাতে মাথাপিছু ৪৪ ডলার ব্যয়ের কথা বলা হয়েছে। বর্তমান বাংলাদেশের জনসংখ্যা যদি সাড়ে ১৫ কোটি ধরা হয় তাহলে দেখা

যায় মাথাপিছু হিসেব করলে বছরে একজন মানুষ প্রায় ৬১২ দশমিক ৫৮ টাকার সরকারি স্বাস্থ্যসেবা ভোগ করবে (টাকার একজন বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের একবারের ভিজিট কিংবা এক কোর্স ভালো অ্যান্টিবায়োটিকের দাম হিসেব করলে যা হাস্যকর মনে হয়!)। সুতরাং সহস্রাব্দ উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা অর্জনে এ বরাদ্দ নিতান্তই অপ্রতুল। যদি দৈনিক হিসেব করা হয়, তাহলে দেখা যায় যে, একজন নাগরিক বর্তমান বাজেটে সরকারের কাছ থেকে মাত্র ১.৬৮ টাকার স্বাস্থ্যসেবা ভোগ করতে পারবে। সাধারণ বিবেচনাবোধ থেকে বলা যেতে পারে যে, দায়সারা গোছের এ বরাদ্দ দিয়ে সরকারের উন্নয়ন প্রতিশ্রুতি পূরণ কিংবা ডিজিটাল বাংলাদেশ গড়া যেমনি সম্ভব নয়, তেমনি স্বাস্থ্য সেবার মতো মৌলিক নাগরিক চাহিদা পূরণে রাষ্ট্রের দায়বদ্ধতা জনসাধারণের মধ্যে প্রশ্নবিদ্ধ থেকেই যাবে। বাজেট বক্তৃতায় মাননীয় অর্থমন্ত্রী জানিয়েছেন যে, জনস্বাস্থ্যের সুযোগ-সুবিধা নিশ্চিত করতে সরকার আশ্রয় চেষ্টা করছে। কিন্তু দেখা যায়, 'সবার

জন্য স্বাস্থ্য' নিশ্চিত করতে স্বাস্থ্য
অধিকারকর্মীরা দীর্ঘ দিন ধরে এ খাতে
বরাদ্দ বাড়িয়ে তা কমপক্ষে জিডিপির ৫
শতাংশ করার দাবি জানিয়ে এলেও
এখনো কোনো সরকার এ বিষয়ে
তোয়াঙ্কা করেনি।

গত বছরগুলোর ধারাবাহিকতায় এবারের
বাজেটেও অন্যান্য খাতের মতো স্বাস্থ্য
বাজেটে উন্নয়ন খাতে ব্যয় ধরা হয়েছে
অনুন্নয়ন খাতের চেয়ে অনেক কম।

বাজেট বরাদ্দের এক-তৃতীয়াংশ খরচ হয়
নির্মাণব্যয়, রক্ষণাবেক্ষণ ও ওষুধসামগ্রী
ক্রয়ে। যার ফলে দেখা যায় সরকারের
পক্ষে নতুন কোনো স্বাস্থ্য প্রকল্প হাতে
নেয়া এবং বাস্তবায়ন করা কঠিন হয়ে
পড়ে। আর পূর্ববর্তী কাজের
ধারাবাহিকতা তো বটেই নতুন প্রকল্পের
ক্ষেত্রেও বাজেট বাস্তবায়নে দেখা যায়
অবকাঠামো গত উন্নয়নের দিকেই বেশি
গুরুত্ব দেয়া হচ্ছে।

ফলে পর্যাপ্ত লোকবল এবং দুর্বল
ব্যবস্থাপনার কারণে বাজেট বরাদ্দের
বিরাট একটি অংশ সিস্টেম লসের মধ্যে
পড়ে যাচ্ছে। যার জ্বলন্ত উদাহরণ,
কমিউনিটি ক্লিনিক। সরকারি হিসেবে
স্বাস্থ্যসেবার মান সম্প্রসারণে নতুন প্রকল্প
হিসেবে ১৩ হাজার ৫ শ' কমিউনিটি
ক্লিনিক কাজ শুরু করেছে আরো ১২ শ
ক্লিনিকের অবকাঠামো নির্মাণকাজ
চলছে। কিন্তু স্বাস্থ্যসেবায় এর অবদান
অনুল্লেখযোগ্য। পরিসংখ্যানে দেখা যায়,
জনবল ও লজিস্টিকের অভাবে এগুলো
থেকে গ্রামের জনগণ আশানুরূপ সেবা
পাচ্ছে না।

বর্তমানে দেশের সরকারি
হাসপাতালগুলোতে প্রায় সাত-আট
হাজার চিকিৎসকের পদ খালি রয়েছে।
কোনো কোনো জেলায় দেখা যায়

অনুমোদিত চিকিৎসক পদের প্রায় দুই-
তৃতীয়াংশ পদ খালি রয়েছে। অবাস্তব
হলেও সত্য, কোনো কোনো হাসপাতালে
চিকিৎসকের অভাবে ফার্মাসিস্টরাই
রোগী দেখেন, যা অত্যন্ত দুঃখের বিষয়।
কয়েক দিন আগে একটা অনলাইন
পত্রিকার প্রতিবেদনে দেখা গেছে,
'নীলফামারীর ডোমার উপজেলা স্বাস্থ্য
কমপ্লেক্সে চিকিৎসক সঙ্কটে রোগী
দেখছেন একজন ফার্মাসিস্ট। আবার
রাঙামাটি জেলায় অনুমোদিত ১৭৫টি
চিকিৎসক পদ থাকলেও সেখানে ১১৪টি
পদই খালি রয়েছে'। স্বাস্থ্য খাতের মতো
এমন একটা গুরুত্বপূর্ণ বিভাগে এ রকম
বেহালদশা দেখলে শুধু হতাশ নয় গভীর
চিন্তার মধ্যেও ফেলে দেয় সচেতন
নাগরিক সমাজকে।

এ জন্য জনস্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞরা মনে
করেন, কমিউনিটি ক্লিনিক প্রকল্পের
পরিবর্তে উপজেলা স্বাস্থ্য
কমপ্লেক্সগুলোকে আধুনিকায়নে আরো
বেশি সুযোগ-সুবিধা এবং সেবার মান
বৃদ্ধি করা হলে সার্বিকভাবে দুস্থ-
অসহায়দের জন্য সেবার মান
অনেকাংশে বাড়ানো যেত।

পরিসংখ্যানে দেখা যায়, বাংলাদেশের
স্বাস্থ্য খাতে সামগ্রিক ব্যয়ের ৩২.৫৩
শতাংশ হচ্ছে সরকারি অনুদান বা
বাজেট বরাদ্দ। অর্থাৎ দুই-তৃতীয়াংশ
খরচ বহন করে জনগণ সরাসরি নিজ
পকেট থেকে।

জাতীয় স্বাস্থ্যকাঠামোর জন্য এটি
নিতান্তই একটি শোচনীয় চিত্র। অথচ
উন্নত বিশ্বে এর অবস্থান সম্পূর্ণ
বিপরীত। যেমন নরওয়েতে মাত্র ১৮
শতাংশ, থাইল্যান্ডে ১৯ শতাংশ,
কানাডাতে ৩৫ শতাংশ এবং শ্রীলঙ্কায়
৫৫ শতাংশ চিকিৎসাব্যয় জনগণ বহন

করে। কিন্তু বাংলাদেশের ক্ষেত্রে দেখা যায় চিকিৎসাব্যয়ের প্রায় ৬৮ শতাংশ ব্যয়ই সেবাপ্রত্যাশীদেরকে বহন করতে হয়। অতএব সহস্রাব্দ উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা অর্জনের চ্যালেঞ্জ মোকাবেলায় সরকারি বরাদ্দ বাড়িয়ে জনগণের ব্যয় কমিয়ে আনা অত্যন্ত জরুরি।

আরেকটি বিষয় হলো জাতিসংঘের হিসেবে প্রতিটি দেশের মোট জনসংখ্যার ১০ শতাংশ প্রতিবন্ধী। সে হিসেবে আমাদের দেশের দেড় কোটি মানুষ প্রতিবন্ধী। তাদের সবার সম্পর্কে বিস্তারিত তথ্য ও পরিসংখ্যান সরকারের হাতে থাকা দরকার।

বাজেট প্রণয়ন ও বাস্তবায়নে কতিপয় গুরুত্বপূর্ণ বিষয় বিবেচনা করা প্রয়োজন। যেমন :

সুশাসন প্রতিষ্ঠা ও দুর্নীতি প্রতিরোধ-

বাজেটের উল্লেখযোগ্য অংশ নির্মাণ ও টেন্ডারের মাধ্যমে এমএসআর সামগ্রী ক্রয়ে খরচ করার অগ্রহ এবং অর্থবছরের শেষ মাসে বাজেটের বেশির ভাগ খরচ করার অদ্ভুত এক প্রবণতা লক্ষ করা যায়, যার কারণ সহজেই অনুমেয়। পর্যালোচনায় দেখা যায়, দেশে স্বাস্থ্য খাতে বাজেট বৃদ্ধি করলেও স্বচ্ছ প্রশাসনিক ব্যবস্থা না থাকায় বিপুল সরকারি বরাদ্দ রাজনৈতিক গোষ্ঠী, আমলাতন্ত্র এবং ব্যবসায়ী চক্রের সামষ্টিক দুর্নীতির শৃঙ্খলে আবদ্ধ হয়ে পড়ছে। ফলে বাজেট বাস্তবায়নের খাতগুলোও অনেকটা পরিকল্পিত দুর্নীতির ছক তৈরির মতো হয়ে যাচ্ছে। তাই প্রশাসনিক কাঠামোয় নৈতিকতার মান উন্নয়ন ও সুশাসন নিশ্চিত করা স্বাস্থ্য খাতকে উন্নয়নের প্রথম ও প্রধান শর্ত।

বেসরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রের দিকে জনসাধারণের নির্ভরশীলতার কারণ সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রের প্রতি সাধারণ মানুষের আস্থার সঙ্কট এবং সরকারি বরাদ্দ কম হওয়ার ফলে মানুষ বেসরকারি স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানের ওপর নির্ভরশীল হয়ে পড়ছে। তা ছাড়া ভূণমূলপর্যায়ের সরকারি স্বাস্থ্যসেবার মান ভালো না হওয়া, চিকিৎসাসেবার সাথে সংশ্লিষ্ট জনশক্তির রোগীদের সাথে ভালো আচরণ না করা, বিভিন্ন রোগ বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের অভাব, অহেতুক রোগীদের দীর্ঘ সময় অপেক্ষায় রাখা, পরীক্ষা-নিরীক্ষার উন্নত ও প্রয়োজনীয় সরঞ্জামাদি না থাকা, কর্মচারীদের অবহেলা ও ঘুষপ্রবণতা, রোগীদের চিকিৎসকের ব্যক্তিগত চেম্বারে পাঠানো এবং নির্দিষ্ট সময়ের আগেই চিকিৎসকদের কর্মস্থল ত্যাগ করা এসব কারণে সাধারণ মানুষ দিন দিন প্রাইভেট ক্লিনিকগুলোর প্রতি নির্ভরশীল হয়ে পড়ছে।

সরকারি স্বাস্থ্যসেবাকে জনগণের দোরগোড়ায় পৌঁছে দেয়া

প্রথমত, কমিউনিটি ক্লিনিকের প্রতি জোর না দিয়ে উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সগুলোকে উন্নত ও আধুনিকায়নে কার্যকরী পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে। উপজেলাপর্যায়ের সব স্তরের মানুষ যাতে সহজে চিকিৎসাসেবা নিতে পারে সে জন্য প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নিতে হবে। সে ক্ষেত্রে পর্যাপ্ত লোকবল এবং প্রয়োজনীয় সহযোগিতার ব্যবস্থা করতে হবে। গ্রামগঞ্জের মানুষ সাধারণত বেশির ভাগই অশিক্ষিত। তারা রোগ সম্পর্কে বিস্তারিত বুঝতে চাইলে চিকিৎসকেরা সময়ের অভাবে তা শুনতে চায় না। আর্থিকভাবে অসমর্থ রোগীরা যাতে



পর্যাপ্ত সম্মান ও গুরুত্বের সাথে চিকিৎসাসেবা পেতে পারে সে জন্য হেলথ কমপ্লেক্সের সম্পূর্ণ জনবলকে আন্তরিক ও সচেতন করতে হবে। দ্বিতীয়ত, সরকারি ওষুধ সরবরাহ বাড়িয়ে তা প্রকৃত গরিব ও দুস্থদের মাঝে বিতরণ করতে হবে। প্রয়োজনে প্রতিটি হাসপাতালে অভিযোগ বিভাগ খুলে তা কেন্দ্রীয়ভাবে মনিটরিং করতে হবে। তবেই সরকারি চিকিৎসাসেবার প্রতি সাধারণ মানুষের গ্রহণযোগ্যতা বাড়বে। তৃতীয়ত, জেলা হাসপাতালগুলোকে করতে হবে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসাসেবার প্রাণকেন্দ্র। বিশেষজ্ঞ ডাক্তার, প্রয়োজনীয় সার্জারি, লাইফ সাপোর্ট (ICU)সহ সব ধরনের বিশেষজ্ঞ চিকিৎসাসেবা যাতে জেলাপর্যায়েই জনগণ পেতে পারে সে ব্যবস্থা নিতে হবে। চতুর্থত, মেডিক্যাল কলেজ হাসপাতালগুলোকে অ্যাকাডেমিক ট্রেনিংয়ের জন্য ঢেলে সাজাতে হবে। সরকারি মেডিক্যাল কলেজগুলোতে দক্ষ বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক তৈরির সুযোগ আরো বাড়তে হবে। সাধ্যানুযায়ী ঢাকা মেডিক্যাল কলেজের আদলে সব

বিভাগীয় মেডিক্যাল কলেজকে ঢেলে সাজাতে হবে। বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকদের উন্নত মানের দেশী-বিদেশী সেমিনার ও ট্রেনিংয়ের জন্য অর্থ বরাদ্দ থাকতে হবে। চিকিৎসাসেবার সাথে সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক, কর্মকর্তা-কর্মচারীদের নৈতিক প্রশিক্ষণের ব্যবস্থা ও এর জন্য বাজেটে বরাদ্দ রাখতে হবে।

বিনামূল্যে চিকিৎসার সুযোগ-সুবিধা বাড়ানো

৬০% নাগরিক বিদ্যমান স্বাস্থ্যসেবা থেকে বঞ্চিত, বেশির ভাগ প্রসূতির প্রসব-পূর্ব চেকআপ হয় না, তাদের ৭০% প্রসূতি রক্তশূন্যতার শিকার, প্রায় ৭০% প্রসূতির ডেলিভারি হয় নিজের ঘরে ও প্রশিক্ষণহীন কোনো স্বজনের হাতে। আমাদের মাতৃ ও শিশুমৃত্যুর হার এখনো অনেক বেশি, ৫০% ভাগ শিশু অপুষ্টির শিকার এবং ২৫% ভাগ মৃত্যুপথযাত্রীদের কোনো শিক্ষিত চিকিৎসকের চেহারা দেখে মৃত্যুবরণ করার সৌভাগ্য হয় না। তাই মৌলিক চাহিদা হিসেবে শিক্ষাকে যেমন প্রাথমিক পর্যায়ে বাধ্যতামূলক এবং বিনামূল্যে পড়াশোনার ব্যবস্থা করা



সম্প্রতি 'নগর স্বাস্থ্য' কর্তৃক আয়োজিত স্বাস্থ্য বাজেট শীর্ষক গোলটেবিল আলোচনায় জনস্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞ এবং পেশাজীবীমহল এসব বিষয়ে সরকার এবং প্রশাসনের দৃষ্টি আকর্ষণ করেন। তারা আশা প্রকাশ করেন, সুশাসন প্রতিষ্ঠা এবং দুর্নীতি প্রতিরোধের মাধ্যমে জাতীয় স্বাস্থ্যনীতি অনুযায়ী বাজেট বাস্তবায়ন করতে পারলে সরকার জনসাধারণকে কাস্তিকৃত সেবা দিতে পারবে। এই গোলটেবিল আলোচনায় উপস্থিত ছিলেন স্বাস্থ্য অধিদফতরের সাবেক এডিজি অধ্যাপক মো: ময়েজ উদ্দিন, জনস্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞ ডা. বুলবুল সরোয়ার, ইব্রাহিম কার্ডিয়াক হাসপাতালের গবেষণা বিশেষজ্ঞ ডা. নুরুল আমিন, জেমস পি গ্রান্ট স্কুল অব পাবলিক হেলথের গবেষণা সহযোগী ডা. জাহিদ হাসান, লিভার বিশেষজ্ঞ ডা. শাহিনুল আলম, জনস্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞ ডা. সেলিম রেজা, ডা. রুহুল কুদ্দুস প্রমুখ।

হয়েছে, ঠিক একইভাবে চিকিৎসাকেও সহজলভ্য ও সবার জন্য নিশ্চিত করতে হবে। আর বিনা মূল্যে চিকিৎসাসেবা দিতে হলে স্বাস্থ্য খাতে বাজেট বৃদ্ধি করে এ খাতকে আরো সম্প্রসারিত করতে হবে। এখনো দেশের অধিকাংশ মানুষ অর্থাভাবে জটিল রোগের চিকিৎসা, অপারেশন করাতে ভয় পায় এবং অপচিকিৎসা যেমন ঝাড়ফুঁকের শিকার হয়। রোগীদের আর্থিক স্বাবলম্বিতার দিকটি বিবেচনা করে সব ধরনের রোগের চিকিৎসাসেবাকে মানুষের দ্বারপ্রান্তে নিয়ে যেতে হবে।

পর্যাপ্ত দক্ষ জনবল তৈরি স্বাস্থ্যসেবার ক্ষেত্রে জনবল সঙ্কটাপন্ন বিশ্বের ৫৭টি দেশের মধ্যে বাংলাদেশ উল্লেখযোগ্য। দেশের গুরুত্বপূর্ণ এই খাতে এখনো প্রায় ২৬ শতাংশ স্বাস্থ্যসম্পৃক্ত পদ খালি পড়ে আছে সরকারি নিয়োগ অবহেলার কারণে। তা ছাড়া দক্ষ জনশক্তির অভাবও এর আরেকটি কারণ। বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থা সুপারিশ অনুযায়ী, প্রত্যেকটা দেশে ডাক্তার ও নার্সের অনুপাত ১:৪ থাকার বিধান রয়েছে, অথচ বাংলাদেশে এ অনুপাত ১:০.৫৪ যা খুবই আশঙ্কাজনক। আর পরিসংখ্যানে দেখা

গেছে, প্রায় ৩০১২ জন রোগীর জন্য ডাক্তার আছেন মাত্র একজন এবং ৬৩৪২ জনের জন্য নার্স রয়েছে মাত্র একজন। ডাক্তার ও নার্সের এ করুণ চিত্র দেখে সহজে অনুমান করা যায় বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসেবা খাত কতটা রুগ্ন অবস্থায় রয়েছে। এই খালি পদগুলোতে জনবল নিয়োগ অতিব জরুরি। আর নিয়োগকৃত জনবলের জন্য প্রয়োজনীয় প্রশিক্ষণের ব্যবস্থা করে দক্ষ জনবল তৈরি এবং তাদেরকে দেশে পর্যাণ্ড সুযোগ-সুবিধা দিয়ে সম্মানজনকভাবে কাজে লাগানোর ব্যবস্থা করা প্রয়োজন।

হেলথ রিসার্চ ইনস্টিটিউট

বিশ্বের উন্নত দেশগুলোতে দেশের বুদ্ধিজীবীদের গবেষণালব্ধ ফলাফলকে কাজে লাগিয়ে এবং তাদের পরামর্শের ভিত্তিতে উন্নয়ন পলিসি গ্রহণ করে। উন্নত দেশগুলোতে সরকারের পলিসি তৈরিতে থিংক ট্যাংকগুলো গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে থাকে। কিন্তু বাংলাদেশের ক্ষেত্রে রাজনীতিবিদরাই সিদ্ধান্ত নেন কোন খাতে কত টাকা বাজেট হবে।

মূলত জনগণের কল্যাণার্থে যেকোনো পলিসি সুনির্দিষ্ট গবেষণালব্ধ তত্ত্ব ও তথ্যের ভিত্তিতে হওয়া প্রয়োজন। সরকারি ও বেসরকারি উদ্যোগে জাতীয় স্বাস্থ্যনীতির সংরক্ষণ এবং বাস্তবায়ন, পর্যবেক্ষণ, গবেষণা ও নতুন প্রকল্প উন্নয়ন করার জন্য হেলথ রিসার্চ ইনস্টিটিউট করা যেতে পারে। ইনস্টিটিউটের গবেষণালব্ধ ফলাফলের ভিত্তিতে স্বাস্থ্যসেবা বাজেট প্রণয়ন করলে এই খাতের করুণদশার লাঘব হতে পারে। দেশে এসব রিসার্চে আগ্রহী ও মেধাবী অনেক ডাক্তার রয়েছেন। যথাযথ

মূল্যায়নের মাধ্যমে এদেরকে গবেষণার কাজে লাগিয়ে স্বাস্থ্য খাতে সাফল্য লাভ করা সম্ভব। উন্নত চিকিৎসার জন্য প্রতি বছর বহু রোগী দেশের বাইরে যায়। আবার কোনো কোনো ক্ষেত্রে দেখা যায়, স্বাস্থ্য বাজেটে প্রদত্ত বরাদ্দের অনেকাংশই প্রকল্পের ও পরিকল্পনার অভাবে অর্থবছর শেষে অব্যবহৃত থেকে যায়। অথচ সুসম্মিত গবেষণার আলোকে যদি সঠিক খাত সৃষ্টি করা যায় তাহলে তা জাতীয় স্বাস্থ্যসেবায় গুরুত্বপূর্ণ অবদান রাখবে। অতএব বাজেটে জনগণের চাহিদা মোতাবেক বৃদ্ধি করা দরকার। স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনার মান উন্নয়ন করা প্রয়োজন। সরকারি বরাদ্দকৃত বাজেটে দুর্নীতি কমিয়ে বরাদ্দকৃত বাজেটের যথাযথ বাজেট সুনিশ্চিত করতে হবে। স্বাস্থ্য বিভাগের খালি পদগুলো পূরণ ও কর্মস্থলে সব স্বাস্থ্যকর্মীর উপস্থিতি নিশ্চিত করতে হবে। গরিব, অসহায় ও দুস্থ নারী, শিশু, বৃদ্ধ ও প্রতিবন্ধী রোগীদের সরকারি হাসপাতালে বিনা মূল্যে সব চিকিৎসাসেবা সুনিশ্চিত করতে হবে। উপজেলা স্বাস্থ্যসেবা কমপ্লেক্সগুলোকে সাধারণ মানুষের চিকিৎসাসেবার কেন্দ্রবিন্দু হিসেবে তৈরি করার জন্য প্রয়োজনীয় উপকরণের সরবরাহ বাড়িয়ে সেগুলোকে টেলে সাজাতে হবে। জেলাপর্যায়ের হাসপাতালগুলোতে বিভিন্ন রোগ বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক নিয়োগ দিয়ে বিশেষায়িত চিকিৎসাসেবা নিশ্চিত করা প্রয়োজন। তা ছাড়া মেডিক্যাল কলেজ হাসপাতালগুলো অ্যাকাডেমিক হাসপাতাল তথা চিকিৎসা শিক্ষার উদ্দেশ্যে সর্বোচ্চ ব্যবহার নিশ্চিত করতে হবে। ■

হুমায়ূন আহমেদের



ডা. শাহ মোহাম্মদ ফাহিম

হুমায়ূন আহমেদের (১৩ নভেম্বর, ১৯৪৮-১৯ জুলাই, ২০১১) 'তেঁতুল বনে জোছনা' উপন্যাসটি লেখা হয়েছে বাংলাদেশের জনৈক তিরিশ বছর পর। বাংলা সাহিত্যের উত্তর-ঔপনিবেশিক ডাক্তার সমাজকে বোঝার তাগিদ থেকে এই উপন্যাসে বর্ণিত আনিস ডাক্তারের জীবনে আমরা নজর দেবো। এই বইয়ে উপনিবেশ-উত্তর সময়ের একজন ডাক্তারের জীবনের কথকতা সহজ-সরল গদ্যে তুলে ধরেছেন হুমায়ূন আহমেদ। ইংরেজরা চলে গেলেও তাদের উপনিবেশ ব্যবস্থা যে এখনো বহাল আছে, তার ইঙ্গিত এই উপন্যাসে সাইকেল ডাক্তার আনিসের চরিত্রে

ভালোই পাওয়া যায়। উপন্যাসের একেবারে প্রথম দিকে প্রচণ্ড ঝড়ের পর মতি যখন 'প্রকৃতির খেলা' নিয়ে ভাবছিল তখনই 'সাইকেল হাতে ধরে হেঁটে হেঁটে' আনিস ডাক্তারের আবির্ভাব। তাকে দেখেই মতির বুক ধড়াস করে উঠল। কারণ সে 'অতিরিক্ত ভালো মানুষটি'র দু'টা শার্ট ও একটা লুঙ্গি চুরি করেছে। শুধু মতি না, বিরাটনগরের সব মানুষের মতেই 'আনিস অতি ভালো মানুষ, অতি সজ্জন'। নিজ থেকে আগবাড়িয়ে কথা বলেই গ্রামের মানুষের কাছে আনিস 'ডাক্তার হিসেবে এক নম্বরেরও উপরে'। আগের দুই ডাক্তারের ব্যবহার ভালো ছিল না। রোগীর সাথে ঠিকমতো কথাও

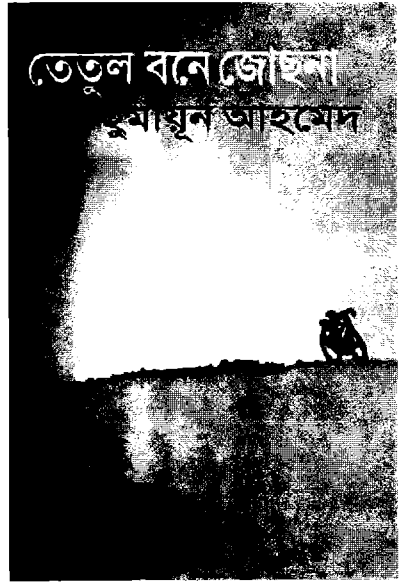
ইন্টার্নি ডাক্তার, শেরে বাংলা মেডিকেল কলেজ, বরিশাল

বলত না। সে কারণে বিরাটনগরের মানুষের মতো সে দুইজনের স্বভাব ছিল ‘খচ্চর ধরনের’।

উপনিবেশ আমল থেকেই এ দেশের মেডিক্যালব্যবস্থায় প্রশিক্ষণের ধরন, ঐতিহাসিক বিবর্তন এবং কাজের পরিবেশ ডাক্তারদের মধ্যে দম্ভ ও ঔদ্ধত্যের জন্ম দেয়। উপনিবেশ কালের সামাজিক আভিজাত্যের এই বোধটি এখনো ডাক্তারদের মধ্যে প্রবল। এই বোধ থেকেই তারা নিম্নবৃত্ত রোগীদের সাথে মিশতে পারে না। ভালো ব্যবহার করতে পারে না। তবে আনিস এ ক্ষেত্রে ব্যতিক্রম। বিরাটনগরের সাধারণ মানুষের সাথে আনিসের ভালো রকম সখ্য গড়ে ওঠে। শহরের আধুনিকতায় কেটেছে আনিসের শৈশব, কৈশোর ও যৌবনের বড় একটা সময়। শহরে জীবনের কৃত্রিমতায় সে জীবনে সৌন্দর্যগুলো উপভোগ করতে শিখে নাই। গ্রামের সহজ সরল সাধারণ মানুষের সংস্পর্শে এসে বিরাটনগর কমিউনিটি হেলথ কমপ্লেক্সের ডাক্তারের সৃজনশীলতা প্রস্ফুটিত হয়ে ওঠে। স্ত্রী নবনীকে লেখা আনিসের চিঠিতে ‘স্বপ্নের অর্কিড’ থেকে ‘চাঁদের জোছনার মতো আলো’ ছড়ানোর বর্ণনা থেকেই তার প্রমাণ মেলে। নবনীর চিঠিতে আনিস আরো লিখে, ‘আমার চিঠি পড়ে তোমার কি হাসি পাচ্ছে? মনে হচ্ছে ডাক্তারের ভেতর কাব্য ভাব চলে এসেছে? রোগ শোক ছাড়াও ইদানীং আমি আরো অনেক কিছু নিয়ে ভাবি’। প্রচলিত ডাক্তারি শিক্ষা যে আনিসের মতো ডাক্তারদের রোগ-শোকের বাইরে জীবন ও কবিতা নিয়ে খুব একটা ভাবতে শেখায় না এ থেকে তা বোঝা যায়। গ্রামের সাধারণ মানুষের সরলতা

ও গ্রাম্য প্রকৃতির সংস্পর্শেই আনিস নতুন করে ভাবতে শেখে। আমাদের দেশে বিয়ের বাজারে ডাক্তার ছেলের পসার বরাবর ভালো। দেখা যায়, ছেলের ডাক্তার পরিচয় দেখে বেশির ভাগ বাবাই তার মেয়েকে বিয়ে দেয়ার জন্য উঠেপড়ে লাগে। পারিবারিক ও সামাজিক অবস্থানে মেয়ের পরিবারে চেয়ে ছেলের পরিবারের অবস্থান নিচে থাকলেও শুধু ডাক্তার সাইনবোর্ডের কারণে মেয়ের পরিবার বিয়ে দিতে পিছপা হয় না। কিন্তু ছোটবেলা থেকে বিত্ত-বৈভবের মধ্যে বড় হওয়া মেয়ে স্বামীর পরিবারে এসে সব কিছু আগের মতো না পেয়ে মানসিক দ্বন্দ্ব ভোগে। জীবনযাত্রার নিম্নগতি সে মেনে নিতে পারে না। তার এই দ্বন্দ্ব সে তার ডাক্তার স্বামীর ওপর চাপিয়ে দেয়। এ অবস্থায় বউয়ের চাহিদা মেটাতে গিয়ে ডাক্তারকে আরো বেশি পেশাদার ব্যবসায়ী হয়ে উঠতে হয়। তা না হলে সংসারে শান্তি নষ্ট হয়। নবনীর বাবাও ঠিক একই কারণে আনিসের সাথে মেয়ের বিয়ে মেনে নেন। কিন্তু ছোটবেলা থেকে নিজের ঘর ছাড়া নবনীর ঘুম হয় না। রাতে ঘুমুতে যাওয়ার সময় এসি লাগে। শীতের সময়ও এসি লাগে। তাই আনিসের সাথে গ্রামে গিয়ে থাকা তো দূরের কথা শ্বশুরবাড়িতেই নবনী থাকে না। প্রত্যাশার সাথে না মেলার কারণে আনিসের অব্যক্ত ভালোবাসা নবনী বুঝতে পারে না। একপর্যায় তালকের সিদ্ধান্ত নেয় সে। অবশ্য উপন্যাসের শেষ দিকে এসে আনিসকে লেখা নবনীর চিঠিতে আমরা সেই সিদ্ধান্ত বদলের ইঙ্গিত পাই। আধুনিক কালে এ ডাক্তাররা নিজের

পেশা ও সুনাম কামানো নিয়ে ব্যস্ত থাকে। অর্থবিশ্বের প্রতি লোভে অন্যান্য সাংসারিক কাজ এমনকি নিজের ব্যাপারেও তারা অনেকটা উদাসীন ও আত্মভোলা হয়ে পড়ে। টাকা কামানোর নেশা না থাকলেও বাকি ব্যাপারগুলো আনিসের সাথে মিলে যায়। তার 'ডাক্তারি সুনাম ছড়িয়ে পড়া'র কারণে হাসপাতালে প্রচুর রোগী আসে। এটা আনিসের আত্মপ্রীতির কারণ। এই সুনামের নেশায় গ্রামের মানুষের সেবা করতে গিয়ে নিজের প্রতি উদাসীন থাকে সে। আর তাই 'শরীর কাঁপিয়ে' জ্বর আসার পরও সে জ্বর না মেপে, ওষুধ না খেয়ে 'হাত-পা এলিয়ে বিছানায় শুয়ে' থাকে। ইলেকট্রিকের তারের সমস্যা থাকার কারণে ঘরে বাতি জ্বলে না। অথচ তা ঠিক করার জন্য 'নেত্রকোনায়ে লোক পাঠানো'র কথাও তার মনে থাকে না। তবে আনিস দাবি করে সুনামের লোভে নয়, বরং একাকিত্ব ও নিঃসঙ্গতা থেকে বাঁচার জন্যই সে গ্রামের মানুষদের সাথে ব্যস্ত সময় কাটায়। তার ধারণা মানুষ নিঃসঙ্গতা দূর করতেই যার যার পেশা নিয়ে ব্যস্ত হয়ে পড়ে। আনিসও তার নিঃসঙ্গতা দূর করার চেষ্টায় ডাক্তারি করেন। 'চার পাশের মানুষদের নিয়ে অসম্ভব ব্যস্ত থেকে নিঃসঙ্গতা ভুলে থাকতে চায়'। আবার কর্মব্যস্ততার মাঝে সময় করে প্রায়ই সে 'মগড়া খালের পাশে শশ্যান ঘাটে' যায়। সেখানে 'শ্বেত পাখরের মেঝে'তে সুন্দর বসার ব্যবস্থা আছে। আনিস 'লোক লাগিয়ে মেঝে পরিষ্কার করিয়েছে'। 'উত্তর দক্ষিণ পূর্ব পশ্চিম সব দিকেই চাপা' স্বভাবের আনিস মাঝে মাঝে এখানে এসে বসে। জোছনার সাহচর্যে একাকিত্ব দূর করার বৃথা চেষ্টা করে।



তেতুল বনে জোছনা। হুমায়ূন আহমেদ
প্রথম প্রকাশ : ফেব্রুয়ারি ২০০১
প্রকাশক : অন্যপ্রকাশ, ঢাকা

উত্তর-উপনিবেশি ডাক্তারদের মধ্যে একাকিত্ব ও নিঃসঙ্গতা খুবই সাধারণ। যে যত বড় ডাক্তার তার নিজস্ব জগৎটাও তত ছোট। কাছের মানুষদের সাথে তাদের দূরত্ব দিন দিন বাড়তে থাকে। এমনকি মেডিক্যাল কলেজের সহপাঠী বা ডাক্তারি পেশার সহকর্মীদের সাথে সম্পর্কটাও সময়ের সাথে সাথে দুর্বল হয়ে পড়ে। আনিসকেও আমরা তার ডাক্তার সহপাঠী বা সহকর্মীদের কারো সাথেই যোগাযোগ রাখতে দেখি না। একবার রোগী দেখতে গিয়ে এক সহকর্মীর সাথে আনিসের দেখা হয়। কিন্তু তাদের মধ্যে খুব একটা কথাবার্তা হয় না। অন্তত পেশার খাতিরে তাদের মধ্যে যে সম্পর্ক থাকা উচিত তা-ও যে নাই এ থেকে তা সহজেই বোঝা যায়। বছরখানেক আগে স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের

একজন অবসরপ্রাপ্ত উপপরিচালকের সাথে দেখা করেছিলাম। তিনি পেরিফেরাল নার্ভ পলসিতে (একধরনের স্নায়ুবৈকল্য রোগ) আক্রান্ত। রোগের কারণে ঠিকমতো হাঁটতে পারেন না। সারা দিন বাসায় বসে নিঃসঙ্গ সময় কাটান। একসময়ের দাপুটে সরকারি চিকিৎসক খুব আফসোস করে জানালেন, অসুস্থ হওয়ার পর বিগত চার বছরে তার কোনো সহকর্মী তাকে দেখতে আসেননি। তিনি রোগ সারাতে বাংলাদেশের স্বনামধন্য একজন নিউরোমেডিসিন ডাক্তারের শরণাপন্ন হন। কিন্তু একসময়ের সহকর্মী সেই ডাক্তারও খুব একটা সময় নিয়ে তার কথা শোনেন নি বলে অভিযোগ করেন তিনি। তার দুই সন্তান। দুজনই স্থায়ীভাবে বিদেশে থাকেন। শেষ বয়সে এসে নিজের নিঃসঙ্গতার কথা বলতে গিয়ে তার চোখে পানি আসে।

দুই

উপনিবেশকালের শিক্ষাব্যবস্থার মৌলিক সমস্যা হচ্ছে দর্শন ও দৃষ্টিভঙ্গিত। পুঁজির বিকাশের স্বার্থেই উপনিবেশব্যবস্থার জন্ম। এ ব্যবস্থার অধীন শিক্ষাক্রমে তাই মানবতাবোধের চাইতে ব্যক্তিগত সমৃদ্ধি ও সুনাম লাভের শিক্ষাই বেশি প্রাধান্য পায়। ব্রিটিশরা চলে গেলেও আমাদের দেশে তাদের প্রচলিত শিক্ষাব্যবস্থা বদলের কোনো উদ্যোগ নেয়া হয়নি। তাই আমাদের ডাক্তারি শিক্ষাক্রমেও মানবতাবোধ, সামাজিক দায়বদ্ধতা ও মানুষের প্রতি দায়িত্ব ও কর্তব্য সম্পর্কে যে ধারণা দেয়া হয় তা অপ্রতুল। আনিসের মধ্যেও সমাজের প্রতি দায়িত্ববোধ এড়িয়ে চলার একটা প্রবণতা

আমরা দেখি। হুমায়ূন আহমেদ তাকে মানুষের প্রতি সহানুভূতিশীল হিসেবে চিত্রায়িত করেছেন, তবে তার চরিত্রের বোবা অংশটি কয়েকবারই বের হয়ে আসে। বিরাটনগরের চেয়ারম্যান জহির খাঁ ‘দুষ্ট প্রকৃতির লোক’। এই লোক গ্রামে নানা ধরনের খারাপ কাজ করে বেড়ায়। যেই তার প্রতিদ্বন্দ্বী হয়ে ওঠে তাকেই সে নানা কৌশলে সরিয়ে দেয়। কিন্তু বিরাটনগরের এই সব অন্যায্য কাজ নিয়ে আনিসের কখনো মাথাব্যথা ছিল না। তার ধারণা ‘সে ডাক্তার মানুষ, সে রোগের নিদান দিবে। এর বেশি কিছু না’।

বিরাটনগর চিকিৎসাশাস্ত্রে শিক্ষার্থীদের শেখানো হয় আধুনিক চিকিৎসাই স্বাস্থ্য রক্ষার একমাত্র সঠিক ও নির্ভরযোগ্য পদ্ধতি। সব চেয়ে নির্ভরযোগ্য দাবি করতে গিয়েই আধুনিক ডাক্তারি শিক্ষা স্বাস্থ্যব্যবস্থার জন্য বড় হুমকি হয়ে দাঁড়িয়েছে বলে কোনো কোনো মহল মনে করেন। সব চেয়ে নির্ভরযোগ্য অথচ তা শরীরের ওপর দখলদারি নিশ্চিত করে। বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থার সংজ্ঞা অনুযায়ী স্বাস্থ্য হচ্ছে শারীরিক, মানসিক, সামাজিক ও আধ্যাত্মিকভাবে পুরোপুরি ভালো থাকা। প্রচলিত ডাক্তারি শিক্ষাক্রমে শারীরিক ও মানসিক সুস্থতা রক্ষায় ডাক্তারের করণীয় সম্পর্কে আলোকপাত করা হয়। কিন্তু সামাজিক ও আধ্যাত্মিক সুস্থতায় ডাক্তারের ভূমিকা কী হবে তার নির্দেশনা কোথাও নেই। এমনকি স্বাস্থ্যব্যবস্থার সংস্কার, গ্রামীণ স্বাস্থ্যের উন্নয়ন বা রোগবালাই ও চিকিৎসা বিষয়ে উচ্চতর গবেষণার ব্যাপারে শিক্ষার্থীদের আগ্রহী করে তোলারও কোনো প্রায়স নেই। সে কারণে আমাদের দেশে ভূরি ভূরি

ডাক্তার থাকলেও স্বাস্থ্য
আন্দোলন ও
চিকিৎসাশাস্ত্রে উচ্চতর
গবেষণাকাজে তাদের খুব
একটা আগ্রহ লক্ষ করা
যায় না। মানুষ হিসেবে
'খাঁটি সোনা' হলেও
আনিস এই শিক্ষাব্যবস্থার
অধীনে পাস করা
ডাক্তার। হয়তো বা এ
কারণেই বিরাটনগরের
স্বাস্থ্যব্যবস্থার উন্নয়ন বা



আধুনিককালে ডাক্তাররা নিজের পেশা ও সুনাম কামানো নিয়ে ব্যস্ত থাকেন

গ্রামের মানুষদের স্বাস্থ্যসচেতন করার
কোনো উদ্যোগ আনিসকে নিতে দেখা
যায় না। 'অল্প বয়স্ক গম্ভীর ধরনের এই
ডাক্তার' রোগী দেখতে 'গভীর গ্রামে'
যেতেও আগ্রহী না। বরং 'রোগীদের
হাসপাতালে আসার ব্যাপারে উৎসাহিত'
করার পক্ষপাতী সে।

তবে কিছু কিছু ক্ষেত্রে আনিসের
মানবতাবোধের পরিচয় পাওয়া যায়।
অবস্থা ভালো না এমন রোগীকে শহরে
পাঠাতে না পেরে তার মনটা খারাপ হয়ে
যায়। আবার ইমাম সাহেব অসুস্থ
শোনার পর শরীরে জ্বর নিয়ে
অনেকখানি হেঁটে তাকে দেখতে যায়
আনিস।

অ্যালার্জিক কারণে মিঠাপুরের কিশোর
কাদেরের স্বাসনালী ফুলে বন্ধ হয়ে যায়।
তার চিকিৎসার জন্য আনিসের সহকর্মী
সাইফুদ্দিন ডাক্তারের ডাক পড়ে। রোগ
সারাতে না পেরে রোগীর শেষ অবস্থা
ঘোষণা করে সে ভিজিটের টাকা নিয়ে
সরে পড়ে। রোগীর চিকিৎসা নিশ্চিত
করতে কাছাকাছি কোনো ডাক্তারের
কাছে পাঠানো তো দূরের কথা আনিস
এই রোগী দেখতে গেলে সে তাকে
নিরুৎসাহিত করে। এটা উত্তর-

ঔপনিবেশিক ডাক্তারদের আরেকটা বড়
সমস্যা। কোনো রোগীর রোগ সারাতে
না পারলে তারা তাকে সচরাচর অন্য
কোনো ডাক্তারের কাছে পাঠায় না।
যদিও বা পাঠায়, তবে তার কর্মস্থল
থেকে অনেক দূরে। কারণ রোগী যদি
অন্য ডাক্তারের চিকিৎসায় সুস্থ হয়ে যায়
তবে তার পয়সা কমে যেতে পারে।
কিন্তু তাকে ছোট ডাক্তার মনে করতে
পারে।

মতি ধারণা করেছিল আনিস ডাক্তার
বেশি দিন বিরাটনগর থাকবে না।
শহরমুখী হওয়ার প্রবণতার কারণেই
বিরাটনগরে ডাক্তাররা বেশি দিন থাকে
না। সে কারণেই হয়তো মতির এ
ধারণা। পুরো উপন্যাসজুড়ে অবশ্য
আনিসের গ্রামে থাকার প্রবণতা লক্ষ
করা যায়। তবে শেষের দিকে এসে
ট্রপিক্যাল মেডিসিনে পিএইচডি করার
স্কলারশিপ' পেয়ে আনিসও সিদ্ধান্ত নেয়
'বিরাটনগরে থাকার কাল শেষ হয়েছে'।
'মানুষের ভালোবাসার বন্ধন' কেটে
'নিজেকে নিয়ে ব্যস্ত' থাকার সময়
এসেছে। এভাবেই বিরাটনগরের
সাইকেল ডাক্তারের 'গ্রামে ডাক্তারি'
জীবন শেষ হয়। ■

পৃথিবীর প্রথম চক্ষু চিকিৎসাবিজ্ঞানী তথা আলোক বিজ্ঞানের জনক

ইবনুল হায়সাম

শেখ মিজানুর রহমান

‘লিকুল্লি দাইয়ি দাওয়াউন’ প্রত্যেক রোগেরই ওষুধ আছে। হজরত মুহাম্মদ সা:-এর এ ঘোষণাই মুসলমানদের চিকিৎসাবিজ্ঞানে গবেষণা করার অনুপ্রেরণা জুগিয়েছে। এ কথা আজ সর্বজনবিদিত যে, ইসলামের প্রাথমিক যুগের মুসলিম বিজ্ঞানীরা অষ্টম শতাব্দী থেকে ত্রয়োদশ শতাব্দী পর্যন্ত যে অভাবনীয় উন্নতি করেছিলেন, তার মধ্যে চিকিৎসাবিজ্ঞানই সর্বপ্রধান। যুগের স্বনামধন্য চিকিৎসক ইবনে মাসুরিয়া, আল কিন্দি, আল রাজি, আবুল কাশিম জাহরাবি, ইবনে আন নাফিস, সাবিত ইবনে সিনান, ইবনুল হায়সাম ও

চিকিৎসাবিজ্ঞানের কিংবদন্তি মহানায়ক ইবনে সিনা মিলে এ বিদ্যাকে এমনভাবে সুপ্রতিষ্ঠিত করলেন যা স্পর্শ করা গেলেও অতিক্রম করা সম্ভব নয়। মুসলিম চিকিৎসাবিদরা মানবদেহ নিয়ে বিজ্ঞানসম্মত গবেষণা করেন, আবিষ্কার করেন দুরারোগ্য ব্যাধির নিরাময়, আবিষ্কার করেন সার্জিক্যাল যন্ত্রপাতি। মুসলমানদের এ স্বর্ণযুগের এবং বর্তমান সভ্যতায় তাদের অনস্বীকার্য অবদান দ্বিধাহীনচিন্তে স্মরণ করে আজকের পৃথিবী। রেভারেন্ড বসওয়ার্থ স্মিথের মতো একজন ধর্মপ্রান পাদ্রিও তাই নিঃসঙ্কোচে স্বীকার করেছেন- ‘Islam

গবেষক ও প্রাবন্ধিক: নির্বাহী সম্পাদক, ইবনে সিনা হেলথ ম্যাগাজিন, sk.mizan@yahoo.com

is the most complete, the most sudden and the most extraordinary revolution that has come over any nation on earth'. (Mohammad and Mohammedanism London, 1874 Page-105)

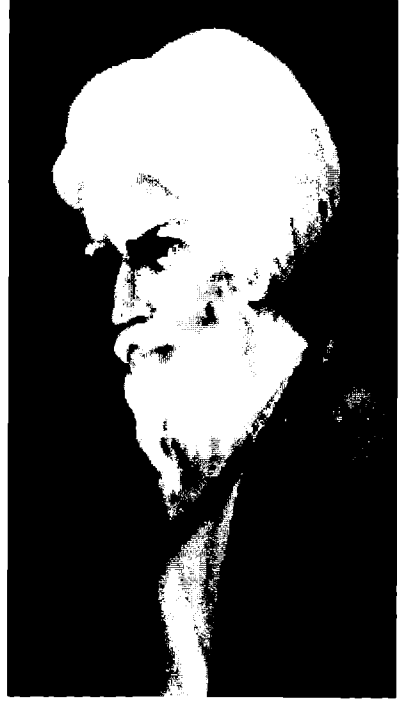
মনীষী হামবোল্ড আরো এক ধাপ অগ্রসর হয়ে উল্লেখ করেছেন—

'The Arabians are to be considered the proper founders of the physical Sciences, in the signification of the term which we are now accustomed to give it'. (Alexander von Humboldt, Cosmos, Vol.11)

বিশ্বসভ্যতায় চিকিৎসাবিজ্ঞানের উৎকর্ষে যাদের অবদান অবিস্মরণীয় তাদের অন্যতম ইবনুল হায়সাম। যাকে 'অপটিক (চক্ষুচিকিৎসা) তথা আলোক বিজ্ঞানের জনক' বলা হয়। মহান এই চিকিৎসাবিজ্ঞানী ইবনুল হায়সামের জীবনালেখ্য এবং তাঁর অমর অক্ষয় কিত্তীগুলো সকলের জন্য অব্যাহত করার মহান প্রয়াস রইল।

ইবনুল হায়সামের পরিচয়

আবু আলী আল-হাসান ইবনিল হায়সাম আল-বাসরি-আল মিসরি যাকে মধ্যযুগীয় ল্যাটিন গ্রন্থ একাধারে Alhazen (আল হাজেন), Avennathan (আভেন্নাথান) এবং Aventan (আভেনতান) বলে তাদের গ্রন্থে উল্লেখ করেছে অর্থাৎ পাশ্চাত্যের বেনামীকরণের কষাঘাতে প্রায় হারিয়ে যেতে বসেছিল ইসলামি সভ্যতার তথা আধুনিক সভ্যতার অন্যতম জনক ইবনিল



হায়সাম। তিনি আরবদের মধ্যে অন্যতম শ্রেষ্ঠ গণিতবিদ এবং নিঃসন্দেহে সর্বশ্রেষ্ঠ পদার্থবিদ ছিলেন। জ্যোতির্বিদ, চিকিৎসাবিদ ও দার্শনিক হিসেবে তার যথেষ্ট খ্যাতি রয়েছে।

যত দূর জানা যায়, ইবনুল হায়সাম ৩৫৪-৯৬৫ সালে বসরায় জন্মগ্রহণ করেন। ঐতিহাসিকদের মধ্যে কেউ কেউ বলেছেন তাঁর জন্মতারিখ ৩৫৫/৯৬৫-৬৬ সালে। এ সময়ে বাগদাদে খলিফা ছিলেন আল মুতিলিল্লাহ (৯৪৬-৭৪ খৃ:)। বসরায় জন্মস্থান বলে ইবনুল হায়সামের নামের সাথে আল বাসরিও সংযুক্ত হয়। তিনি তৎকালিন বিশ্বের শ্রেষ্ঠতম বিদ্যানগরী বসরাতেই শিক্ষা লাভ করেন এবং সেখানে সরকারী রাজস্ব বিভাগের একটি পদে নিযুক্ত হন।

কিন্তু জ্ঞানসাধক ইবনুল হায়সাম চাকরিরত অবস্থাতেই বিজ্ঞানের নানা বিষয়ে পড়াশোনা করেন। ফলে চাকরিতে অন্যমনস্কতার অভিযোগে বরখাস্ত হন। বরখাস্ত হওয়ার পর তিনি জ্ঞানান্বেষণের জন্য তখনকার দিনে জ্ঞান-বিজ্ঞানের জন্য বিখ্যাত নানা স্থান পরিদর্শন করেন। এই ভ্রমণরত অবস্থায় তিনি প্রকৌশল বিজ্ঞান সম্বন্ধে বিশেষ জ্ঞান লাভ করেন এবং ওই বিষয়ে একখানি গ্রন্থও প্রণয়ন করেন।

জ্ঞান অন্বেষণে মিসর গমন

ইবনুল হায়সাম মিশরের ভৌগোলিক এবং প্রাকৃতিক অবস্থান সম্বন্ধে নানা গ্রন্থ পাঠ করে সেখানকার নীলনদের ওপর বাঁধ দিয়ে নদের প্রবাহ নিয়ন্ত্রণ সম্ভব এবং এর মাধ্যমে সেখানে উন্নত চাষাবাদের জন্য বহু দিনের পরিকল্পিত একটি বৈজ্ঞানিক পরিকল্পনা খলিফার কাছে নকশাসহ উপস্থাপন করেন। এ সময়ে মিসরের খলিফা ছিলেন ফাতিমীয় বংশের আল হাকিম (৩৮৬-৪১১/৯৯৬-১০২১)। হায়সাম নকশাটি খলিফা আল হাকিমের কাছে পাঠান। খলিফা তাকে মিসরে আমন্ত্রণ করেন। ইবনুল হায়সাম মিসর এসে নীলনদ পর্যবেক্ষণ করেন এবং বর্তমানে যে স্থানে 'আসওয়ান' বাঁধ স্থাপিত হয়েছে সে স্থানই বাঁধের উপযুক্ত স্থান বলে নির্ণয় করেন। পরে যন্ত্রপাতির অভাবে এবং তৎকালে বিজ্ঞানীদের প্রতি এক শ্রেণীর আলেমদের বিভিন্ন অনীহা ও নির্যাতনের কারণে তিনি কাজটি করতে অপারগতা প্রকাশ করেন। তিনি গোপনে মিসর ত্যাগ করে সিরিয়া চলে যান এবং খলিফার মৃত্যুর পর পুনরায় মিসরে ফিরে আসেন, এর পরে আমৃত্যু মিসরেই বাস করেন।

বিজ্ঞানের বিবিধ ধারায় ইবনুল হায়সাম

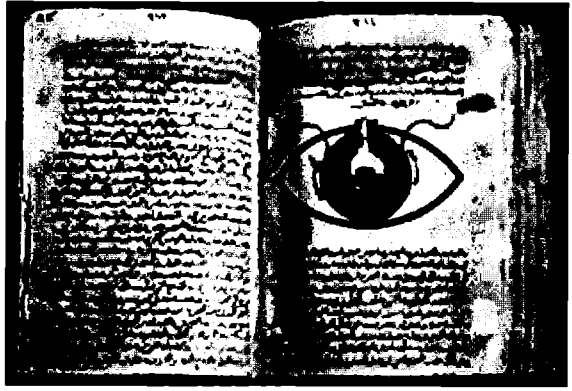
বিজ্ঞানী ইবনুল হায়সাম বহুমুখী প্রতিভার অধিকারী ছিলেন। তাত্ত্বিক ও প্রায়োগিক বিজ্ঞানে তার নাম অবিস্মরণীয়। ইস্তাম্বুলের (তুরস্ক) প্রখ্যাত অধ্যাপক ইসমাইল পাশা (মৃ: ১৯০২) ইবনুল হায়সামের গ্রন্থাবলির যে তালিকা তৈরি ও প্রকাশ করেছেন তার মধ্যে ১১টি গ্রন্থ পদার্থবিজ্ঞান বিষয়ে রচিত, অঙ্কশাস্ত্রের গ্রন্থের সংখ্যা ৪১। এ ছাড়া বিশ্বের বিভিন্ন লাইব্রেরিতে তাঁর আরো ১৩টি পদার্থবিজ্ঞানের গ্রন্থ পাওয়া গেছে। ইবনুল হাইসাম পদার্থবিজ্ঞান আলোচনায় যে বিরাট আলোড়ন সৃষ্টি করেছিলেন তা আধুনিক বিজ্ঞানীদের বিশ্বয়াভিভূত করেছে। এ সম্পর্কে তার প্রস্তাবিত সমস্যা ও সমাধান এই বিংশ শতাব্দীতেও বিজ্ঞানীরা horribly prolix বলে অভিহিত করেছেন। বর্তমান কালের নামজাদা বিজ্ঞানী J F Allen F R S-এর কথায় Al Hazen could be said to have a 20th Century mind in a 10th Century setting.

Optic (চক্ষুবিজ্ঞান) তথা আলোকবিজ্ঞানের জনক ইবনুল হায়সাম

সৃষ্টির জগতে ইবনুল হায়সামকে উদ্ভাসিত করে রেখেছে Optic তথা আলোকবিজ্ঞান বিষয়ে তার ঐতিহাসিক অবদানের মহিমা। এই শতাব্দীর বিখ্যাত ঐতিহাসিক ও বিজ্ঞান গবেষক অধ্যাপক সারটন যথার্থই বলেছেন, 'Ibn al Haitham is the greatest Muslim physicist and one of the greatest students of

optics for all times who must also be rated among the most prodigious figures in the world of Scholarship'.

ঐতিহাসিক বায়হাকী তাকে দ্বিতীয় টলেমি বলে উল্লেখ করেছেন। আধুনিক বিশ্বসভ্যতা



তাকে অপটিক্সের (চক্ষুচিকিৎসা) জনক বলে চিহ্নিত করেছে। ইবনুল হায়সামই সর্বপ্রথম দৃষ্টিশক্তি, তার রোগব্যাদি এবং তার প্রতিফলন ও প্রতিসরণ বিষয়ে গ্রিকদের ভুল ধারণা নিরসন করেন এবং হাতে-কলমে পরীক্ষার দ্বারা প্রমাণ করেন যে, আমাদের চোখে আলোক রশ্মি বাহ্য পদার্থ থেকেই প্রতিফলিত হয়, চক্ষু থেকে আলো বের হয়ে বাহ্য বস্তুকে দৃষ্টিগোচর করে না। তার আগে ইউক্লিড, অ্যারিস্টটল, টলেমি প্রভৃতি গ্রিক বিজ্ঞানী ও দার্শনিক প্রচার করেন যে, আলোর রশ্মি কোনো বস্তুর ওপর পতিত হলেই বস্তুটি দৃষ্টিগোচর হয়। তৎকালে এই মতবাদ স্বতঃসিদ্ধ তথা অবিসংবাদিত সত্য বলে প্রতিষ্ঠা পায়। ইবনুল হায়সাম সর্বপ্রথম তার কিতাবুল মানাজির গ্রন্থে এই মতবাদ ভ্রান্ত বলে প্রচার করেন এবং প্রমাণ করেন যে, প্রকৃতপক্ষে কোনো বস্তু থেকে আলোক রশ্মি চোখের ওপর পতিত হলেই সেই বস্তুটি দৃষ্টিগোচর হয়। ইবনুল হায়সামের এই ভাবিক মতবাদ বিজ্ঞান জগৎকে সঠিক পন্থার সন্ধান দেয় এবং মতবাদটি পরবর্তীকালে বিজ্ঞান জগতে সঠিক মতবাদ বলে গৃহীত হয়। তার

সমসাময়িক বৈজ্ঞানিক আল বেরুনি এবং ইবনে সিনাও এই মতবাদ গ্রহণ করেন। ইবনুল হায়সামের কিতাবুল মানাজির পরবর্তীকালে Greater work than those of Euclid and Ptolemy বলে স্বীকৃতি পায়। অধ্যাপক সারটনের মতে, 'Kitab al-Manazir must be listed among the listed Classics, indeed it influenced Scientific thought for Six Centuries'.

বিজ্ঞান জগতে তার মূল্যায়ন

সে কালের মুসলিম বিজ্ঞানীদের বহু গ্রন্থের মধ্যে কিছু কিছু গ্রন্থ বিশেষ স্থান অধিকার করেছিল, যেমন- বিশ্বব্যাপী আলোড়ন সৃষ্টিকারী আল বেরুনির 'কানুনে মাসউদি', ইবনে সিনার 'কানুন ফিত-ত্বিব', আল খাওয়ারিজমির 'এলমুল জাবর ওয়াল মুকাবিলা' প্রভৃতি। হায়সামের 'কিতাবুল মানাজির'ও বিশ্বের অন্যতম আলোড়ন সৃষ্টিকারী গ্রন্থ। এ সম্বন্ধে ইহুদি বৈজ্ঞানিক জোসেফ বিন জুদাহ বিন আর্কানন 'কিতাবুল মানাজির'কে ইউক্লিড ও টলেমির গ্রন্থের চেয়েও শ্রেষ্ঠ বলে অভিমত প্রকাশ

করেন। তার ফলে ইউরোপের নবজাগরণের যুগে গ্রন্থটি ব্যাপক প্রচারিত হয় ও অসাধারণ প্রভাব বিস্তার করে। পাশ্চাত্যের মনীষী ও বৈজ্ঞানিকগণ মুক্তকণ্ঠে পুস্তকটির উচ্ছসিত প্রসংসা করেন। তন্মধ্যে ইংল্যান্ডের স্যার উলফেঙ্ডেন, পোল্যান্ডের অধ্যাপক রায়বিকির, আমেরিকার অধ্যাপক মারটন, অস্ট্রেলিয়ার অধ্যাপক স্যার মলিফ্যান্টের প্রমুখ মনীষী 'কিতাবুল মানাজির'য়ে আলোর প্রতিফলন, প্রতিসরণ এবং বিষদভাবে চোখের গঠন, সুবিধা-অসুবিধা, রোগব্যাধি সম্পর্কে আলোচনার জন্য লেখক হায়সামকে উচ্ছসিত ভাষায় প্রশংসা করেন।

আধুনিক বিজ্ঞান অঙ্গনে প্রচলিত হয়ে আছে যে, আলোর গতি নির্ধারণ ও আবিষ্কারক এ মাইকেলসন। আলোর প্রতিফলন, প্রতিসরণ ও প্রতিবিম্ব আবিষ্কারক লিডেন বিশ্ববিদ্যালয়ের গণিতের অধ্যাপক স্লেল, দে কার্টে প্রমুখ। অথচ এই তথ্য আদৌ সত্য নয়।

অধ্যাপক স্লেলের (১৫৯১-১৬৫০) জন্মের ৬২৬ বছর আগে ইবনুল হায়সাম জন্মগ্রহণ করেন। আলো ও চক্ষু সম্বন্ধে তার আগে আর কেউ ব্যাপক গবেষণা করতে পারেননি। আলো সম্বন্ধে তিনি নিম্নোক্ত গ্রন্থগুলো রচনা করে গেছেন। 'মাকালাতু ফিল জুয়ে' গ্রন্থে তিনি আলো কী তা বিস্তারিত বর্ণনা করেছেন। 'রিসালাতুল ফিশ শাফাক' গ্রন্থে তিনি বায়ুমণ্ডলের উর্ধ্বসীমা নির্ণয়সংক্রান্ত বিষয়ে আলোচনা করেন।

'মাকালাতু ফি কাওয় ফজ্জহে ওয়ালা হাসাতি' গ্রন্থে তিনি রংধনু বস্তুর ছায়াপথ গ্রহণ সংক্রান্ত বিষয়ে আলোচনা

করেন।

'মাকালাতু ফিল মাবাইয়াল জুহবিকা বিলকুতু' ডাই অপট্রা প্রস্তুত পদ্ধতি বর্ণনায় আলোর প্রতিফলন, প্রতিসরণ, প্রতিবিম্বের স্বরূপ প্রভৃতি সম্বন্ধে আলোচনা করেন।

'মাকারাতু ফিল মারইয়ান জুহরিকা বেদদাওয়ালেব' ও 'মাকালাতুল ফিল জুয়েল কামার' প্রভৃতি গ্রন্থে আলো সম্বন্ধে ব্যাপক বৈজ্ঞানিক আলোচনায় অকাট্য যুক্তি প্রদর্শন করা হয়েছে। তবে তার সব অবদানের শীর্ষে অবস্থান করছে মানুষের চক্ষু, তার গঠন ও রোগ ব্যাধির বর্ণনা। 'Emergence of Physiological optics' শীর্ষক এক গবেষণায় Gul a Russell ইবনুল হায়সামের অবদান অবদানের স্বীকৃতি দিয়ে বলেছেন, His most original anatomical Contribution was his description of the functional anatomy of the eye as an optical system.

প্রতিটি গ্রন্থেরই ইউরোপীয় চাহিদানুযায়ী যথা খৃশি ইংরেজি নাম দেয়া হয়েছে এবং লেখকের নাম বাদ দিয়ে ইউরোপে প্রচার ও প্রকাশ করা হয়েছে। এসব ল্যাটিন অনূদিত গ্রন্থ ইউরোপে অধ্যয়নের উদ্দেশ্যেই অনুবাদ ও প্রকাশ করা হয়েছে। আলোর গতি, প্রতিফলন, প্রতিসরণ প্রভৃতি সবই তো ইবনুল হায়সামের আবিষ্কার। ৬২৬ বছর পর লে প্রমুখ এসব তত্ত্বের আবিষ্কারক হয়ে গেলেন কী করে? স্লেল হায়সামের সূত্র ধরে শিক্ষা লাভ করে এর উৎকর্ষ, উন্নয়ন, প্রভৃতি সব কিছুই করতে পারেন, কিন্তু তারা কোনোভাবেই আবিষ্কারকের নামটি জাল করতে পারেন না। এটা নিঃসন্দেহ অন্যায় আবদার



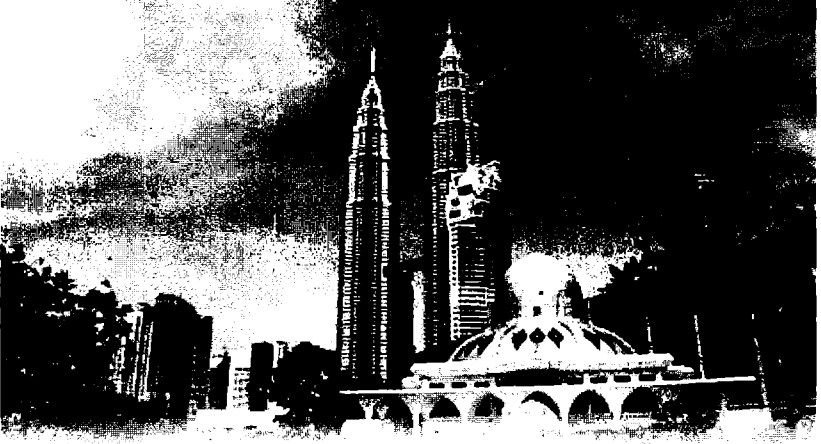
দেখা যায়। এ মতবাদ ইবনুল হায়সামের আগে ধর্মগ্রন্থের মতো বিশ্বাস করা হতো। তখন সবাই তা বিনা প্রশ্নেই মানতেন। টলেমি, ইউক্লিড, অ্যারিস্টটলের এই মতবাদ সম্পূর্ণ ভুল প্রমাণ করে দিয়ে ইবনে হায়সাম প্রচলিত বিজ্ঞান জগৎটার বিরুদ্ধে বিরূপ সমালোচনার ঝুঁকি নিলেন। তিনি সত্য প্রকাশের ক্ষেত্রে একটুও বিচলিত বোধ করেননি। তিনি পরিষ্কারভাবে তার নতুন আবিষ্কার 'কিতাবুল মানাজির'-এ জানিয়ে দিলেন,

ছাড়া আর কিছুই নয়। 'কিতাবুল মানাজির'-এর একটি মূল্যবান তত্ত্বকথা এই যে, চোখ থেকে আলোর রশ্মি কোনো বস্তুর ওপর পড়লেই সেই রশ্মির সাহায্য বস্তুকে আমরা দেখতে পাই এটা সত্য নয়। প্রতিটি বস্তু থেকে আলোকছটা আমাদের চোখে পড়লেই আমরা বস্তুকে দেখতে পাই, এটিই সত্য। মূলত এ জন্যই আমরা দিনে দেখি আর রাতে আলো ছাড়া দেখতে পাই না। অথচ ইউক্লিড, অ্যারিস্টটল, টলেমি প্রমুখ প্রাচীন গ্রিক বৈজ্ঞানিকদের মতে, চোখ থেকে বিচ্ছুরিত আলোর প্রতিফলনে বস্তু

বস্তু থেকে আলোকছটা আমাদের চোখে পড়লেই আমরা বস্তুকে দেখতে পাই। ক্রুসেডের আঘাতে ইউরোপীয় খ্রিষ্টান জগৎ অন্তত এই শিক্ষা ভালোভাবেই লাভ করেছিল যে, মুসলিম সভ্যতা বা আরব সভ্যতাকে সম্পূর্ণ হীনবল করতে না পারলে তাদের সভ্যতা কিছুতেই গড়ে উঠবে না। মুসলিম সভ্যতা পতনের পর যখন মুসলমানরা অতি দ্রুত অশিক্ষিত ও গরিব হতে শুরু করে এবং অন্য দিকে ইউরোপীয় বণিক গোষ্ঠী ধনসম্পদে, জ্ঞানবৃদ্ধিতে, ক্ষমতা-মর্যাদায় রাতারাতি স্ফীত হয়ে পৃথিবীর একচেটিয়া আধিপত্য বিস্তার শুরু করে। তখন ইউরোপীয়রা

উপলব্ধি করে যে, সারা বিশ্বে কর্তৃত্ব বিস্তার ও স্থায়িত্বের জন্য বিজ্ঞানই হবে মূল হাতিয়ার; কিন্তু এই বিলুপ্ত বিজ্ঞান একমাত্র মুসলিম অধ্যুষিত ভূখণ্ড ছাড়া পৃথিবীর আর কোনো অঞ্চলেই খুঁজে পাওয়া যাবে না। অনুর্বর আরব থেকেই উর্বর বিজ্ঞানের স্বর্ণখনি এই সুযোগে লুটে আনতে হবে। এখন মুসলিম জগৎ পরাভূত, মৃতপ্রায়। ওরা জেগে উঠলে একটা পাণ্ডুলিপিও ছুঁতে দেবে না। তা ছাড়া বুঝতে পেরে মুসলমানরা যদি পাণ্ডুলিপি না দেয়ার আন্দোলন গড়ে তোলে, তাহলে ইউরোপের অনুবাদ আন্দোলন ব্যর্থ হবে। এজন্য এক দিকে তারা মুসলিম বিজ্ঞান গ্রন্থগুলো সংগ্রহ করে, অন্য দিকে মুসলমানদের বিজ্ঞান থেকে দূরে রাখার জন্য অজস্র অর্থব্যয়ে একশ্রেণীর আলেমকে বিজ্ঞান হারাম ঘোষণার ধ্বংসাত্মক কাজে লাগিয়ে দেয়। এ ধরনের ভাড়াটিয়া আলেমরা যখন বাগদাদ মসজিদের ইমাম ওবায়দুল্লাহর নেতৃত্বে ইবনে হায়সামের বিজ্ঞান গ্রন্থ দক্ষীভূত করে দিয়ে ইসলামের মহিমা প্রচার করেছিল; অপর দিকে ঠিক তখনই ইউরোপীয় অধ্যাপক রামুস ইবনে হায়সামের সর্বশ্রেষ্ঠ গ্রন্থ ‘কিতাবুল মানাজির’ সংগ্রহের জন্য সারা মধ্যপ্রাচ্যের গ্রামগঞ্জের দোকানে দোকানে খুঁজে ফিরছিল। শেষমেশ একটি কাগজের দোকানে পুঁটলি বাঁধা অবস্থায় কালি-কলির মাঝ থেকে পুস্তকটি তিনি খুঁজে বের করেন। এই গ্রন্থের সংস্পর্শে সারা ইউরোপ নবজাগরণে সজীব হয়ে উঠেছিল। চিত্রে রামুস-এর সংগ্রহীত পাণ্ডুলিপি ‘কিতাবুল মানাজির’-এর একটি পৃষ্ঠা দেয়া হলো। ওই পৃষ্ঠার চিত্রে সামন্তরাল সূর্যরশ্মি অধিবৃত্তাকৃতি আয়নার ওপর পড়ে

কিভাবে প্রতিফলিত হয় তা জ্যামিতির মাধ্যমে দেখানো হয়েছে।
ইস্তাম্বুলে আয়ামোফিয়া লাইব্রেরিতে একত্রে সাতটি খণ্ডেই ৬৭৮ পৃষ্ঠায় সমাপ্ত ‘কিতাবুল মানাজির’-এর সম্পূর্ণ পাণ্ডুলিপিই সংরক্ষিত আছে। ‘কিতাবুল মানাজির’-এর
প্রথম খণ্ড : দৃষ্টি সম্বন্ধে আলোচনা।
দ্বিতীয় খণ্ড : চোখে কিভাবে দেখা যায় তার আলোচনা।
তৃতীয় খণ্ড : দৃষ্টিভ্রমের কারণ সম্পর্কে আলোচনা।
চতুর্থ খণ্ড : পালিশ করা বস্তু থেকে কিভাবে প্রতিফলন ঘটে তার আলোচনা।
পঞ্চম খণ্ড : প্রতিবিম্বের অবস্থা আলোচনা।
ষষ্ঠ খণ্ড : প্রতিফলন ও প্রতিফলনের জন্য চোখে যেসব বিভ্রম ঘটে তার আলোচনা।
সপ্তম খণ্ড : স্বচ্ছ বস্তু থেকে প্রতিসরণের দ্রষ্টব্য সম্বন্ধে পর্যবেক্ষণ।
১৬৩০ থেকে ১৭০০ খ্রিষ্টাব্দের পূর্ব পর্যন্ত বৈজ্ঞানিক কেপলারসহ ইউরোপের বৈজ্ঞানিকরা আলোর কোনো প্রকার গতিতে সময়ের দরকার হয় না বলেই মনে করতেন।
অর্থাৎ তত দিন পর্যন্ত মুসলিম বৈজ্ঞানিকদের গ্রন্থের কোনো ল্যাটিন অনুবাদের তত্ত্ব তাদের হাতে পড়েনি বলে মনে করতে হবে। সেই অবস্থায় যখন সেই তথ্য তাদের হাতে হস্তগত হবে, তখন যিনি এর বিশ্লেষণ ও পর্যালোচনা করবেন, তখন সেই বৈজ্ঞানিকের ইচ্ছা না থাকলেও আবিষ্কারক হিসেবে ইউরোপের শক্তিশালী প্রচারের তোলে তার নামই বাজতে থাকবে।
তাতে আর বিচিত্র কী? ■



মালয়েশিয়ায় ইসলামিক হসপিটাল কনসোর্টিয়াম কনফারেন্সের অভিজ্ঞতা

ড. আবু খলদুন আল-মাহমুদ

গত ২৫-২৬ অক্টোবর মালয়েশিয়ার প্রশাসনিক রাজধানী পুত্রাজায়ায় মালয়েশিয়ার সরকার এবং সে দেশের ইসলামিক হসপিটাল কনসোর্টিয়ামের যৌথ উদ্যোগে এক আন্তর্জাতিক সেমিনার ও ওয়ার্কশপ অনুষ্ঠিত হলো। এ বছর কনফারেন্সের থিম ছিল Dilemma in Medical Practice : Islamic and Conventional. ইতঃপূর্বে ২০০৩ থেকে ২০০৭ সালের শুরু পর্যন্ত মালয়েশিয়ায় অবস্থানকালে আমার পেশার সাথে সংশ্লিষ্ট প্রায় সব পেশাজীবী

সংগঠন, যেমন- মালয়েশিয়ান ইসলামিক মেডিক্যাল অ্যাসোসিয়েশন (IMAM), মালয়েশিয়ান অ্যাসোসিয়েশন অব ক্লিনিক্যাল বায়োকেমিস্ট্রি (MACB), মালয়েশিয়ান সোসাইটি অব বায়োকেমিস্ট্রি অ্যান্ড মলিকুলার বায়োলজি (MSBMB)-এর সদস্য থাকাকালে বেশ কিছু বৈজ্ঞানিক কনফারেন্সে অংশগ্রহণের সুযোগ হয়েছিল। হসপিটাল কনসোর্টিয়ামের প্রতিষ্ঠাকালীন সভাগুলোতে উপস্থিত থাকার সুযোগও আমি পেয়েছিলাম। বিগত সময়ে মালয়েশিয়ায় অবস্থানকালে

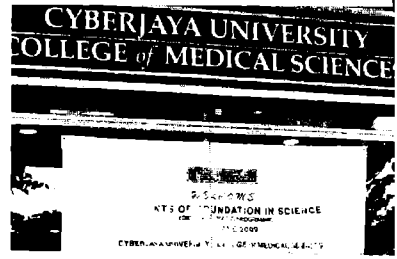
অধ্যাপক ও বিভাগীয় প্রধান, বায়োকেমিস্ট্রি বিভাগ, ইবনে সিনা মেডিকেল কলেজ, ঢাকা

সেখানকার সফল হাসপাতাল প্রশাসক ডা: রামলি সাদের সাথে ব্যক্তিগত ঘনিষ্ঠতাও ছিল। সেই নস্টালজিয়ার টানে আর বিশ্বব্যাপী বিভিন্ন পেশা ও ব্যবসার ইসলামায়নের অগ্রগতি দেখতে আমি এবার KHIM Conference-এ যেতে আগ্রহী হলাম। যোগাযোগ করতেই ডা: রামলি আমাকে অফিসিয়ালি ইনভাইট করলেন, সাথে একটি paper present করার দায়িত্বও ধরিয়ে দিলেন। যাওয়ার বেলায় আমার নিজ কর্মস্থল ইবনে সিনা ট্রাস্ট এবং BIIT থেকে সহযোগিতা পেলাম। মালয়েশিয়ান এয়ারলাইন্সের যাত্রার সময়টা বড় কষ্টকর। মধ্যরাত পেরিয়ে ফ্লাইট। এখানে আল্লাহর রহমতে কেন জানি না তারা আমাকে Economy Class-এর টিকিট দিয়েই Business Class-এ upgrade করে দিলেন। দুই বছর পর মালয়েশিয়ায় গিয়ে কুয়ালালামপুর আন্তর্জাতিক বিমানবন্দরকে আগের মতোই ঝকঝকে কর্মতৎপর পেলাম। কুয়ালালামপুরে ন্যাশনাল ইউনিভার্সিটি মালয়েশিয়ার মেডিক্যাল এডুকেশনের শিক্ষক অধ্যাপক ডা: আবদুস সালাম ভাইয়ের সালক সেলাটানের বাসায় উঠলাম। পরদিন ভোরে পুত্রাজায়া কনফারেন্স। সালাম ভাইয়ের বাসা থেকে KLIA Transit ট্রেনে পুত্রাজায়া স্টেশনে নামতেই KHIM-এর স্বেচ্ছাসেবক দু'জন মালয়ি তরুণ আমাকে সাদরে গ্রহণ করলেন। একই স্থানে ইন্দোনেশিয়ার YARSI University'র অধ্যাপক ড. জুরনালিস উদ্দিন আমাদের সহযাত্রী হলেন। সম্মেলনের স্থান নির্ধারিত ছিল Perbadanan Putrajaya

Auditorium-এ। এটা পুত্রাজায়া ফেডারেল চিফ জাস্টিসের প্রাসাদের সামনে। সম্মেলনস্থলে আমাদের সাদরে গ্রহণ করলেন সম্মেলন প্রস্তুতি কমিটির চেয়ারম্যান KHIM-এর সাধারণ সম্পাদক ডা. ইসহাক মাসুদ। যথাস্থানে আসন নিতে গিয়ে দেখি সম্মেলনের উদ্বোধনী অধিবেশনের প্রধান অতিথি প্রধানমন্ত্রী অফিসের মন্ত্রী দাতো ড. আহমাদ জাহিদ হামিদি ইতোমধ্যে এসে গেছেন। দরজায় দাঁড়িয়ে বিদেশী অতিথিদের নিজে বরণ করলেন। বললেন, এই সম্মেলনে এসে চিকিৎসা পেশা এবং Healthcare businessকে যারা ইসলামাইজ করার চিন্তা করেন তাদের সাথে পরিচিত হওয়ার একটা সুযোগ পেয়েছি। তাঁর বিনয়ী উচ্চারণে মুগ্ধ হলাম। দাতো আহমাদ হামিদির উদ্বোধনী বক্তব্যের বিষয় ছিল "Reinventing the new paradigm of healthcare given for the ummah"। মন্ত্রী রীতিমতো প্রস্তুতি নিয়ে লিখিত এবং power point presentationসহ আলোচনা রাখলেন। তিনি যে বহু সময় নিয়ে পড়াশোনা করে বক্তব্য তৈরি করেছেন তা তাঁর প্রাঞ্জল উপস্থাপনায় বোঝা গেল। তিনি যা বলতে চাইলেন তার সারমর্ম হচ্ছে প্রচলিত হাসপাতালের রিসিপশন ডেস্কের ওপর কিছু কুরআনের আয়াত বুলিয়ে রাখলে, কথায় কথায় বিসমিল্লাহ, আলহামদুলিল্লাহ পড়লেই সেটি ইসলামি হাসপাতাল হয়ে যায় না। ইসলাম একটি জীবনধর্মী, সেবামূলী জীবনব্যবস্থা। ইসলামে মানবসেবার মূল দর্শন যদি CEO থেকে শুরু করে সব চিকিৎসক ও কর্মীর আত্মায় না থাকে তবে সাইনবোর্ডে যা-ই থাক তা ইসলামি

হাসপাতাল হওয়া দুরূহ। তিনি কুরআনের আয়াত 'কুনতুম খাইরা উম্মাতিন উখরিজাত লিন্‌নাস' উল্লেখ করে বলেন মুসলমান হিসেবে আমরা কতটা সফল তা বোঝা যাবে আমাদের দ্বারা মানবতার কল্যাণ কতটা হল তার ভিত্তিতে। তিনি আরো বলেন, (করুণ ও শরীর দুইয়ের সুস্থতার সমন্বয়েই মানবের সুস্থতা) কাজেই ইসলামিক হাসপাতালকে আধুনিক চিকিৎসা প্রযুক্তির উৎকর্ষের সাথে সাথে আত্মার চিকিৎসায় দক্ষ চিকিৎসক ও স্বাস্থ্যকর্মীর সমাবেশ ঘটতে হবে।

দাতো হামিদির আলোচনার পর চা-বিরতি। চা-বিরতিতে পরিচিত হলাম ইসলামাবাদের আন্তর্জাতিক ইসলামি মেডিক্যাল কলেজের অধ্যক্ষ প্রফেসর ডা. ইকবাল খান, ইয়লা বিশ্ববিদ্যালয়ের সায়েন্স ও টেকনোলজি ফ্যাকাল্টির ডিন সালেহ তালেক, FIMA'র প্রাক্তন সভাপতি এবং জর্ডানের আম্মানের ইসলামিক হাসপাতালের চিফ ফিজিশিয়ান ডা. আলী মিশাল, কুয়াললামপুর হাসপাতালের প্লাস্টিক সার্জারির চিফ প্রফেসর দাতো আহমাদ রিদওয়ান, থাইল্যান্ডের পাতানি প্রদেশের মুসলিম প্রফেশনাল ফোরাম নেতা ডা. আরেফিন থাইপ্রতান প্রমুখের সাথে। এরপর ইসলামাবাদের ইন্টারন্যাশনাল ইসলামিক মেডিক্যাল কলেজের অধ্যক্ষ প্রফেসর ডা. ইকবাল খান "The Contribution of Early Muslim Scholars in Medicine" বিষয়ে সমৃদ্ধ, তথ্যবহুল ও যুগোপযোগী এক আলোচনা রাখলেন। প্রফেসর ইকবাল একাধারে একজন কার্ডিওথোরাসিক ও ভাসকুলার সার্জন; অন্য দিকে একজন ইসলামি পণ্ডিত



ব্যক্তি। পাকিস্তান কলেজ অব ফিজিশিয়ানস অ্যান্ড সার্জন্সের কর্ণধার হওয়া ছাড়াও তিনি সেখানে সার্জারির পোস্টগ্রাজুয়েট প্রোগ্রামে ইসলামিক মেডিক্যাল এথিকস কোর্স অন্তর্ভুক্ত করতে সক্ষম হয়েছেন। তাঁর বক্তব্য যেন ইতিহাসের অনেক বড় বইকে এক জিপ ফাইলে (zip file) উপস্থাপন করার মতো। কিভাবে মুসলমানদের হাতে পড়ে গ্রিক-চৈনিক-ভারতীয় চিকিৎসাবিজ্ঞান আধুনিকতার ছোঁয়া পেল এবং ইউরোপীয় রেনেসাঁয় অবদান রাখল তা তিনি তুলে ধরলেন। সাথে এটাও তুলে ধরলেন যে, সে যুগের মুসলিম বিজ্ঞানীরা কত ইসলামমুখী এবং কুরআনের জ্ঞানে সমৃদ্ধ ছিলেন। ক্যাম্পবেলের থেকে উদ্ধৃতি দিয়ে বললেন, "the European

medical system is Arabian not only in origin but also in its structure. The Arabs are the intellectual forbearers of the Europeans” । তার আলোচনায় ইবনে বাখতিসু, হুনাইন ইবনে ইসহাক, আল-রাজী, আল জাহরাবি, ইবনে সিনা, ইবনে রুশদ, ইবনে মাইমুন, ইবনে আল-নাফিসা, ইবনে ফিরনাস প্রমুখ বিজ্ঞানীর জীবন ও কর্ম মূর্ত হলো । প্রত্যেকের জন্মস্থান, কর্মস্থান এবং লেখার যত নিদর্শন বিভিন্ন জাদুঘরে আছে তা তিনি দেখালেন । ফলে পুরো একটি ঘণ্টা দর্শকশ্রোতাদের মন বা চোখ ভিন্ন দিকে ঝাওয়ার কোনো সুযোগ পায়নি । সর্বশেষে তিনি বর্তমান সময়ের শ্রেষ্ঠ মুসলিম বিজ্ঞানীদের কাজ ও ছবির সাথে পরিচয় করিয়ে দিলেন । সেখানেই জানলাম আমেরিকার সবচেয়ে বড় সরকারি মেডিক্যাল রিসার্চ প্রতিষ্ঠান ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অব হেলথের মহাপরিচালক ড. আলিয়াস একজন practicing muslim । উপসংহারে তিনি মুসলমান পেশাজীবীদের আরো বেশি গবেষণা করতে এবং Service oriented হতে আহ্বান জানালেন । এর পরের আলোচনা ইন্দোনেশিয়ার প্রফেসর হেদায়েত নুর ওয়াহিদের । তিনি জার্কাতা বিশ্ববিদ্যালয়ের প্রাক্তন অধ্যাপক, দাওয়াহ ও শরিয়া বিশেষজ্ঞ । ইন্দোনেশীয় মুসলিম প্রফেশনাল ফোরামকে সংগঠিত করা ছাড়াও সেখানকার PKS (Party Keadilai Sejahtera অর্থাৎ Justice and Peace party)-এরও সাবেক সভাপতি । তিনি পাঁচটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয়কে অগ্রাধিকার দিতে মুসলিম পেশাজীবীদের আহ্বান জানালেন ।

এগুলো হচ্ছে- প্রথমত, আমাদের প্রযুক্তির ব্যবহারকারী না হয়ে প্রযুক্তির প্রবর্তক হতে হবে; দ্বিতীয়ত, মুসলমান পেশাজীবীদের সমস্যা (আইডিয়াগত) তৈরির বদলে সমস্যা সমাধানের বিষয়ে আন্তরিক ও সচেষ্ট হতে হবে; সব নতুন কিছুকে না বলার বদলে শরিয়তের সাপেক্ষে গ্রহণযোগ্যতাকে বিবেচনা করতে হবে; তৃতীয়ত, আমাদের আরো সেবামুখী হতে হবে; চতুর্থত, আমাদের আত্মপ্রত্যয়ী হতে হবে যে, আমরাই পারি, এবং আমাদের তরুণ প্রজন্মের মনে এই প্রত্যয় জাগতে হবে । পঞ্চমত, এবং সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ হচ্ছে, আমাদের সব কাজে Ethics এবং Moralityকে মূর্ত করতে হবে । তিনি বলেন যে, প্রাথমিক যুগে মুসলিমদের আখলাক উদ্ভূত আচরণই তাদের অমুসলিমদের চেয়ে ভিন্নতর, উন্নততর করে অন্য মানুষের কাছে উপস্থাপন করত । সেই মুসলিমরা ছিলেন চুম্বকের মতো । তাদের কাছে মানুষ আসতে আকর্ষণ বোধ করত এবং ইসলাম কবুল করত । এখন আমাদের দেখলে মানুষ বিকর্ষিত হয় । অধ্যাপক হিদায়ার বক্তব্যের পর আবার চা-বিরতি । সবাই দ্রুত চা-পান সারলেন । কারণ এর পরই বিশ্বের অন্যতম সেরা মুসলিম চিকিৎসা পেশাবিদ প্রফেসর ড. ওমর হাসান কাসুলির বক্তৃতা । প্রফেসর ওমরের বক্তব্যের শিরোনাম “Islamic Medicine: The misunderstood concept” । অধ্যাপক ওমর কাসুলি সেই ইসলামী স্কলারদের অন্যতম যারা সত্তরের দশকে ইসমাইল রাজী আল-ফারুকীসহ শিক্ষাব্যবস্থার ইসলামায়নের কাজ শুরু করেন । এ বিষয়ে ১৯৭৩-এ বাদশাহ

ফয়সালের পৃষ্ঠপোষকতায় সৌদি আরবে অনুষ্ঠিত প্রথম সম্মেলন থেকে পরবর্তী সব সম্মেলনে তিনি উপস্থিত ছিলেন। এই চিন্তা বাস্তবায়নের প্রথম পদক্ষেপ মালয়েশিয়ার ইসলামি বিশ্ববিদ্যালয় প্রতিষ্ঠায় তিনি এবং আবদুল হামিদ আবু সুলায়মান একসাথে কাজ করেন। উগান্ডায় জনগ্রহণকারী এবং হার্ভার্ড বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এমপিএইচ, পিএইচডি ডিগ্রিধারী এই মনীষী বহু বছর আমেরিকার বিভিন্ন বিশ্ববিদ্যালয় ও রিসার্চ ইনস্টিটিউটে কাজ করেছেন। ওমর কাসুলি যদিও মূলত একজন মেডিক্যাল ডাক্তার কিন্তু জ্ঞান ও চিন্তার বিস্তৃত ক্ষেত্রে তিনি পাণ্ডিত্য রাখেন। মাতৃভাষা ছাড়াও সাতটি আন্তর্জাতিক ভাষায় তিনি অনর্গল বক্তৃতা দিতে পারেন। মালয়েশিয়ানদের কাছে এই ব্যক্তিত্ব অত্যন্ত আপন। সেখানকার মেডিক্যাল শিক্ষার পুরো কারিকুলামকে ইনি ইসলামায়ন করেছেন। কাসুলি তার বক্তৃতায় ইসলামিক মেডিসিন সম্পর্কে প্রত্যাশিত ধারণা, ভুল ধারণা ব্যাখ্যা করে বাস্তবতার কথা তুলে ধরেন। অনেকের ধারণা ইসলামিক মেডিসিন মানে রাসূল সা: যেসব চিকিৎসা দিতেন, যেমন— মধু, কালিজিরার তেল ইত্যাদি; কারো ধারণা ইসলামিক মেডিসিন মানে ইউনানি বা হেকিমি চিকিৎসা; কেউ বা মনে করেন আধুনিক চিকিৎসাপদ্ধতি ইসলামি নয়। ওমর কাসুলি ব্যাখ্যা করেন এভাবে যে, আধুনিক চিকিৎসাব্যবস্থাই ইসলামি চিকিৎসাব্যবস্থা হতে পারে যদি তাতে ইসলামি আখলাক সংযুক্ত হয়। তবেই নববী সম্পর্কে তিনি বলেন যে, রাসূল সা: তিনভাবে চিকিৎসা করেছেন; প্রথমত, তিনি সে সময়কার প্রচলিত কিছু

হার্বস প্রেসক্রাইব করেছেন (যা সূন্নাতে গাইরে তাশারিয়্যার অন্তর্ভুক্ত); দ্বিতীয়ত, তিনি রোগীর আরোগ্যের জন্য দোয়া করেছেন; তৃতীয়ত, তিনি রোগীর আত্মার চিকিৎসাও দিয়েছেন। Prophetic medicine-এর দ্বিতীয় ও তৃতীয় যে মাধ্যম অর্থাৎ রোগীর জন্য দোয়া এবং আত্মার চিকিৎসা অবশ্যই বর্তমান সময়েও অত্যন্ত প্রযোজ্য। আধুনিক প্রযুক্তি প্রয়োগের সাথে ডাক্তার এই দুটো কাজ করলে তিনি ইসলামিক চিকিৎসক হয়ে যাবেন। তবেই নববী ও তবেই কুরআনের বর্তমান প্রায়োগিকতা বর্ণনা করার পর মুসলমানদের হাতে চৈনিক-ভারতীয়-গ্রিক মেডিসিন কিভাবে আধুনিক যুগে এলো তা তিনি ব্যাখ্যা করেন। প্রফেসর ওমর কাসুলির বক্তব্যের পরে মালয়েশিয়া আন্তর্জাতিক ইসলামি বিশ্ববিদ্যালয়ের ডেপুটি ভাইস চ্যান্সেলর এবং মেডিক্যাল ফ্যাকাল্টির প্রাক্তন ডিন প্রফেসর দাতো মুহাম্মাদ তাহির আজহার আলোচনা রাখেন 'Inculcating Islamic values in Medical training' বিষয়ে। গত ১০ বছরে মালয়েশিয়ার ইসলামি বিশ্ববিদ্যালয়ের মেডিক্যাল ফ্যাকাল্টির ছাত্রদের ইসলামি দর্শনের আলোকে যেভাবে মেডিসিন পড়ানো হচ্ছে তার অভিজ্ঞতা তিনি বর্ণনা করলেন। তিনি একটি সুন্দর কথা বললেন, 'Without morality we can not help ethics, without ethics we can not help religion'। তাঁর ভাষায় ভালো মুসলিম ডাক্তার তৈরি করতে হলে শুরু করতে হবে ভর্তিপ্রক্রিয়ার সময় থেকে। শুরুতেই চরিত্রবান ও উন্নত নৈতিক ঐতিহ্যসম্পন্ন ছাত্র নেয়া উচিত। এমন শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানের শিক্ষকদেরও হতে হবে

ইসলামি জ্ঞান ও নৈতিকতায় উজ্জীবিত । দাতো তাহিরের বক্তৃতার পর তাঁকে আমি একটি প্রশ্ন করলাম, যা অনেকের দৃষ্টি আকর্ষণ করে । উল্লয়নশীল দেশের প্রাইভেট মেডিক্যাল কলেজগুলোকে আর্থিকভাবে viable করতে ছাত্রদের কাছ থেকে চড়া বেতন ছাড়াও এককালীন প্রচুর অর্থ Development fee হিসেবে নিতে হয় । এ অবস্থায় যেসব ছাত্রের ভর্তির যোগ্যতা হয় তাদের অনেকেরই পিতা-মাতার আয়ের উৎস অস্বচ্ছ বা অসৎ । এমন অনৈতিক Background-এর ছাত্র নিয়ে কিভাবে ইসলামি নৈতিকতাসম্পন্ন ডাক্তার তৈরি করা যাবে । এ প্রশ্নের উত্তরে দাতো বললেন, মনে রাখতে হবে যে ইসলামমনা মেডিক্যাল শিক্ষকদের ‘দায়ি ইলাল্লাহর’ মতো কাজ করতে হবে । ছাত্র যেই Background থেকেই আসুক তার সামনে ইসলামের শিক্ষাকে মূর্ত করতে হবে । এটাও তো একটা বাস্তবতা যে খোদ নূহ নবীর ছেলেও কাফেরদের দলে যোগ দিয়েছে । লুত আ:-এর স্ত্রী বিভ্রান্ত হয়েছেন, আর আবু জেহেলের ছেলে ইসলামের জন্য শহীদ হয়েছেন । মুসলিমের নৈতিক দাওয়াতের মিশন কখনো থেমে থাকতে পারে না । তিনি ইবনে খলদুনের মুকাদ্দামা থেকে সুন্দর উদাহরণ দিলেন যে, মানুষের ব্যক্তিত্ব বিকাশে পাঁচটি উপাদান লাগে, তা হচ্ছে- প্রথমত, তার উত্তরাধিকার; দ্বিতীয়ত, যে রিজিকে সে বর্ধিত হয়; তৃতীয়ত, তার অর্জিত শিক্ষা; চতুর্থত, তার বন্ধু মহল এবং পঞ্চমত, তার সামনে বিদ্যমান সুযোগ । দাতো তাহির বলেন যে, এর মধ্যে প্রথম দুটি পরিবর্তন করা না গেলেও পরের তিনটিকে আমরা প্রভাবিত করতে পারি । যদি আমাদের

শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানগুলোর সার্বিক পরিবেশ উন্নত মূল্যবোধসম্পন্ন হয় তবে এখানে যে কেউ আসুক তার নৈতিক মান বাড়বে । জটিল এই প্রশ্নের এত সুন্দর জ্ঞানগর্ভ উত্তর দাতো তাহির দিলেন যা থেকে আমি বুঝলাম যে একজন মেডিসিনের প্রফেসর ইসলাম ও সমাজ সম্পর্কে কত প্রখর জ্ঞান রাখেন । দাতো তাহিরের বক্তৃতার পর জোহর নামাজের বিরতি । এরপর বিদেশীদের paper presentation । সেখানে আমাকে দুটো paper present করতে হলো । একটি বাংলাদেশে চিকিৎসাসেবা প্রদানে সরকারি-বেসরকারি অবদান, বিশেষভাবে ইসলামমনা হাসপাতালগুলোর অবদান প্রসঙ্গে । আমি ভূমিকায় বলি যে, যদিও আমাদের আন্ডারগ্রাজুয়েট মেডিক্যাল শিক্ষার সময় ইসলামিক মেডিক্যাল এথিক্স বা সার্বিকভাবে Ethics & morality তেমন পড়ানো হয় না, তবু by tradition আমাদের চিকিৎসা পেশাজীবীরা যেকোনো বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিতে ইসলামের নৈতিকতা দিয়ে প্রভাবিত হন । কারণ ইসলাম আমাদের অন্তরে বদ্ধমূল । এখানে বেসরকারি হাসপাতালগুলোর মাঝে ইসলামমনা ডাক্তারদের প্রতিষ্ঠিত হাসপাতালগুলোর প্রত্যক্ষ ও পরোক্ষ প্রভাব সম্পর্কে বললাম । এই অধিবেশনে আমি ছাড়াও ইন্দোনেশিয়ার তিনজন, থাইল্যান্ডের একজন paper present করলেন । বিকেলের চা বিরতির পর ডা. সিদ্দিক ফাদিল বক্তব্য রাখলেন, Administration: Islamic concept- leading the right way বিষয়ে । ট্র্যাডিশনাল ম্যানেজমেন্টের চেয়ে ইসলামি



ম্যানেজমেন্ট কত মানববান্ধব তা তিনি তুলে ধরলেন। এখানে প্রশাসক বলে কথিত কোনো পদ নেই, বরং সেবক হিসেবে যে বেশি অগ্রণী তাঁরই অধিকার প্রশাসন ব্যবস্থাপনার। এখানে প্রশাসক-কর্মী সম্পর্ক অত্যন্ত প্রাণবন্ত এবং বন্ধুপ্রতিম। রাসুল সা: এবং তাঁর সাহাবারা জনগণ আর কর্মীদের সাথে সহকর্মীর মতোই কাজ করেছেন। পরবর্তী যুগে ইসলামের শিক্ষা থেকে দূরে সরে গিয়ে আয়েশী শাসকচক্রের অভ্যুদয়।

রাতের ডিনার টক ছিল প্রফেসর ড. রিদওয়ান ওসমানের। তাঁর বিষয় ছিল ‘The challenge and future of contemporary Muslim civilization’ তাঁর বক্তব্যে চ্যালেঞ্জের চাইতে সম্ভাবনা এবং আশাবাদই বেশি ছিল। যার সারকথা এই যে আমরা যদি একটি Innovative জাতি হিসেবে ঐতিহ্য ফিরিয়ে আনতে পারি তবে আমাদের ভবিষ্যৎ উজ্জ্বল। ইজতিহাদের অভাব কিভাবে আমাদের পিছিয়ে দিয়েছে তা

তিনি তুলে ধরলেন। বর্তমান সময়ে মুসলমানদের সামনে সবচেয়ে বড় চ্যালেঞ্জ হিসেবে দুনিয়াপ্রীতিকে তিনি চিহ্নিত করেন। তিনি এটা বলেন যে, সোনালি যুগের মুসলিম পেশাজীবীরা তাদের শ্রম ও মেধা দিয়ে উম্মাহ ও মানবতার খেদমত করতে চাইতেন। তাই তাদের দ্বারা এত আবিষ্কার হয়েছে। আর আমরা আমাদের সমস্ত মেধা শুধু দুনিয়াবি কামাইয়ে ব্যয় করছি। এসবই আমাদের Productivity নষ্ট করছে। আমাদের Product quality fall করছে।

রাতে ঝাঁওয়ার সময় ইন্দোনেশীয় অধ্যাপক জুরনালিস উদ্দিন আমাকে প্রশ্ন করলেন, বাংলাদেশের বৃহত্তর জনগণ কি সুদকে আকর্ষণীয়ভাবে গ্রহণ করেছে? আমি তাঁর প্রশ্নে একটু অবাक হলাম। তিনি বললেন, গ্রামীণ ব্যাংক ও ইউনুস সাহেবের সফলতা কি এটাই প্রমাণ করে না যে, এ দেশের গ্রামের মানুষ সুদ পছন্দ করে। আমি তাঁর প্রশ্নের উত্তরে বললাম যে, এ দেশে গ্রামে একটি কথা

প্রচলিত আছে— যদি কারো ক্ষেত্রে পোকার আক্রমণ ঘটে তবে সেই ক্ষেত্রে দশজন সুদখোরের নাম টাঙিয়ে দিলে ঘেঞ্জায় পোকারাও চলে যায়। আমি আরো বললাম, দক্ষিণ-পূর্ব এশিয়ার প্রথম তফশিলভুক্ত ইসলামি ব্যাংক আমাদের দেশেই চালু হয়েছে এবং গত পঁচিশ বছরে এ দেশের অধিকাংশ বেসরকারি ব্যাংক হয় ইসলামি ব্যাংকিংয়ে এসেছে নয়তো ইসলামি উইন্ডো চালু করেছে। এটাই প্রমাণ করে যে মানুষ সুদবিহীন অর্থব্যবস্থা পছন্দ করে। তিনি আমার কথায় খুব খুশি হলেন। ড. ইউনুস সাহেবের নোবেলপ্রাপ্তি যে আমাদের দেশের গ্রামীণ মানুষের সুদপ্রীতি সম্পর্কে এক ভ্রান্তির জন্ম দিয়েছে তা আমি সেখানে বেশ বুঝতে পারলাম।

দ্বিতীয় দিন সকালে প্রথম আলোচনা ছিল FIMA'র প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি এবং জর্ডানে আম্মানের ইসলামিক হসপিটালের CEO ডা. আলী মিশালের। তিনি দুটো paper present করলেন। ১৯৮২ সালে প্রতিষ্ঠিত আম্মানের হাসপাতালের সাফল্য ও চ্যালঞ্চার অভিজ্ঞতা প্রসঙ্গে একটি, অন্যটি ইসলামিক হসপিটালগুলোর এক্যাবন্ধ কোয়ালিটি কন্ট্রোল বা বেধমার্কিং প্রসঙ্গে। ড. আলী মিশাল মেডিসিনে উচ্চতম ডিগ্রি নিয়ে দীর্ঘ দুই দশক আমেরিকার ইলিনয়েস বিশ্ববিদ্যালয়ের এভোক্রাইনোলজি এবং মেটাবলিজম বিভাগে অধ্যাপনা করেন। ইসলাম ও জন্মভূমির আকর্ষণে আমেরিকার নাগরিকত্ব, লোভনীয় চাকরির মোহ ত্যাগ করে আম্মানে এসে সহকর্মীদের নিয়ে প্রায় শূন্য হাতে ইসলামি

মূল্যবোধের ভিত্তিতে হাসপাতাল প্রতিষ্ঠা করেন। অত্যন্ত মানবপ্রেমী দৃষ্টিভঙ্গি নিয়ে কাজ করে আজ ২৫ বছরের ব্যবধানে এটি এখন ৩৪২ শয্যার সে অঞ্চলের শ্রেষ্ঠ মাল্টিস্পেশালাইজড হাসপাতাল। বেসরকারিভাবে পরিচালিত হলেও এখানে ইমার্জেন্সি বিভাগে কোনো জীবনবিপন্ন রোগীকে অর্থাভাবে বিনা চিকিৎসায় ফিরিয়ে দেয়া হয় না। এখানে ১০০ জন বিশ্বমানের কনসালট্যান্ট সার্বক্ষণিক কর্মরত আছেন। এ ছাড়া ইসলামমনা আরো ৩০০ জন (যারা সরকারি চাকরি করেন) ভিজিটিং কনসালট্যান্ট হিসেবে কাজ করেন। এখানে যোগদানকারী যেকোনো ডাক্তারকে ইসলামি মেডিক্যাল এথিক্সের ওপর ৮০ ঘণ্টার কোর্স করতে হয়। এখানকার ট্রেনিং এমআরসিপি এবং এফআরসিএসসহ বিভিন্ন উচ্চশিক্ষায় গণ্য হয়। তাদের ভিশন হচ্ছে 'working towards excellence and provision of the Islamic model in medical care, medical practice, medical education, training and research'। হাসপাতালটি ইসলামিক সেন্টার সোসাইটি নামক সেবা সংস্থা যাদের পুরো জর্ডানে ৫০০ কাউন্সিলর আছে, তাদের মধ্য থেকে গণতান্ত্রিকভাবে নির্বাচিত গভর্নিং বডি দিয়ে চালিত। প্রতি সপ্তাহে ডাক্তার, ম্যানেজার, স্বাস্থ্যকর্মী সবার সমন্বয়ে পর্যালোচনা সভার মাধ্যমে মানবসেবার ইনডেক্স বাড়ানোর চেষ্টা করা হয়। এথিক্স কমিটি প্রতিটি মেডিক্যালি ইনডিকেটেড গর্ভপাত, অ্যাসিস্টেড ফার্টলাইজেশন, ব্রেন ডেথ, সেক্স সিলেকশন এবং রিসার্চের বিষয় মনিটর

করেন ।

এই অসাধারণ চেষ্টার ফলে শূন্য হাতে শুরু করা হাসপাতাল আজ জর্ডানের বৃহত্তম সেবা প্রতিষ্ঠান । যার সম্পদ ২.৫ বিলিয়ন ডলারের ওপর । গোটা আরব বিশ্বের রোগী আজ এই হাসপাতালমুখী । প্রযুক্তিগত উৎকর্ষে তারা অনন্য । আলী মিশালের পাশে এসে দাঁড়িয়েছেন ফিলিস্তিন, মিসর, আরব, পাকিস্তানসহ গোটা বিশ্বের অনেক বড় বড় ডাক্তার, যাদের বিশ্বমানের ডিগ্রি থাকার পরও ইসলামের স্বার্থে ব্যক্তিস্বার্থ কোরবানির মানসিকতা আছে । তার বক্তৃতার সাথে Multimediaতে ওই হাসপাতালের বিভিন্ন কর্মকাণ্ডের দৃশ্য দেখে মনে হচ্ছিল যেন স্বর্ণযুগের আন্দালুসিয়া, ইক্সান্দারিয়া বা সমরখন্দের কোনো হাসপাতাল, একুশ শতকের প্রযুক্তি নিয়ে আর ইসলামি আত্মা নিয়ে পুনর্জন্ম লাভ করেছে । তিনি মুসলিম বিশ্বের সেবাকর্মীদের জন্য বড় চ্যালেঞ্জ হিসেবে শাসক চক্রের বাধাকে উল্লেখ করলেন । প্রায়ই তাদের হাসপাতালকে সরকার থেকে বাধাগ্রস্ত করা হয় । তবে আশার বিষয়, এর আগে দু'বার সরকার হাসপাতালটির নিয়ন্ত্রণ নিতে চাইলেও আদালত ইসলামিক সেন্টার সোসাইটির পক্ষে রায় দিয়েছে । আর্থিক সমস্যা তাদের নেই, কারণ হাসপাতাল সার্বিকভাবে লাভজনক (কিছু বেড এবং ইমার্জেন্সি ফ্রি হলেও কেবিন এবং বিশেষায়িত সার্ভিস থেকে প্রাপ্ত আয়ে যথেষ্ট লাভ থাকে) ।

ড. আলী মিশালের দ্বিতীয় আলোচনা ছিল ইসলামি হাসপাতালগুলোর ঐক্যবদ্ধ কোয়ালিটি কন্ট্রোল বা বেঞ্চমার্কিং ব্যবস্থা সম্পর্কে । তিনি বলেন যে, এখন বিশ্বব্যাপী ইসলামের পুনর্জাগরণ চলছে ।

এ অবস্থায় বিশ্বের বিভিন্ন দেশে ইসলামপ্রিয় ডাক্তার এবং অন্য উদ্যোক্তারা অনেক হাসপাতাল তৈরি করছেন ইসলামের মানবসেবা ব্রতে উদ্বুদ্ধ হয়ে । এসব হাসপাতাল যদি ঐক্যবদ্ধ কনসোর্টিয়াম গঠন করে, তাহলে একে অপরকে টেকনিক্যাল ও বুদ্ধিবৃত্তিক সহায়তা দিতে পারবে । হাসপাতালগুলোর মাঝে বিশেষজ্ঞ বিনিময় ও রোগী রেফারেল পদ্ধতি চালু করা যাবে । কেন্দ্রীয়ভাবে কনসোর্টিয়াম হাসপাতালগুলোর মান নিয়ন্ত্রণ করবে । এখানে মান বলতে প্রযুক্তিগত সম্পদ অর্জন, অবকাঠামো ও জনশক্তির উন্নয়নসহ ট্র্যাডিশনাল কোয়ালিটি কন্ট্রোলের প্যারামিটারগুলো ছাড়াও ইসলামি কোয়ালিটি কন্ট্রোলের প্যারামিটার, যেমন— রোগীদের সন্তুষ্টি, ডাক্তার-রোগী সম্পর্ক, ডাক্তার-কর্মচারীদের সৌহার্দ্য, ব্যবস্থাপক-কর্মীদের সেবার আন্তরিকতা এসব যাচাই করে হাসপাতালকে গ্রেড দেয়া যেতে পারে । তিনি অনেকগুলো বেঞ্চমার্কিংয়ের Questionnaire এবং তার ভিত্তিতে A+, A, A-, B ইত্যাদি ক্যাটাগরির হাসপাতালের নমুনা দেখালেন ।

দ্বিতীয় চা বিরতির পর মালয়েশিয়ার সফল হাসপাতাল পরিচালক এবং বিশিষ্ট প্রশিক্ষণ বিশেষজ্ঞ ডা. রামলি সাদ 'The Reality in Hospital Administration' বিষয়ে আলোচনা রাখলেন । ডা. রামলি ১০ বছর ইউনিভার্সিটি সায়েন্স মালয়েশিয়ার হাসপাতাল পরিচালক ছিলেন । তিনি একজন রেডিওলজিস্ট এবং হাসপাতাল পরিচালক । তিনি ASTD (American Society of

Training & Development) কর্তৃক Accredited ট্রেইনার। Ibadah friendly Hospital কনসেপ্টের প্রবর্তক তিনি। তার ভাষায়, 'Ibadah friendly Hospital (IFH) is one which has excellent clinical services and focus in giving total patient care and wellness through high value added Islamic moral of the staff'। তার মতে ইসলামি সভ্যতার সবচেয়ে আকর্ষণীয় ও মানববান্ধব অবদান ছিল বড় বড় ইসলামিক হাসপাতাল তৈরি। এসব হাসপাতাল ছিল মধ্য এশিয়া, কর্ডোভা, গ্রানাডা ও মিসরের বিভিন্ন স্থানে। আজ নতুন করে এজাতীয় হাসপাতাল নির্মাণ সম্ভব হলে তা মানব জাতির কাছে ইসলামের সৌন্দর্য উত্তমভাবে তুলে ধরবে। তিনি ইবাদাহ-ফ্রেন্ডলি হাসপাতালের উপাদান হিসেবে বলেন যে, এমন হাসপাতালে সেবার মান হতে হবে সর্বোত্তম; কর্মীরা দায়িত্ব পালনে সর্বোচ্চ আন্তরিক হবেন; কর্মীরা হাসপাতালের দায়িত্বকে নিজের ইবাদতের অংশ মনে করবেন; ম্যানেজাররা সবসময় ইসলামি মূল্যবোধকে লালন করবেন; রোগীর কল্যাণই হবে সর্বোচ্চ অগ্রাধিকার, এবং সর্বোপরি এই হাসপাতাল সবসময় মানুষ, পরিবেশ ও স্রষ্টার মাঝে সম্পর্ক স্থাপনে কাজ করবে। এখানে ম্যানেজাররা কখনো তাদের পদকে দুনিয়াবি সুযোগ মনে করবে না। সবসময় এটাকে আল্লাহর খলিফা হিসেবে হক্কুল ইবাদ আদায়ের বাহন মনে করবে। লাঞ্ছ বিরতির পর একটি আকর্ষণীয়

ওয়ার্কশপ হলো প্রফেসর ড. ওমর কাসুলি এবং ডা. ইসহাক মাসুদের পরিচালনায় 'Understanding Medical Ethics from Islamic Perspective'। এতে ড. কাসুলি অসংখ্য Ethicolegal case study তুলে ধরেন এবং তার সম্ভাব্য ইসলামি সমাধান দেখান। এই ওয়ার্কশপে আরো অংশ নেন FIMA'র বর্তমান সভাপতি মালয়েশিয়ান ইসলামিক মেডিক্যাল অ্যাসোসিয়েশনের প্রাক্তন সভাপতি ডা. মুসা নুরুদ্দিন। মালয়েশিয়ায় ইসলামমন্না ডাক্তারদের সংগঠিত করতে তার ভূমিকা অসাধারণ। তিনি সেই স্টাডি সার্কেলের সদস্য ছাত্রজীবনে যার পরিচালক ছিলেন আনোয়ার ইব্রাহিম। মুসা নুরুদ্দিন মালয়েশীয় মুসলিম প্রফেশনাল ফোরামেরও একজন কর্ণধার। তিনি ওয়ার্কশপে সে দেশে Invitro fertilization এবং Assisted reproduction সম্পর্কে আইন প্রণয়নে আলেম, চিকিৎসক ও আইনবিদরা কিভাবে একসাথে কাজ করেছেন তা দেখান। সবশেষে ডা. ইসহাক মাসুদ সংক্ষিপ্ত দোয়া মুনাজাত করে আমাদের বিদায় দিলেন। প্রাণবন্ত ও জীবন্ত ইসলামের বাস্তবায়নের নমুনা দেখে সম্মুখিতিতে বেরোলাম। আমাকে এরপর আতিথ্য দিলেন ডা: মুসা নুরুদ্দিন। কুয়ালালামপুরে তাঁর আতিথেয়তা এবং তার সাথে আলাপচারিতা এবং পরে কেলানতান রাষ্ট্রের মুখ্যমন্ত্রী নিক আজিজার PS নিক আজলানের বাড়িতে বেড়ানোর সুযোগে সেখানকার সাম্প্রতিক রাজনীতি সম্পর্কে যা জানলাম তা পরে ভিন্ন লেখায় প্রকাশ করব ইনশাআল্লাহ। ■

*With the best
compliment of*



Radiant Pharmaceuticals Limited



ACI Pharmaceuticals Limited



Orion Pharmaceuticals Bangladesh



Navana Pharmaceuticals Ltd

আপনার চোখের চিকিৎসায়

ভিশন আই হসপিটাল

বিস্তারিত: ০১১৯৯-৮৩৩১০৬

বাড়ি # ৩/এ, পশ্চিম ধানমন্ডি, সাতমসজিদ রোড, ঢাকা-১২০৭

(ধানমন্ডি ২৭ নং (পুরাতন) রোডের পশ্চিম প্রান্তে ব্যাংক এশিয়ার সামনে)



মডার্ন সাইকিয়াট্রিক হসপিটাল (প্রাঃ) লিঃ

**MODERN PSYCHIATRIC
HOSPITAL PVT. LTD.**

আমাদের
সেবা সমূহ:

ফর্মুলায় মন সারাক্ষণ

- সকল ধরনের মানসিক রোগ চিকিৎসায় সুব্যবস্থা
- মানসিকতা / মানসিক নির্ভরশীলতার চিকিৎসা
- আত্মহত্যার সুঁচি গ্রহণ রোগীর জন্য বিশেষ ব্যবস্থাপনার চিকিৎসা সেবা প্রদান
- বাস থেকে বিশেষ ব্যবস্থাপনার রোগী গ্রহণ
- বিভিন্ন ধরনের মনোবৈদ্য সমস্যার সুচিকিৎসা ও পরামর্শ প্রদান
- সাইকোথেরাপী ও কাউন্সেলিং এর ব্যবস্থা
- মনো ও পুষ্টি রোগীর জন্য নিরাপদ ও নিরীহ পদ্ধতিতে গুণক উন্নয়ন কর্তব্য
- মুক্তিযুদ্ধ পরীক্ষা (IQ Test)
- ক্রিমিনাল, প্রাণ ও ম্যারিটাইল থেরাপী
- এপি / নব-এসি ওয়ার্ড ও ক্যাথিসের এর সুব্যবস্থা
- দীর্ঘস্থায়ী মানসিক ও মানসিকতা রোগীদের জন্য মুক্তি চিকিৎসা নির্দেশনা চিকিৎসা ব্যবস্থা
- নিষ্ক্রম কলেসী থেকে উন্নয়ন সরবরাহ
- প্রতিবন্ধী মনোরোগ বিশেষজ্ঞ ডাক্তারগণের সেবার
- শ্রুতান রোগীদের নিয়মিত কন্সাল্শন।

Contine®

Theophylline 200, 300, 400 mg
Tablet & Syrup

**Tested & Trusted Theophylline
Brand in Bangladesh**

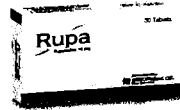


ARISTOPHARMA LTD.

Rupa

Rupatadine 10 mg Tablet

**The novel drug for
allergic respiratory disorders**



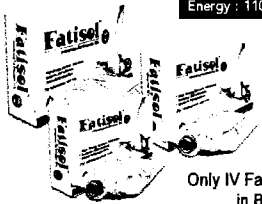
www.aristopharma.com

Fatisol

Intravenous Fat Emulsion 10%

An IV fat emulsion for instant energy

Energy : 1100 kcal/L



**500 ml
250 ml
100 ml**

**Only IV Fat Emulsion
in Bangladesh**

POPULAR

HARTSOL *Isonic to Blood Plasma*
Hartmann's Solution

- Severe burns
- Shock and after surgery
 - Hypovolaemic shock
 - Haemorrhagic shock
- Metabolic acidosis
- Dehydration
 - Diarrhoea
 - Vomiting
- Poisoning
- Ketonuria

Counterbalance the loss of plasma volume in

DIASOL

Diarrhoeal Treatment Saline

Protect the patient confidently when dehydration is ACUTE

In acute dehydration during...

- Diarrhoea
- Vomiting
- Cholera
- Profuse sweating

Libra Infusions Limited

Plot 17, Shapour Road, East Nazimabad, Sector 1, DHA-114, Karachi

As a Librarian with Quality



THE SAFEST PROTON PUMP INHIBITOR



Pregnancy



All age group
(From 1 month)



Hepatic impaired
Patients



Renal impaired
Patients



Cardiac patients



With other
Medicine



Renata Limited

ROXIM[®] Capsule

Cefixime 200 & 400 mg

International Standard Cefixime

Rabeca™ 20 Tablet

Rabeprozole Sodium 20 mg

The **Fastest** Acting PPI



- Ensures maximum activity within shortest time
- Attains optimal acid-suppression since 1st dose
- Can be taken with or without food
- Ensures round-the-clock acid control
- Effectively relieves day-time and night-time heartburn
- US FDA pregnancy category B

Since 1958



SQUARE
PHARMACEUTICALS LTD.
BANGLADESH

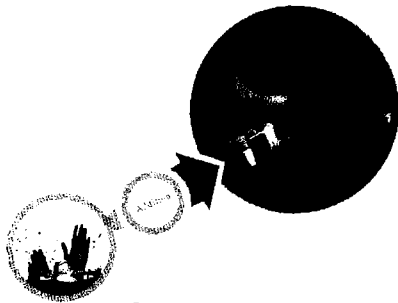
www.squarepharma.com.bd

facebook.com/SquarePharmaBD

twitter.com/SquarePharmaBD



A simple addition



*Overcomes
the resistance*

can make a
significant difference ...

Cefaclav®

Cefuroxime 125 mg + Clavulanic Acid 31.25 mg,
Cefuroxime 250 mg + Clavulanic Acid 62.5 mg,
Cefuroxime 500 mg + Clavulanic Acid 125 mg Tablets;
Cefuroxime 125 mg + Clavulanic Acid 31.25 mg /5 ml PFS



Incepta Pharmaceuticals Ltd

www.inceptapharma.com

This is circulated with the prior approval of the
Licensing Authority (Drug Administration)

24 HOURS

গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল

লিভার ইমার্জেন্সী সার্ভিস

শেখ হাবিবুল কাদের রাস্তা ২০ বকুড়া বঙ্গবন্ধু স্টেডিয়াম পথ,

থেরাপিউটিক এন্ডোস্কোপি অপারেশনের বিকল্প

বিনা কটে কোন রকম কাটা ছেঁড়া ছাড়াই এন্ডোস্কোপির মাধ্যমে খাদ্যনালির রক্তক্ষরণ, খাদ্যনালি থেকে ফরেন বডি (যেমন- পয়সা, কৃত্রিম দাঁত, হাড় ইত্যাদি) বের করা কিংবা স্টেন্ট বসানোর মতো জটিল অপারেশনের বিকল্প চিকিৎসা করা যায়।



ইআরসিপি'র মাধ্যমে অপারেশন ছাড়াই পিওনালির পাথর অপসারণ, কুমি বের করা ও ক্যান্সারে টিউব (Stent) বসাতে নির্ভরযোগ্য প্রতিষ্ঠান



**Crescent & Gastro Liver
& General Hospital**

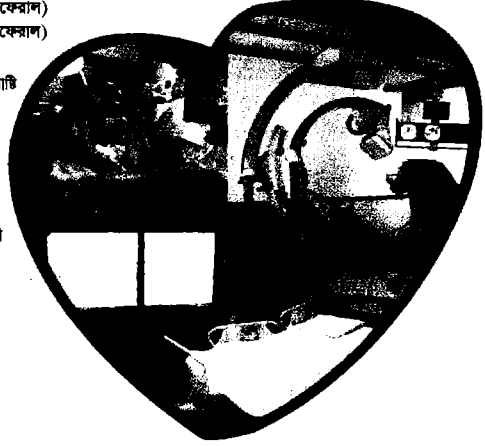
25/i, Green Road, Dhanmondi, Dhaka.
[Eastern end of Dhanmondi Road # 7]
Phone : 0088-8621612, 9671571, Mobile : 01926 100 100

ডা. আবু হেনা আবিদ জাফর
মেডিকেল ডিরেক্টর
মোবাইল - ০১৯১১ ২৬৮৮১৬

শহীদুল্লাহ মাসুদ
ম্যানেজার
মোবাইল - ০১৯১১ ২৬২৪৭৩

ইউরো বাংলা হার্ট হাসপাতালের সেবাসমূহ

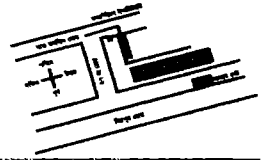
- কার্ডিয়াক ইমার্জেন্সী
- আধুনিক যন্ত্রপাতি সমৃদ্ধ লিবিইউ এবং আইসিইউ
- ক্যাংগ্যান রেসিডিউর
 - এনজিওগ্রাম (করোনোগ্রা, রেনাল, পেরিকেরাল)
 - এনজিওপ্লাস্টি (করোনোগ্রা, রেনাল, পেরিকেরাল)
 - পেসমেকার ইমপ্লান্টেশন
 - এ্যাণ্ডটিক এবং পালমোনারী ডালভিউসোপোর্টি
 - পিটিএমসি
 - এএসডি/ভিএসডি ডিভাইস ক্রোজার
- বে কোন কার্ডিয়াক সার্জারী
 - বিটিং হার্ট সার্জারী
 - বাইপাস সার্জারী
 - হার্টের ডাঙ্ক বদল ও জনগত ছিদ্র বন্ধ করা
- ডানকুলার সার্জারী
- স্টেট সার্জারী
- সবধরনের জেনারেল ও ব্রেস্ট সার্জারী
- নিউরোমেডিসিন ও স্ট্রোক ইউনিট
- ২৪ ঘণ্টা ডায়াগনোস্টিক সেবাসমূহ
 - প্যাথলজি, ইসিজি, ইটিটি, ইকো,
 - কালার ডপলার,
 - ক্যারোটিড ডপলার, হক্টার মনিটর,
 - পোর্টেবল এক্সরে ও আলট্রাসোনোগ্রাম



Euro Bangla Heart Hospital

One Stop Cardiac Service with ICU Facilities
A unit of **BIOPHARMA LTD.**

5/7 Block-D, Lalmatia, Dhaka-1207. Phone: 02-8159711-12
01926-500500, E-mail: ebhl@dhaka.net



ডা. আবু বকর সিদ্দিক
মেডিকেল ডিরেক্টর
মোবাইল-০১৯১৮ ১৮০৫০১

মো: আবুল সামাদ
ম্যানেজার
মোবাইল-০১৫৫২ ৩৩৪০৩৮

মো: আবুল কালাম আজাদ
সিনিয়র সহকারী ম্যানেজার
মোবাইল-০১৯১৫ ১৯০২৫৭



शुभं भवतु
२७/०९/१८

NDF

Year Book 2014



NATIONAL DOCTORS FORUM

ADVISORY BOARD
NDF YEARBOOK 2014

Professor Dr. Mohammad Tahir
Professor Dr. K. M. H. S. Shirajul Haque
Professor Dr. N. A. Kamrul Ahsan
Professor Dr. Md. Moyez Uddin
Professor Dr. Md. Motiar Rahman
Professor Dr. Shah Md. Bulbul Islam
Professor Dr. Md. Abul Hashem Chowdhury
Professor Dr. Md. Abdul Haque
Professor Dr. Md. Aminul Haque Khan
Professor Dr. Dewan Abdur Rahim
Professor Dr. Md. Ruhul Amin
Professor Dr. Abdul Wahab Khan

EDITORIAL BOARD

NDF YEARBOOK 2014

Chairman : Professor Dr. Md. Nazrul Islam

Chief Editor : Dr. Md. Shafiqur Rahman

Executive Editor : Professor Dr. Md. Ruhul Amin

Editors : Dr. Md. Shahinul Alam
Dr. Mohammad Abdul Wahab
Dr. Abu Hena Abid Zafr
Dr. A K M Waliullah
Dr. Mahmud Hossain

Associate Editors : Professor Dr. Abu Kholdun Al-Mahmud
Professor Dr. Md. Obaidullah
Dr. Md. Mizanur Rahman
Dr. Altaf Uddin Ahammed Chowdhury
Dr. Sayed Ahammed
Dr. Masudunnabi
Dr. Mohammad Hossain
Dr. Md. Modabbir Hossain
Dr. Md. Nowfel Islam
Dr. Sajed Abdul Khaleque
Dr. Md. Atiar Rahman
Dr. Md. Shahadat Hossain
Dr. Md. Khorshed Ali mia
Dr. Muhibbur Rahman Rafe

Assistant Editors : Dr. Ahammad Shafiq Sikder
Dr. Md. Zakiul Hasan

Publisher:



National Doctors Forum (NDF)

NDF YEAR BOOK 2014

© NDF 2014

All rights are reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without prior permission of the publisher.

Published:

June, 2014

Opinions in the articles are those of their authors. The editorial board does not necessarily endorse these opinions, nor do these opinions represent the official position of NDF.

Cover design:

Muinul Hoque Tanveer

Graphics:

Moniruzzaman Monir

Printed at:

Print King

3/2-B, Naya Paltan, Dhaka 1000

Contents

- 8 Editorial :
Bangladesh and utilization of health manpower
- 11 Declaration of Geneva
- 12 International Code of Medical Ethics
World Medical Association
- 14 Professional Misconduct
Defined by Bangladesh Medical and Dental Council
- 18 Good Medical Practice
- 29 Leading the ideology through profession
Dr. Md. Shafiqur Rahman
- ✓ 37 Islamic education system and How to implement it
Prof Dr Omar Hasan Kasule
- 44 The Medicine of the Prophet: A Message Par Excellence
M. Iqtedar Husain Farooqi -
- 51 Medieval Islamic Hospitals & Medical Schools
Hossam Araf, David W. Tschanz
- 61 Medical Tourism : Why Patients Go Abroad?
Dr. Abu Hena Abid Zafr
- 74 Adopting the culture of evidence based practice
new model for 21st century patient care
Dr. Md. Zakiul Hasan
- 82 Male infertility and IUI : Few Questions Answered
Dr. S M Khaliduzzaman
- 89 Health Crisis in Bangladesh
Dr. Mohammed Shorfuddin Patowary
- 96 এনডিএফ : সম্ভাবনাময় আগামী
অধ্যাপক ডা. মো: রুহুল আমীন
- 101 মানসিক রোগের ভিন্নতর চিকিৎসা ও প্রতিকার
ডা. আব্দুল ওহাব মিনার
- ✓ 109 ডাক্তারদের প্রফেশনাল অর্গানাইজেশন : কেন এবং কিভাবে
ডা. মোহাম্মদ ইলিয়াস
- 118 অবহেলিত স্বাস্থ্য বাজেট ২০১৩-২০১৪ : জাতির প্রত্যাশা
- ✓ 123 হুমায়ুন আহমেদের সাইকেল ডাক্তার
ডা. শাহ মোহাম্মদ ফাহিম
- 126 পৃথিবীর প্রথম চক্ষু চিকিৎসাবিজ্ঞানী তথা আলোক বিজ্ঞানের জনক ইবনুল হায়সাম
শেখ মিজানুর রহমান
- ✓ 130 মালয়েশিয়ায় ইসলামিক হসপিটাল কনসোর্টিয়াম কনফারেন্সের অভিজ্ঞতা
ড. আবু খলদুন আল-মাহমুদ

Bangladesh and utilization of health manpower

Bangladesh our dear homeland, is geopolitically an important & vital country in South Asia. It is bordered by India to its west, north and east; Burma to its southeast and separated from Nepal and Bhutan by the Chicken's Neck corridor. To its south, it faces the Bay of Bengal. Bangladesh is the world's eighth-most populous country, with over 160 million people, and among the most densely populated countries.

Bangladesh has achieved significant strides in human and social development since independence, including progress in universal primary education, food production, health and population control and continues to face numerous political, economic, social and environmental challenges, including political instability, corruption, poverty, overpopulation and climate change. Bangladesh is a leading pioneer and founding member of the South Asian Association for Regional Cooperation (SAARC). It contributes to one of the largest peacekeeping forces to the United Nations. It is a member of the Commonwealth of Nations, the OIC, NAM, and the developing 8 Countries.

The overpopulation: problem or asset

The overpopulation may be the big resource for the country like Bangladesh if maximum utilization of manpower can be done properly & brain drain can be converted into wisdom gain. On the other hand, if 160 million people can be converted into skilled manpower in different sectors, Bangladesh will be a heroic nation in the world. Need a big useful multi sector career plan for the economic development multiplied into thousand times. Therefore overpopulation which is still a problem for

Bangladesh will be converted into asset for the nation.

Here we are considering only the health professionals for their developments, utilizations & migrations. Before 1990 only 8 public medical college & hospitals produced doctors. Private sectors were not much developed. Now about 80 private & public medical colleges produce doctors, nurses and other related staffs. Research activities have been developed but still not up to the mark. Many nursing paramedical and technical-vocational health institutes produce nurses and different categories of health manpower. Production machine is not enough. Attention should be given to create scope for better utilization of this manpower at home & abroad.

Brain drain is the migration of skilled human resources for trade, education, health etc. Every professionals are needed in every part of the world. Better standards of living and quality of life, higher salaries, access to advanced technology and more stable political conditions in the developed countries attract talent from less developed areas. Bangladesh is one of them. The majority of migration is from developing to developed countries. This is of growing concern worldwide because of its impact on the health systems in developing countries. Bangladesh have invested in the education and training of young health professionals. The intellectuals are some of the most expensive resources because of their training in terms of material cost and time.

It is now the time for Bangladesh to consider its health professionals to utilize at home & abroad. However, the lack of reliable data and the difficulties of defining whether a migrant is 'permanent' or 'temporary', useful or not – prove to be big challenges in reaching a resolution regarding the matter. One may claim that this migration from Bangladesh is both useful and unavoidable.

Bangladesh is now the source of healthcare migration to developed countries. This trend has led to concerns that the outflow of healthcare professionals is adversely affecting the healthcare system in our country. As a result, decision-makers are searching for policy options to slow down migration of healthcare professionals. It is time to understand and accept that health professionals' mobility is part of life in the 21st century.

Bangladesh need to recognize that she can compete with the best institutions in the world perspective. The turn of the 21st century has not only brought technology, but also modes by which scientists around the world can be connected. In this globalized world the physical location of a person may or may not have any relation to the ability to make an impact on human health. Easy communication, quick travel, and greater collaborations between developed countries & Bangladesh need to improve.

Healthcare services are rapidly growing sectors of the Bangladesh economy and trade in health services. For example, information technology can provide telemedicine services and tele-preventive services. These information technologies can be used as a mode of sharing knowledge and research skills in a cost-effective manner.

The availability of both high-quality education and opportunities in research are the keys to retaining and attracting regional talent. The opportunities generated by the Chinese in biotechnology attract both international collaboration in joint ventures and gifted scientists from China and abroad.

A similar example can be replicated in Bangladesh with the help of their foreign expatriate citizens who have developed skills in research that are needed in their native countries. This approach to creating targeted educational opportunity together with political decision and investment in science and technology infrastructure provides a good example of a resourceful way of redirecting the brain drain.

Scientists who have emigrated for several reasons are recoverable assets who can play a part in developing opportunities at home. However, recovery requires the opening of diverse and creative conduits. Opportunities at home and technology to be transferred to areas of national priorities for research and development. Ultimately, involving individuals who are living abroad in creating opportunities at home. Utilization of manpower - particularly health manpower both at home & abroad need a long useful discussion further and a long term planning. ■

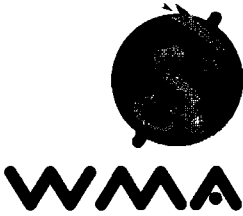
Professor Dr. Md. Ruhul Amin

DECLARATION OF GENEVA

Adopted by the 2nd General Assembly of the World Medical Association, Geneva, Switzerland, September 1948 and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983 and the 46th WMA General Assembly, Stockholm, Sweden, September 1994.

At the time of being admitted as a member of the medical profession:

- I SOLEMNLY PLEDGE myself to consecrate my life to the service of humanity;
- I WILL GIVE to my teachers the respect and gratitude which is their due;
- I WILL PRACTICE my profession with conscience and dignity;
- THE HEALTH OF MY PATIENT will be my first consideration;
- I WILL RESPECT the secrets which are confided in me, even after the patient has died;
- I WILL MAINTAIN by all the means in my power, the honor and the noble traditions of the medical profession;
- MY COLLEAGUES will be my sisters and brothers;
- I WILL NOT PERMIT considerations of age, disease or disability, creed, ethnic origin, gender, nationality, political affiliation, race, sexual orientation, or social standing to intervene between my duty and my patient;
- I WILL MAINTAIN the utmost respect for human life from its beginning even under threat and I will not use my medical knowledge contrary to the laws of humanity;
- I MAKE THESE PROMISES solemnly, freely and upon my honor. ■



World Medical Association International Code of Medical Ethics

Adopted by the 3rd General Assembly of the World Medical Association, London, England, October 1949 and amended by the 22nd World Medical Assembly, Sydney, Australia, August 1968 and the 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983.

Duties of Physicians in General

A physician shall

always maintain the highest standards of professional conduct.

A physician shall

not permit motives of profit to influence the free and independent exercise of professional judgment on behalf of patients.

A physician shall

in all types of medical practice, be dedicated to providing competent medical service in full technical and moral independence, with compassion and respect for human dignity.

A physician shall

deal honestly with patients and colleagues, and strive to expose those physicians deficient in character or competence, or who engage in fraud or deception.

The following practices are deemed to be unethical conduct:

- a) Self advertising by physicians, unless permitted by the laws of the country and the Code of Ethics of the National Medical Association.

b) Paying or receiving any fee or any other consideration solely to procure the referral of a patient or for prescribing or referring a patient to any source.

A physician shall

respect the rights of patients, of colleagues, and of other health professionals and shall safeguard patient's confidence.

A physician shall

act only in the patient's interest when providing medical care which might have the effect of weakening the physical and mental condition of the patient.

A physician shall

use great caution in divulging discoveries or new techniques or treatment through non-professional channels.

A physician shall

certify only that which he has personally verified.

Duties of Physicians to the Sick

A physician shall

always bear in mind the obligation of preserving human life.

A physician shall

owe his patients complete loyalty and all the resources of his science. Whenever an examination or treatment is beyond the physician's capacity he should summon another physician who has the necessary ability.

A physician shall

preserve absolute confidentiality on all he knows about his patient even after the patient has died.

A physician shall

give emergency care as a humanitarian duty unless he is assured that others are willing and able to give such care.

Duties of Physicians to Each Other

A physician shall

behave towards his colleagues as he would have them behave towards him.

A physician shall not

entice patients from his colleagues.

A physician shall

observe the principles of the "declaration of geneva" approved by the world medical association. ■



Professional Misconduct

Defined by Bangladesh Medical and Dental Council

The Medical and Dental Council has the discretion either to suspend temporarily or remove permanently the name from the register depending on the facts of the case and the nature of misconduct. The following guidelines will help Medical Practitioners including dentists to know what misconduct is:

1. **Certificates:**

No registered Medical/Dental Practitioner shall give any certificate in his professional capacity which contains any false statements. Any Practitioner who issues a certificate which is untrue, misleading or improper shall be liable to be suspended or have his name remove from the register. This refers to all certificates including those for births, deaths, insurance, workmen's compensation, medical fitness etc.

2. Attempts to make improper profit:

Any registered Medical/Dental Practitioner who accepts any illegal gratification from a patient in the course of his professional duty, is liable to be suspended or have his name removed from the Register.

3. Abuse of professional knowledge, skill or privileges:

Any registered Medical/Dental Practitioner found guilty of causing an illegal abortion or of prescribing drugs in violation of the Dangerous Drugs Act, or who becomes addicted to a drug himself, or is convicted of driving under the influence of alcohol or Other drug, is liable to be suspended or have his name removed from Register.

4. Abuse of Medical/Dental practitioner patient relationship:

(a) Any Medical/Dental Practitioner who commit adultery or have an improper association with a person with whom he has a professional relationship at the material time are liable to disciplinary proceeding. In the case of doctor who has been cited as a party in divorce proceedings, and has been found to be guilty of misconduct by a court of law, the finding of the court will be accepted as conclusive, and action will be taken accordingly.

(b) No Medical/Dental Practitioner shall disclose any information obtained in confidence from a patient except when it is necessary to do so in the interests of the security of the State or the maintenance of law and order in the country.

5. Disregard of personal responsibility to patient:

(a) Gross negligence in respect of his professional duties to his patient may be regarded as misconduct sufficient to justify the suspension or the removal of the name of a Medical/Dental practitioner from the Register.

(b) Assisting an unregistered person to practice medicine or dentistry etc, or a professional association with such a person performing the functions of a practitioner in relation to medicine, surgery and midwifery, dentistry etc.: knowingly will make a registered practitioner liable to disciplinary action. This does not preclude a

Medical/Dental Practitioner from imparting proper training to Medical/Dental students, Nurses, Midwives and other Paramedical personnel, provided the doctor concerned keeps a strict supervision over such individuals when treating patients.

6. Offenses discreditable to the medical/dental practitioner and his profession:

Any Medical/Dental Practitioner convicted of false pretences, forgery, fraud, theft, indecent behavior or assault, is liable to disciplinary action by the Council.

7. Abuse of financial and opportunities afforded by the medical/dental practice:

No Medical/Dental practitioner shall commercialize any secret remedy or share any professional fees with any other Medical /Dental practitioner or other person in the form of a commission.

8. Canvassing, advertising and using false title etc:

Canvassing and advertising for the purpose of obtaining patient and advancing the professional interest of a Medical/Dental practitioner, whether done directly or indirectly through an agent, association or other persons and organizations is professional misconduct and may make the Medical/Dental Practitioner liable to disciplinary action.

The publication of matter or comments calculated to advertise the qualifications, professional skill, knowledge or services of any Medical/Dental practitioner for the purpose of advancing his Professional interests, when procured or instigated by the Medical/Dental practitioner, or by individuals or associations or other organizations friendly to or associated with the Medical /Dental practitioner knowingly connived at by the Medical/Dental practitioner liable to disciplinary action.

Notice announcements and leaflets, published or circulated by a Medical/Dental practitioner, may if in excess of the customary limits or propriety observed by the profession, be regarded as advertising, amounting to professional misconduct. Similarly matter published in books, letters, news papers and magazines, or through the medium of talks

on the Radio or appearances on Television, may, if published for the purpose of advertising a Medical/Dental practitioner, be regarded as professional misconduct.

Prohibition for using false title etc. by registered medical practitioner or registered dentist shall use or publish in any way whatsoever any name, title, description or symbol indicating or calculated to lead persons to infer that he possesses an additional or other professional qualification unless the same has been conferred upon him by a legally constituted authority within or outside Bangladesh.

9. Announcement, Radio television:

When announcing their appearance on the radio or the television on professional subjects, Medical/Dental practitioner shall not disclose their identity or allow it to be disclosed. This restriction shall not apply to Medical/Dental practitioner who are not actively engaged in private practice or when appearing in a non-professional capacity. Appearance on Television and Radio shall be limited to the purpose of health education only.

10. Change of address or conditions of practice:

Any change of address or of the hours of practice may be suitably announced:-

(a) Through the local branch of the BMA or the medical journal for information of the doctors.

(b) In the local press either once in three papers, or three times in the same paper on three consecutive days and the announcement should be made in normal manner and not unduly prominently as by big advertising blocks.

11. There is no rule preventing Medical/Dental practitioners from charging one another for their services: but it is generally regarded as a pleasure and privilege to give one's services free to a professional brother, his wife and children, and to Medical/Dental student. ■

Source: Previous web site of Bangladesh Medical and Dental Council



Good Medical Practice

The duties of a doctor registered with the General Medical Council:

Patients must be able to trust doctors with their lives and health. To justify that trust you must show respect for human life and make sure your practice meets the standards expected of you in four domains:

Knowledge, skills and performance

- Make the care of your patient your first concern.
- Provide a good standard of practice and care.
- Keep your professional knowledge and skills up to date.
- Recognise and work within the limits of your competence.

Safety and quality

- Take prompt action if you think that patient safety, dignity or comfort is being compromised.
- Protect and promote the health of patients and the public.

Communication, partnership and teamwork

Treat patients as individuals and respect their dignity.

- Treat patients politely and considerately.
- Respect patients' right to confidentiality.

Work in partnership with patients.

- Listen to, and respond to, their concerns and preferences.
- Give patients the information they want or need in a way they can understand.
- Respect patients' right to reach decisions with you about their treatment and care.

- Support patients in caring for themselves to improve and maintain their health.

Work with colleagues in the ways that best serve patients' interests.

Maintaining trust

Be honest and open and act with integrity.

Never discriminate unfairly against patients or colleagues.

Never abuse your patients' trust in you or the public's trust in the profession.

You are personally accountable for your professional practice and must always be prepared to justify your decisions and actions.

Professionalism in action

1. Patients need good doctors. Good doctors make the care of their patients their first concern: they are competent, keep their knowledge and skills up to date, establish and maintain good relationships with patients and colleagues, are honest and trustworthy, and act with integrity and within the law.
2. Good doctors work in partnership with patients and respect their rights to privacy and dignity. They treat each patient as an individual. They do their best to make sure all patients receive good care and treatment that will support them to live as well as possible, whatever their illness or disability.
3. Good medical practice describes what is expected of all doctors registered with the General Medical Council (GMC). It is your responsibility to be familiar with Good medical practice and the explanatory guidance which supports it, and to follow the guidance they contain.
4. You must use your judgments in applying the principles to the various situations you will face as a doctor, whatever field of medicine you work in, and whether or not you routinely see patients. You must be prepared to explain and justify your decisions and actions.
5. In Good medical practice, we use the terms 'you must' and 'you should' in the following ways:
'You must' is used for an overriding duty or principle.
'You should' is used when we are providing an explanation of how you will meet the overriding duty.

'You should' is also used where the duty or principle will not apply in all situations or circumstances, or where there are factors outside your control that affect whether or how you can follow the guidance.

6. To maintain your licence to practise, you must demonstrate, through the revalidation process, that you work in line with the principles and values set out in this guidance. Serious or persistent failure to follow this guidance will put your registration at risk.

Domain 1: Knowledge, skills and Performance

Develop and maintain your professional performance

7. You must be competent in all aspects of your work, including management, research and teaching.
8. You must keep your professional knowledge and skills up to date.
9. You must regularly take part in activities that maintain and develop your competence and performance.
10. You should be willing to find and take part in structured support opportunities offered by your employer or contracting body (for example, mentoring). You should do this when you join an organisation and whenever your role changes significantly throughout your career.
11. You must be familiar with guidelines and developments that affect your work.
12. You must keep up to date with, and follow, the law, our guidance and other regulations relevant to your work.
13. You must take steps to monitor and improve the quality of your work.

Apply knowledge and experience to practice

14. You must recognise and work within the limits of your competence.
15. You must provide a good standard of practice and care. If you assess, diagnose or treat patients, you must:
 - Adequately assess the patient's conditions, taking account of their history (including the symptoms and psychological, spiritual, social and cultural factors), their views and values; where necessary, examine the patient

- Promptly provide or arrange suitable advice, investigations or treatment where necessary
- Refer a patient to another practitioner when this serves the patient's needs.

16. In providing clinical care you must:

- Prescribe drugs or treatment, including repeat prescriptions, only when you have adequate knowledge of the patient's health and are satisfied that the drugs or treatment serve the patient's needs
- Provide effective treatments based on the best available evidence
- Take all possible steps to alleviate pain and distress whether or not a cure may be possible
- Consult colleagues where appropriate
- Respect the patient's right to seek a second opinion
- Check that the care or treatment you provide for each patient is compatible with any other treatments the patient is receiving, including (where possible) self-prescribed over-the-counter medications
- Wherever possible, avoid providing medical care to yourself or anyone with whom you have a close personal relationship

17. You must be satisfied that you have consent or other valid authority before you carry out any examination or investigation, provide treatment or involve patients or volunteers in teaching or research.

18. You must make good use of the resources available to you. Record your work clearly, accurately and legibly.

19. Documents you make (including clinical records) to formally record your work must be clear, accurate and legible. You should make records at the same time as the events you are recording or as soon as possible afterwards.

20. You must keep records that contain personal information about patients, colleagues or others securely, and in line with any data protection requirements.

21. Clinical records should include:

- Relevant clinical findings
- The decisions made and actions agreed, and who is



- making the decisions and agreeing the actions
- The information given to patients
- Any drugs prescribed or other investigation or treatment
- Who is making the record and when.

Domain 2: Safety and quality

Contribute to and comply with systems to protect patients

22. You must take part in systems of quality assurance and quality improvement to promote patient safety. This includes:

- Taking part in regular reviews and audits of your work and that of your team, responding constructively to the outcomes, taking steps to address any problems and carrying out further training where necessary
- Regularly reflecting on your standards of practice and the care you provide
- Reviewing patient feedback where it is available.

23. To help keep patients safe, you must:

- Contribute to confidential inquiries
- Contribute to adverse event recognition
- Report adverse incidents involving medical devices that put or have the potential to put the safety of a patient, or another person, at risk
- Report suspected adverse drug reactions
- Respond to requests from organisations monitoring public health. When providing information for these purposes you should still respect patients' confidentiality

Respond to risks to safety

24. You must promote and encourage a culture that allows all staff to raise concerns openly and safely
25. You must take prompt action if you think that patient safety, dignity or comfort is or may be seriously compromised.
26. You must offer help if emergencies arise in clinical settings or in the community, taking account of your own safety, your competence and the availability of other options for care.
27. Whether or not you have vulnerable* adults or children and young people as patients, you should consider their needs

and welfare and offer them help if you think their rights have been abused or denied

Protect patients and colleagues from any risk posed by your health

28. If you know or suspect that you have a serious condition that you could pass on to patients, or if your judgment or performance could be affected by a condition or its treatment, you must consult a suitably qualified colleague. You must follow their advice about any changes to your practice they consider necessary. You must not rely on your own assessment of the risk to patients.
29. You should be immunised against common serious communicable diseases (unless otherwise contraindicated).
30. You should be registered with a general practitioner outside your family.

Domain 3: Communication, partnership and teamwork

Communicate effectively

31. You must listen to patients, take account of their views, and respond honestly to their questions.
32. You must give patients the information they want or need to know in a way they can understand. You should make sure that arrangements are made, wherever possible, to meet patients' language and communication needs.
33. You must be considerate to those close to the patient and be sensitive and responsive in giving them information and support.
34. When you are on duty you must be readily accessible to patients and colleagues seeking information, advice or support.

Work collaboratively with colleagues to maintain or improve patient care

35. You must work collaboratively with colleagues, respecting their skills and contributions.
36. You must treat colleagues fairly and with respect.
37. You must be aware of how your behaviour may influence others within and outside the team.
38. Patient safety may be affected if there is not enough medical

cover. So you must take up any post you have formally accepted, and work your contractual notice period before leaving a job, unless the employer has reasonable time to make other arrangements.

Teaching, training, supporting and assessing

39. You should be prepared to contribute to teaching and training doctors and students.
40. You must make sure that all staff you manage have appropriate supervision.
41. You must be honest and objective when writing references, and when appraising or assessing the performance of colleagues, including locums and students. References must include all information relevant to your colleagues' competence, performance and conduct.
42. You should be willing to take on a mentoring role for more junior doctors and other healthcare professionals.
43. You must support colleagues who have problems with their performance or health. But you must put patient safety first at all times.

Continuity and coordination of care

44. You must contribute to the safe transfer of patients between healthcare providers and between health and social care providers.
45. When you do not provide your patients' care yourself, for example when you are off duty, or you delegate the care of a patient to a colleague, you must be satisfied that the person providing care has the appropriate qualifications, skills and experience to provide safe care for the patient

Establish and maintain partnerships with patients

46. You must be polite and considerate.
47. You must treat patients as individuals and respect their dignity and privacy.
48. You must treat patients fairly and with respect whatever their life choices and beliefs.
49. You must work in partnership with patients, sharing with them the information they will need to make decisions about their care, includes:
 - A. Their condition, its likely progression and the options for

- treatment, including associated risks and uncertainties
- B. The progress of their care, and your role and responsibilities in the team
 - C. Who is responsible for each aspect of patient care, and how information is shared within teams and among those who will be providing their care
 - D. Any other information patients need if they are asked to agree to be involved in teaching or research
50. You must treat information about patients as confidential. This includes after a patient has died.
51. You must support patients in caring for themselves to empower them to improve and maintain their health. This may, for example, include:
- A. Advising patients on the effects of their life choices and lifestyle on their health and well-being
 - B. Supporting patients to make lifestyle changes where appropriate.
52. You must explain to patients if you have a conscientious objection to a particular procedure. You must tell them about their right to see another doctor and make sure they have enough information to exercise that right. In providing this information you must not imply or express disapproval of the patient's lifestyle, choices or beliefs. If it is not practical for a patient to arrange to see another doctor, you must make sure that arrangements are made for another suitably qualified colleague to take over your role.

Domain 4: Maintaining trust

Show respect for patients

53. You must not use your professional position to pursue a sexual or improper emotional relationship with a patient or someone close to them.
54. You must not express your personal beliefs (including political, religious and moral beliefs) to patients in ways that exploit their vulnerability or are likely to cause them distress.
55. You must be open and honest with patients if things go wrong. If a patient under your care has suffered harm or distress.

Treat patients and colleagues fairly and without Discrimination

56. You must give priority to patients on the basis of their clinical need if these decisions are within your power.
57. The investigations or treatment you provide or arrange must be based on the assessment you and your patient make of their needs and priorities, and on your clinical judgement about the likely effectiveness of the treatment options. You must not refuse or delay treatment because you believe that a patient's actions or lifestyle have contributed to their condition.
58. You must not deny treatment to patients because their medical condition may put you at risk. If a patient poses a risk to your health or safety, you should take all available steps to minimise the risk before providing treatment or making other suitable alternative arrangements for providing treatment.
59. You must not unfairly discriminate against patients or colleagues by allowing your personal views to affect your professional relationships or the treatment you provide or arrange. You should challenge colleagues if their behaviour does not comply with this guidance.
60. You must consider and respond to the needs of disabled patients and should make reasonable adjustments† to your practice so they can receive care to meet their needs.
61. You must respond promptly, fully and honestly to complaints and apologise when appropriate. You must not allow a patient's complaint to adversely affect the care or treatment you provide or arrange.
62. You should end a professional relationship with a patient only when the breakdown of trust between you and the patient means you cannot provide good clinical care to the patient.

Act with honesty and integrity

63. You must make sure that your conduct justifies your patients' trust in you and the public's trust in the profession.
64. You must always be honest about your experience, qualifications and current role.

65. You must act with honesty and integrity when designing, organizing or carrying out research, and follow national research governance guidelines and our guidance

Communicating information

66. You must be honest and trustworthy in all your communication with patients and colleagues. This means you must make clear the limits of your knowledge and make reasonable checks to make sure any information you give is accurate.
67. When communicating publicly, including speaking to or writing in the media, you must maintain patient confidentiality. You should remember when using social media that communications intended for friends or family may become more widely available.
68. When advertising your services, you must make sure the information you publish is factual and can be checked, and does not exploit patients' vulnerability or lack of medical knowledge.
69. You must be honest and trustworthy when writing reports, and when completing or signing forms, reports and other documents. You must make sure that any documents you write or sign are not false or misleading.

Honesty in financial dealings

70. You must be honest in financial and commercial dealings with patients, employers, insurers and other organisations or individuals.
71. You must not allow any interests you have to affect the way you prescribe for, treat, refer or commission services for patients.
72. If you are faced with a conflict of interest, you must be open about the conflict, declaring your interest formally, and you should be prepared to exclude yourself from decision making.
73. You must not ask for or accept – from patients, colleagues or others – any inducement, gift or hospitality that may affect or be seen to affect the way you prescribe for, treat or refer patients or commission services for patients. You must not offer these inducements. ■

References

1. General Medical Council (2012) Leadership and management for all doctors London, GMC
2. General Medical Council (2010) Good practice in research London, GMC
3. General Medical Council (2011) Developing teachers and trainers in undergraduate medical education London, GMC
4. General Medical Council (2012) Continuing professional development: guidance for all doctors London, GMC
5. General Medical Council (2013) Delegation and referral London, GMC
6. General Medical Council (2013) Good practice in prescribing and managing medicines and devices London, GMC
7. General Medical Council (2010) Treatment and care towards the end of life: good practice in decision making London, GMC
8. General Medical Council (2011) Making and using visual and audio recordings of patients London, GMC
9. General Medical Council (2010) Consent to research London, GMC
10. General Medical Council (2009) Confidentiality London, GMC
11. General Medical Council (2012) Raising and acting on concerns about patient safety London, GMC
12. General Medical Council (2013) Maintaining boundaries London, GMC
Intimate examinations and chaperones (paragraphs 47, 25c)
Maintaining a professional boundary between you and your patient (paragraph 53)
Sexual behaviour and your duty to report (paragraphs 53, 25c)
13. General Medical Council (2007) 0–18 years: guidance for all doctors London, GMC
14. General Medical Council (2012) Protecting children and young people: the responsibilities of all doctors London, GMC
15. General Medical Council (2008) Consent: patients and doctors making decisions together London, GMC
16. General Medical Council (2012) Writing references London, GMC
17. General Medical Council (2013) Personal beliefs and medical practice London, GMC
18. General Medical Council (2013) Ending your professional relationship with a patient London, GMC
19. General Medical Council (2013) Doctors' use of social media London, GMC
20. General Medical Council (2013) Acting as a witness in legal proceedings London, GMC
21. General Medical Council (2013) Reporting criminal and regulatory proceedings within and outside the UK London, GMC
22. General Medical Council (2013) Financial and commercial arrangements and conflicts of interest London, GMC

Source: **General Medical Council, UK.**

Published 25 March 2013 & Came into effect 22 April 2013

Agreed, edited, promoted and adopted for Bangladesh by National Doctors Forum (NDF)

Leading the ideology through profession

Dr. Md. Shafiqur Rahman

Consultant Chest Diseases, Islami Bank Hospital, Dhaka
General Secretary, National Doctors Forum (NDF)

If we think about the heading, the question arises immediately, how to do this being engaged in such a busy humanitarian profession. Yes it is difficult but not impossible. If we know our identity and ultimate goal then it is rather easy to become an Ideological Leader through our profession. Let us discuss the matter step by step:

What is our identity?

It is essential to know our identity first. That means one must know how and from where he has come to this world. To get answer of this question we must go through the Holy Quran and to know the exact things:

وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلٰئِكَةِ اِنِّىْ جَاعِلٌ فِى الْاَرْضِ خَلِیْفَةً

(Remember) when your lord said to the angels, "I am going to create (my) deputy on the earth"[Al-Baqara - 31].

اِيَّاكَ نَعْبُدُ وَاِيَّاكَ نَسْتَعِيْنُ

We do worship You alone, and from You alone do we seek help [Al-Fateha - 04].

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لِمَ تَقُولُونَ مَا لَا تَفْعَلُونَ ۚ كَبِيرٌ مَقْتًا عِنْدَ اللَّهِ أَنْ تَقُولُوا مَا لَا تَفْعَلُونَ ۝

2. O you who have believed, why do you say what you do not do?
3. Great is hatred in the sight of Allah that you say what you do not do [As-saf - 2-3].

Above discussion by Allah Subhanahu makes it clear that, we are representatives of Allah and also servants of Allah, and we must obey him in all sphere of our life in this world.

What we have to do?

Now, how to obey our creator Allah and what to do for that. Again, we must get the answer from Allah. Let us find our duty from the holy Quran:

السرُّ ذَلِكَ الْكِتَابُ لَا رَيْبَ فِيهِ هُدًى لِّلْمُتَّقِينَ ۗ الَّذِينَ يُؤْمِنُونَ بِالْغَيْبِ وَيُقِيمُونَ الصَّلَاةَ وَمِمَّا رَزَقْنَاهُمْ يُنْفِقُونَ ۗ وَالَّذِينَ يُؤْمِنُونَ بِمَا أُنزِلَ إِلَيْكَ وَمَا أُنزِلَ مِن قَبْلِكَ ۗ وَبِالْآخِرَةِ هُمْ يُؤْتُونَ ۗ أُولَٰئِكَ عَلَىٰ هُدًى مِّن رَّبِّهِمْ ۗ أُولَٰئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ۝

1. Alif, Lam, Meem.
2. This is the Book about which there is no doubt, a guidance for those conscious of Allah
3. Who believe in the unseen, establish prayer, and spend out of what We have provided for them,
4. And who believe in what has been revealed to you, [O Muhammad], and what was revealed before you, and of the Hereafter they are certain [in faith].
5. Those are upon [right] guidance from their Lord, and it is those who are the successful [Al-Baqara - 01-05].

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا أَطِيعُوا اللَّهَ وَأَطِيعُوا الرَّسُولَ وَأُولِيَ الْأَمْرِ مِنكُمْ فَإِن تَنَازَعْتُمْ فِي شَيْءٍ فَرُدُّوهُ إِلَى اللَّهِ وَالرَّسُولِ إِن كُنتُمْ تُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ ۚ ذَلِكَ خَيْرٌ وَأَحْسَنُ تَأْوِيلًا ۝

O you who have believed, obey Allah and obey the Messenger and those in authority among you. And if you disagree over anything, refer it to Allah and the Messenger, if you should believe in Allah and the Last Day. That is the best [way] and best in result. [An-Nisa - 59]

What about Knowledge?

Now it is clear that, to perform our duty properly in this world

we must acquire knowledge. But what type of knowledge and how much we have to learn. Allah tells us about that:

إِقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ ۝ خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ ۝ إِقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ ۝ الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ ۝ عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمِ ۝

1. Recite in the name of your Lord who created
2. Created man from a clinging substance.
3. Recite, and your Lord is the most Generous-
4. Who taught by the pen -
5. Taught man that which he knew not [Alaq - 01-05].

وَعَلَّمَ آدَمَ الْأَسْمَاءَ كُلَّهَا ثُمَّ عَرَضَهُمْ عَلَى الْمَلَائِكَةِ فَقَالَ أَنْبِئُونِي بِأَسْمَاءِ هَذِهِ لَئِنْ كُنْتُمْ صَادِقِينَ ۝

And He taught Adam all the names, then showed them to the Angels, saying: "Inform Me of the names of these, if ye are truthful" [Al-Baqara - 31].

يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ ۚ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا ۗ وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُو الْأَلْبَابِ ۝

He gives wisdom to whom He wills, and whoever has been given wisdom has certainly been given much good. And none will remember except those of understanding. [Al-Baqarah: 269]

After going through the verses of Quran above, it becomes clear that, only Allah has given all the knowledge to Mankind through our fore-father Adam (S).

Classification of Knowledge in Islam

- According to Al-Ghazzali (450 A.H), knowledge is broadly classified in Islam into two categories :
 - Religious knowledge
 - Worldly knowledge
- By worldly knowledge it is meant the aspects of knowledge which acquaint man with this universe and with the skills, expertise and professionalism in relation to his worldly living.
- Islam enjoins and encourages acquiring both types of knowledge.
- However, Islam regards religious knowledge more important than worldly knowledge because it is the

knowledge that directly leads man to know his Creator and how to worship Him correctly. And this is the fundamental purpose of creation.

Guideline to acquire Knowledge in Islam

- Islam therefore makes it obligatory on every Muslim (man and woman alike) to seek and acquire knowledge of his religion.
- Even in the religious knowledge, there are certain aspects that are not necessarily obligatory on each and every individual.
- As for the worldly knowledge: Acquiring any aspect of it is not obligatory upon every Muslim on individual basis like religious knowledge but it is obligatory on all Muslims on a collective basis.
- Al-Ghazzali stresses that this aspect of knowledge is a communal obligation and, therefore, every particular Muslim community must make sure that a section of it necessarily acquires each and every aspect of it.
- This necessity according to Al-Ghazzali becomes even more serious if such a discipline has certain indispensable importance and benefit to societal existence. Some important examples in this regard are Medicine, Mathematics, Engineering and the like.
- Any Muslim community which fails to train a section of it in any one aspect of these disciplines could be deemed to have offended Allah collectively.
- It is obligatory upon the Muslim community to get some of its citizen to specialize in all various fields of human endeavors (worldly knowledge):

Psychology
Medicine
Sociology
Education
Economies
Politics, and so on

Al-Qardawi: Book- Ar-Rasul-Waal-Ilm

- Muslims should not therefore, simply consider acquiring or

abandoning these aspects of knowledge as mere matters of free choice but should consider that as a form of (essential) collective obligation among other things.

- This is necessary especially because of the fact that it is these fields/areas of human social sciences that shape and mold the mentality (consciousness) and the life preference of the community/society.
- In Islam, knowledge is sought and acquired for one and only one fundamental aim: It is simply for the sake of Allah.
- It means that one should seek knowledge in order to know Allah and to worship Him correctly and properly.
- Even if the knowledge one seeks is not necessarily religious knowledge, so long as it is knowledge that is beneficial to humanity, Islam approves of it.
- And after acquiring such knowledge he is expected to serve humanity with it, with the aim of getting the pleasure and reward of Allah.
- It does not matter even if he is paid for what he does with his knowledge.
- Therefore the aim of acquiring knowledge in Islam primarily; to conscientize and educate man to be conscious of his duties towards his Creator (Allah), and towards his fellow creatures and his rights upon them.

Halal Rizik:

يَا أَيُّهَا النَّاسُ كُلُوا مِمَّا فِي الْأَرْضِ حَلَالًا طَيِّبًا وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُرْهُوٌّ وَمِيزَانٌ

O mankind, eat from whatever is on earth [that is] lawful and good and do not follow the footsteps of Shaitan. Indeed, he is to you a clear enemy. [Al-Baqara - 168]

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُلُوا مِن طَيِّبَاتِ مَا رَزَقْنَاكُمْ وَاشْكُرُوا لِلَّهِ إِنَّ كُنتُمْ لَعِندَهُ رَاغِبِينَ

O you who have believed, eat from the good [i.e., lawful] things which We have provided for you and be grateful to Allah if it is [indeed] Him that you worship. [Al-Baqara - 172]

Baseline concept

Above discussion clearly indicate our position in this world that:

- We are Khalifa (Representatives of Allah)
- We are Muslim (Servants of Allah)

- By knowledge we are Medical Science Specialist
- We must earn Halal Rizik.

Our Responsibilities

As a Medical Science Specialist (Physician or Surgeon), we have to co-ordinate all these matters in our daily life:

- Practice
- Professional responsibilities
- Family responsibilities
- Social responsibilities
- National responsibilities
- Academic responsibilities
- Upgradation of knowledge
- Research
- Technical upgradation
- Ideological responsibilities

Professional Responsibilities

Professionally we are not escaped from the sight of Allah, He observes everything all the time. So we have to remember our responsibilities always:

- Ethical medical practice and motivation
- Rational use of antibiotics and drugs
- Responsibility to patient & Research
- Technology acquisition & transfer
- Curriculum upgradation &
- Knowledge upgradation

Responsibilities for Family

Like all other people we are also responsible for our spouse, children and parents. From Ideological perspective we must not ignore any one, rather we must train religious practices and ideology to our children.

Social responsibilities

Being a member of the society we must play a positive role for upliftment of the society and as a Physician poor people of our society must get privileged treatment from us.

National responsibilities

As a part of nation, we must act clearly for national Interest, but not against Ideology. We must try our best to provide best possible health care services to all citizen of Bangladesh irrespective of sex, race and religion.

Academic responsibilities

Academically we must acquire knowledge about the modern technologies and advancement of Medical science, by participating in scientific seminars & conferences at home and

abroad. We must also transfer our knowledge to juniors by writing in medical magazines, teaching and practical demonstrations.

Ideological responsibilities

We believe the existence of our creator Allah, and the final day when we will face Him with answer about our responsibilities in this world. So we must be conscious about our duties in various sectors, including believe in the truth from Allah and its propagation to our fellows and other peoples around us.

Professional Misconduct

- Issue of false Certificate
- Earning improper profit
- Abuse of professional knowledge
- Abuse of doctor patient relationship
- Negligence of professional responsibility
- Discloser of confidential information of patient
- Assisting unregistered person in practicing Medicine
- Offenses discreditable to the medical/dental practitioner
- Abuse and share of financial opportunities
- Canvassing, advertising and using false titles

Our Mission

Inna salati wa nusuki wa mahyaya wa mamati lillahe Rabbil Alamin. "We seek the pleasure of almighty Allah through character building and service to humanity"

- To Provide a forum and resources for Muslim physicians and other health care professionals
- To promote a greater awareness of Islamic medical ethics and values among Muslims and the community-at-large
- To provide humanitarian and medical support
- To promote the art and science of medicine and the betterment of public health and to be an advocate in health care policy.

What is our goal by carrier?

- To become Leader
- Ideological leader
- Public leader
- Professional Leader
- Subject Leader

Ideological Leader

Usually difficult for professionals like physician

Public Leader

Possible for a Physician also

After MBBS/Post-Graduation :

- 1) BCS/Govt. Job with posting in own Upa-Zilla
- 2) Give rational health service to people
- 3) Be familiar to the Upa-Zilla people
- 4) Compete in Elections

Professional Leader

It Should be our Aim:

- Join any medical college, may be in private
- BMA and other association election
- BCPS election
- Regular contact with Colleague

Subject Leader

- Join any medical college may be in private or educational institute
- Research and publication regularly
- Join conferences in home and abroad
- Submit abstract in all conferences in home and abroad

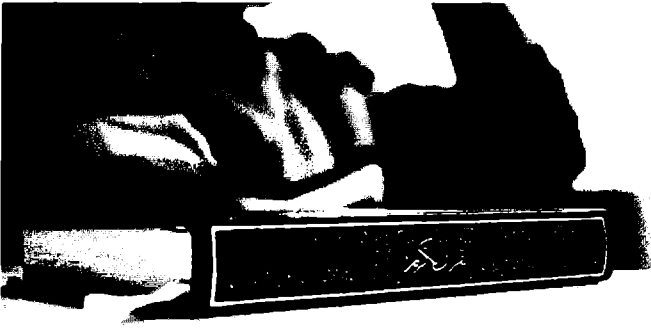
Carrier Not For

- Money earning machine
- Unethical practice
- To become practice leader

Conclusion

- We are Representatives from Allah
- We are servants of Allah
- We must acquire knowledge
 1. Religious knowledge
 2. Worldly knowledge
 3. Professional Skill
- We must Serve the mankind

As a physician/Surgeon our patients to be satisfied with our behavior. We must give sufficient time to understand there problem and to avoid unnecessary investigation. To give correct treatment by minimum possible expenditure.Finally our aim is to satisfy Allah for the success in later life. ■



Islamic education system and How to implement it

Prof. Dr. Omar Hasan Kasule

Crisis of Duality in Education
Systems and Disciplines of
Knowledge

There are 2 parallel and largely
contradictory systems of
education: the traditional
Muslim system and the
imported European system.

Graduates of the 2 systems
speak different languages, use
different terminologies, and
have contradictory and
competing world-views.

Graduates of the traditional
system have limited
understanding or interaction
with the contemporary society.

Graduates of the European
system are generally not well
grounded in the Islamic
sciences and have limited self-
confidence in their Islamic
intellectual heritage and
identity. Duality of the
education system is associated
with duality of knowledge and
its disciplines: the sciences of
religion, *uluum al deen*, versus
sciences of the world, *uluum al
dunia*. The Consequences of the
duality of education and
discipline are divided loyalties,
confusion in the minds of
students, and intellectual

Paper Presented at the 15th International Leadership Training programme
Islamabad Pakistan 01-31st October 1998 by Prof Dr Omar Hasan Kasule,
International Islamic University, Malaysia.

schizophrenia of the *ummah's* educated elite. The following attempts at integration of the 2 systems have been partially successful: (a) introduction of European disciplines at traditional universities such as Azhar (b) introduction of traditional disciplines at modern universities such as the international Islamic universities in Islamabad and Kuala Lumpur (c) Islamic full-time schools in UK, USA, South Africa and other countries. The limited success is due to relative failure to address basic intellectual and conceptual issues to enable development of complete curricula and writing text books reflecting Islamic paradigms. The above attempts have in some ways been a continuing manifestation of duality only this time occurring in one building. Islamization of disciplines of knowledge is presented by this paper as the prescription for the crisis of duality.

The Concept of Islamization
Islamization of knowledge has become a very popular term and has taken on an identity of its own such that the semantics are debated without

dealing with the underlying concepts. Islamization is a process of recasting the corpus of human knowledge to conform to the basic tenets of *aqidat al tauhid*. When we talk about Islamic or Islamized knowledge we should be careful not to imply that there is knowledge that is not Islamic. All true knowledge whatever its kind and source is Islamic. Islamic knowledge has no time or space constraints because Islam is universal being suitable for every place and time.

Islamized knowledge will be for the benefit of all humanity and not monopolized by Muslims. The process of Islamization does not call for re-invention of the wheel of knowledge but calls for reform, correction, and re-orientation. Islamization is an evolutionary and not revolutionary movement. To avoid any further semantic confusion the term 'reform of disciplines' will be used subsequently in this paper.

**Reform of Disciplines:
Characteristics, Vision,
Mission, and Goals**
Discipline reform is the most important item on the agenda

of contemporary Islamization movement. Successful reform must have the following characteristics: pro-active intellectual effort, academically and methodologically rigorous, objective, and has practical consequences. The long-term vision is accelerated growth of objective, universal knowledge that is beneficial to all humanity and allows a harmonious interaction of humans with their physical, social, and spiritual environment. The practical mission is conceptual transformation of the paradigms, methodologies, and uses of disciplines of knowledge to conform to *tawhid*. The immediate goals are to de-Europeanize basic paradigms of existing disciplines and thus change them from being parochial to being objective and universal, reconstruct paradigms of disciplines using Islamic universal guidelines, reclassify disciplines of knowledge, reform the methodology of research, encourage growth of knowledge through research, and inculcate morally correct application of knowledge.

Misunderstandings of the Discipline Reform Program Reform does not imply that all what was in the discipline was un-Islamic. There are many good and true things accepted by Islam in many of the modern disciplines. Reform is not theologizing knowledge since Islam is universal and all-embracing; it does not seek to parochialize knowledge and tailor it to a particular culture or place. The reform we have in mind is of paradigms, methodology and uses of knowledge and not its contents. Content is changing so rapidly that reforming it is clearly futile.

Wrong Approaches to Discipline Reform

The following approaches have been used and have not succeeded because they did not address the core issues of the paradigms and methodology of disciplines: 'Insertion' of Qur'anic verses and hadiths in an otherwise European piece of writing, searching for scientific facts in the Qur'an, searching for Qur'anic proof of scientific facts, searching for Qur'anic scientific miracles, searching

for parallels between Islamic and European concepts, using Islamic in place of European terminologies, adding supplementary ideas to the European corpus of knowledge, and adding Islamic subjects to European school or university curricula. The possibility of discipline reform by spiritual reform of the student, scholar, or researcher has also been suggested at one time or another.

Main Areas of Reform

The following are the main areas in which discipline reform will be undertaken: classification of disciplines, epistemology, and methodology. These will be achieved in an ambiance that emphasizes revival of *ijtihad* and research, motivation to excel in knowledge, and inculcates correct attitudes to the use of knowledge especially science and technology.

Use of the Qur'an in the Reform Process

The Qur'an is very central to the discipline reform process but must be used correctly. The Qur'an is not a text-book

of any discipline although it has data and facts on various disciplines. The Qur'an gives general principles that establish objectivity and protect against biased research methodology. The Qur'an creates a world-view that encourages research to extend the frontiers of knowledge and its use for the benefit of the whole universe

Practical Steps / Tasks of the Reform Process

The following steps must be followed by anyone, individual or teams, involved in the reform process: (a) Grounding in Islamic sciences: basics of *usulul fiqh*, *ulum al Qur'an* and *ulum al hadith*, (b) reading Qur'an and *sunnat* with understanding of the changing time-space dimensions while at the same time knowing limitations of literal reading and interpretations, (c) clarification of basic epistemological issues and relations: *wahy* and *aql*, *ghaib* and *shahada*, *'ilm* and *iman*, (d) Islamic critique of basic paradigms of various disciplines, (e) Islamic reviews of existing text-books and teaching materials to identify deviations from the *tauhidi*

episteme, (f) cumulation of published research, (g) publication and testing of new school text-books, (g) publication of new text-books and other teaching materials, (h) establishment of specialized research institutions, and (i) developing applied knowledge in science and technology from basic knowledge.

The Priorities Among Disciplines

The following is the order of priority for discipline reform: natural sciences, social sciences, humanities, applied sciences and technology, and Islamic sciences. Natural sciences are trend-setters both in the field of methodology and social change. Social sciences will be easier to reform because they have now largely adopted the empirical methodology of the natural sciences. Humanities need to be recast using the Qur'anic methodology of analyzing the growth and decline of human civilizations and societies. Islamic sciences became fossilized over the centuries when *ijthad* was limited; they need a major

revival. They will have to be purged of hellenic, judeo-christian and other influences and will have to be rebuilt directly on the basis of the Qur'an and authentic *sunnat*. These important sciences will have to be approached taking the time-space dimension into consideration.

The challenge: what can you do as an individual?

You must develop commitment to the discipline reform process. You must master your discipline well; you cannot reform or improve what you do not know. If you did not get a traditional Islamic education endeavor to get the minimum essential knowledge of *usul al fiqh*, Qur'an and hadith methodology. Critique your discipline on the basis of *tauhid* and the universal and perennial values of Islam. Orient your research and teaching to Islamization priorities. Write and publish your ideas and experiences. Net-work with others who hold similar views and are engaged in similar endeavours. Teach and inspire others to take up the challenge of educational reform. ■

Bibliography

KNOWLEDGE AND TAJDID:

ABUSULAYMAN, Abdulhamid. *The Crisis In The Muslim Mind*. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1993

BADRI, Malik. *The Dilemma Of Muslim Psychologists*. Muslim Information Center UK 1979

ERFAN Niaz And Zahid A Valie. *Recommendations Of The Four World Conferences On Islamic Education: Education And The Muslim World: Challenge And Response*. Institute Of Policy Studies Islamabad, Pakistan 1995

FAKHRY, Majid. *Philosophy And Dogma In Islam And The Impact Of Greek Thought*. Aldershot, UK: Variorum, 1994

KHAN, M Wasiullah. *Education And Society In The Muslim World*. Islamic Education Series. Hodder And Stoughton/King Abdul Aziz University, Jeddah 1981

MUSLEHUDDIN, Muhammad. *Islamic Education; Its Forms And Features*. Islamic Research Institute Islamabad 1983

SIDDIQI, Mazheruddin. *Modern Reformist Thought In The Muslim World*. Islamic Research Institute Islamabad 1982

BASRI, Ghazali (Ed.) *An Integrated Education System In A Multi-Faith And Multi-Cultural Country*. Kuala Lumpur, Malaysia: Muslim Youth Movement Of Malaysia, 1991

EPISTEMOLOGY:

ANONYMOUS. *Islam: Source And Purpose Of Knowledge: Proceedings Of The Second International Conference Of Islamic Thought On The Islamization Of Knowledge At Islamabad Pakistan, In 1982*. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1988

BAKAR O. *Classification Of Knowledge In Islam: A Study In The Islamic Philosophy Of Science*. Institute Of Policy Research, Kuala Lumpur 1992

NADWI, A Abul Hasan Ali. *Islam And Knowledge*. Oxford Center For Islamic Studies Oxford 1988

RAHMAN, Afzalur. *Quranic Sciences*. The Muslim Schools Trust London 1981

METHODOLOGY

AHSAN MM. *The Islamic Attitude To Social Relations In The Light Of Sura Al-Hujrat Verses 10-12*. The Islamic Foundation 1989

Ali, M. Mumtaz. *Science And Scientific Method: Reflection On Redefinition And Reconceptualization (An Islamic View)*, Sokoto, Nigeria: Islamic Research Center. 1994

ALWANI Taha Jabir. *Usul Al Fiqh Al Islami: Source Methodology In Islamic Jurisprudence*. IIIT Herndon 1990

ASHRAF SA. *The Qur'anic Concept Of History*. The Islamic Foundation Leicester 1985

BROHI, AK. *The Qur'an And Its Impact On Human History*. The Islamic Foundation Leicester 1979

DENFFER, Ahmad Von. *Ulum Al-Qur'an: An Introduction To The Sciences Of The Qur'an*. The Islamic Foundation 1983

HASAN, Suhaib. An Introduction To The Science Of Hadith. London: Al-Qur'an Society, 1994

IBN RUSHD, The Distinguished Jurists's Primer (Bidayat Al-Mujtahid Wa Nihayat Al-Muqtasid) Vol.1 (Tr I Nyazee) Reading, UK: Garnett, 1994

IBN RUSHD, The Distinguished Jurists's Primer (Bidayat Al-Mujtahid Wa Nihayat Al-Muqtasid) Vol.2 (Tr I Nyazee) Reading, UK: Garnett, 1994

KHALIL, Imad Al-Din. The Qur'an And Sunnah: The Time-Space Factor. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1991

MUQIM, Mohammed (Ed.) Research Methodology In Islamic Perspective. New Delhi, Indi: Institute Of Objective Studies, 1994

SIDDIQI, Mazheruddin. The Qur'anic Concept Of History. Islamic Research Institute, Islamabad (Pakistan) 1965

RAHMAN, Fazlur. Islamic Methodology Of History. Islamic Research Institute Islamabad 1984

REFORM OF THE DISCIPLINES OF KNOWLEDGE:

ANONYMOUS. Islamization Of Knowledge. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1989

ANONYMOUS. Towards Islamization Of Disciplines: Proceedings Of The Third International Conference Of Islami Thought On The Islamization Of Knowledge At Kuala Lumpur, Malaysia 1984. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1989

ANONYMOUS. Islamization Of Attitudes And Practices In Science And Technology: Proceedings Of A Workshop Held At IIIT In Herndon Virginia USA In 1987. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1989

ABDULHAMID Abusulayman. The Islamic Theory Of International Relations. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1992

AHMED Akbar S. Towards Islamic Anthropology. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1986

IQBAL M, And Fahim Khan. A Survey Of Issues And Programmes For Research In Monetary And Fiscal Economics Of Islam. Institute Of Policy Studies Islamabad 1989

FARUQI AI, I.R. Social And Natural Sciences. Islamic Education Series. Hodder And Stoughton/King Abdul Aziz University, Jeddah 1981

FARUQI AI, Lamy. Islam And Art. National Hijra Council Islamabad ? Date

EL-NAGGAR ZR The Geological Concept Of Mountains In The Qur'an. International Institute Of Islamic Thought Herndon 1990

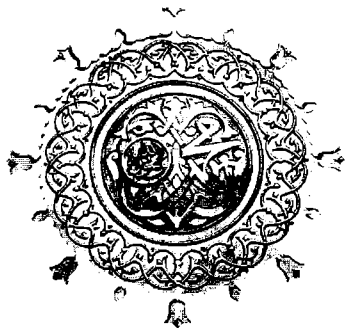
NASR, SH. Philosophy, Literature, And Fine Arts. Islamic Education Series. Hodder And Stoughton/King Abdul Aziz University, Jeddah 1982

SAMI, Muhamad Abdus And Muslim Sajjad. Planning Curricula For Natural Sciences. Institute Of Policy Studies Islamabad 1983

SAWI, Abdul-Jawwad M. AS-. Proposed Medical Research Projects Derived From The Qur'an And The Sunnah. Makkah, Saudi Arabia: Muslim World League Press, 1992

SAUD, Muhammad. Islam And Evolution Of Science. Islamic Research Institute Islamabad 1986

ZINDANI, Abdul-Majeed A. (Etl Al.) Human Development As Described In The Qur'an And The Sunnah. Makkah, Saudi Arabia: Muslim World League Press, 1992



The Medicine of the Prophet: A Message Par Excellence

M. Iqtedar Husain Farooqi

The prophetic traditions contain many mentions of remedies for various diseases...but are these divine revelation or from personal experience?

The traditions (sunnah) of the Prophet Muhammad (may the peace and blessings of Allah be upon him) are rich in advice and instructions on such matters as hygiene, sanitation, and treatment of disease through the use of medication.

Referred to as Al-Tibb Al-Nabawi (prophetic medicine) by Muslims the world over, about 50 prophetic traditions on specific ailments and their remedies have been grouped together under the chapter referred to as Kitab-al-Tibb (the book of medicine) in the well-known collections of Hadith (prophetic sayings) by Bukhari, Muslim, Abu Dawud, At-Tirmidhi, and more.

Also, more than 300 traditions on aspects of hygiene, cleanliness, habit of eating and drinking, etc. find mention in

Dr. Farooqi is a retired scientist/deputy director of the National Botanical Research Institute in Lucknow, India. mihfarooqi@satyam.net.in

these same collections. All these traditions, which number about 400, constitute what is referred to as prophetic medicine, and can be found together in the classic books of Ibn al-Qayyim Aljouzi (8th century Hijrah), Abu Nu`aim (5th century Hijrah), Abu Abdullah al-Dhahbi (8th century Hijrah), and Abu Bakr ibn al-Sani (4th century Hijrah). Most of these original Arabic treatises have been translated into English and other languages.

Islamic Foundations of Well-Being

The Prophet Muhammad (pbuh) laid down the foundation for a social order in which every member of society was advised to maintain a healthy life, physically, psychologically, and spiritually. No aspect of life was to be disregarded. In the opinion of Douglas Guthrie (*A History of Medicine*, 1945), great advances in medicine made by Muslims during the Middle Ages were mainly due to the impact of the traditions of the Prophet Muhammad (pbuh). Guthrie writes, "Had

not the Prophet Muhammad (pbuh) himself said, 'O Servant of God, use medicine, because God hath not created a pain without a remedy for it'. Guthrie failed to quote the source of this important prophetic saying, but it is obvious that he was referring to the famous hadith from Tirmidhi (one of the six most important collections of prophetic traditions).

As a matter of fact, there are several such sayings in which the Prophet (pbuh) laid great stress on medicine and discouraged seeking help through amulets, relics, and charms. For instance, the Prophet (pbuh) once said, "There is a remedy for every malady and when the remedy is applied to the disease, it is cured." This and several such hadiths have been described in Bukhari, Muslim, and Abu Dawud.

Once the Prophet (pbuh) was asked by one of his companions, "Is there any good in medicine?" To this he emphatically replied, "Yes." As a result, Islamic teachings make it the duty of every society or group of people to conduct research and discover the remedy for diseases that

afflict human beings. The concept of incurable diseases is thus alien to Islam.

Changing Age-Old Attitudes

There were several occasions when the Prophet (pbuh) visited the sick, and after enquiring about the ailments advised to take the medicine prescribed from experienced physicians. On several occasions he advised the sick to approach Harith bin Kalda, a well-known Jewish physician of Thaqif (a place near Madinah, Saudi Arabia where the Prophet (pbuh) resided at the time).

On one particular occasion the Prophet (pbuh) visited Sa`d ibn Abi Waqqas who had suffered a heart attack.

When the Prophet (pbuh) placed his hand on the chest of Sa`d he felt great relief, but the Prophet (pbuh) cautioned him and said, "You've had a heart attack and therefore should consult Harith Bin Kalda, who is the expert physician." It is these and many other similar occasions that greatly changed the attitude of the Arabs towards diseases. Arabs, during the pre-Islamic period, depended

mainly on invoking supernatural aid or different deities for the treatment of disease.

The Prophet Muhammad (pbuh), realizing the consequences of infectious epidemics, advised his companions that, "When you hear about a break of plague in any area, do not enter there and when it has broken in a land where you are, then do not run away from it (and thus spread it elsewhere)." On the basis of this hadith, Muslims considered precaution and vigilance against infectious epidemics as the command of God.

The Prophet (pbuh) also opposed charms and incantations as a form of remedy for diseases. On some occasions, however, when physical remedy (medicine) was not available, he allowed, mainly for psychological reasons, the recitation of an incantation that has definite meaning. He also declared the victims of epidemics such as cholera and the plague as martyrs. This was a great consolation for those who suffered from it and realized the fatal consequences.

The Prophet (pbuh) always



cautioned physicians to take extreme care in treating their patients and warned those not well-versed in the skill of medicine not to attempt treating the ill lest they might be held responsible for any complications. Quackery is, therefore, forbidden in Islamic medical ethics.

The Prophet Muhammad (pbuh) advised his followers to always care for their health, and whenever they were ill, whether seriously or otherwise, consoled them and told them not to feel that they were victims of the wrath of Allah. "Disease," he said, "is not the wrath of Allah, because Prophets also suffered great pains, much greater than ordinary people."

Imagine what a solace these sayings would have provided to the followers of Islam.

Hope as Medicine

There are many Prophetic hadiths in Bukhari, Muslim and others that show that people were accustomed to go to the Prophet (pbuh) regularly and tell him about their ailments. He would advise them to resort to medicine first and then pray to God to get rid of the disease. On several occasions he would himself suggest certain medicines. For instance, in case of loss of appetite he frequently advised his followers to take talbina, a preparation made from barley. For constipation

he used to recommend the use of senna.

He was also in favor of regular use of honey for keeping fit. Similarly, for different ailments he would advise the use of olives, black cumin, chicory, endive fenugreek, ginger, marjoram, saffron, vinegar, and watercress. Hadiths on these medicines and others show the concern of the Prophet (pbuh) for the welfare and good health of his followers. For even apparently small matters like drinking water, eating food, and keeping clean and tidy he also gave advice. He is noted to have said, "Cleanliness is half of faith." Some of the hadiths on black cumin, senna, and watercress are very thought provoking. For instance, the Prophet (pbuh) is reported to have said that, "Black cumin is a remedy for every disease except death." The Prophet (pbuh) expressed similar views on the efficacy of senna and cress.

The style and language of these hadiths are a clear indication of the fact that the Prophet (pbuh) placed great stress on medicines. These hadiths also put emphasis on

confidence building of the ill towards their diseases and agonies suffered. Very rational advice was given that none should be disheartened by the intensity and duration of the disease because remedies have been provided by nature. They were also advised not to be afraid of impending death.

Once during the time of the Prophet (pbuh), a person committed suicide as he could not bear the agony of his disease. The Prophet (pbuh) condemned the act and refused to participate in the last rites. Thus, hopelessness, despondency, dejection and frustration on account of serious disease and pain are against the spirit and tenets of Islamic medical ethics, as shown by the tradition of the Prophet (pbuh).

Charms and Incantations: A Thing of the Past

There are several authentic hadiths, according to which people were said to come to the Prophet (pbuh) for spiritual remedies for their illnesses and that of their kith and kin. The Prophet (pbuh), of course, prayed for them, but only after suggesting

remedies in the form of medicines. Often he would advise the patients to consult the best physician in the area. On one occasion a lady came to the Prophet (pbuh) with her child who was bleeding because of a throat infection. He admonished her and advised her to treat the disease by using the extract of costus and pseudo-saffron. Similarly, once his wife complained of an abscess on her finger. The Prophet (pbuh) suggested an application of sweet flag on the fingers and then asked her to pray to Allah for recovery. There was also an occasion when a scorpion bit the Prophet (pbuh) himself. He immediately asked for hot water to which salt was added. The hot solution was poured on his bitten fingers while he recited Qur'anic verses.

These occasions and Prophetic hadiths led Muslims to believe in the rationale of using medicine rather than resorting to charms and incantations. On several occasions he exhorted them not to depend on supernatural methods of healing. He is also reported to

have said, "charm is nothing but a work of Satan."

The Human Prophet

Although the Prophet (pbuh) on one hand gave suitable advice to his followers on earthly affairs when such situations were brought to his attention, on the other hand he tried his best to create confidence in themselves so that they could act according to their own experience and opinions. Once, while withdrawing his advice given earlier on the cross pollination of date palm he said, "Whenever I command you to do something related to religion, do obey. And if I command you something about earthly matters, act on your own (experience) and (do remember) I am a human being."

Putting Prophetic Medicine Into Perspective

In recent years, several books on prophetic medicine have been published, particularly in India and Pakistan, which do not project the true essence of the Prophet's message. For instance, the author of a recently published book entitled *Tibbe Nabwi Aur*

Jadid Science (Prophetic Medicine and Modern Science), claims that Prophetic treatment of heart attack by eating seven dates, as was suggested to Sa`d ibn Abi Waqqas, should still be preferred over modern bypass surgery for the disease, provided people have faith in the treatment of the Prophet (pbuh). The learned author failed to understand that the Prophet (pbuh), while suggesting to Sa`d to take dates as temporary relief, also advised him to consult the expert physician Harith bin Kalda for treatment.

As a matter of fact, it is not desirable to consider the Prophet's traditions on medicine as similar to the prescription of a physician. In this connection, the opinion of Ibn Khaldun (14th century AD) is highly relevant and realistic. He says, "The Prophet's mission was to make known to us the prescription of the Divine Law and not to instruct us in medicine of the common practice of ordinary life" (Muqqaddima). In his opinion, even very authentic hadiths cannot be taken as a mere medicinal prescription,

which is the duty of an experienced physician.

He says, however, that "with sincere faith, one may derive from them [hadiths] great advantage though this forms no part of medicine as it is properly called." To emphasize his point of view, Ibn Khaldun refers to occasions when the Prophet (pbuh) tried to create confidence in his followers by advising them to take their own judgments in worldly affairs.

Prophetic medicine is a message par excellence. It is an advice to keep a healthy body and soul and to have faith in both physical and spiritual treatment. It is a command to us to strive hard to find newer medicines and newer remedies. It is a warning to those who consider diseases as the will of God for which no remedy is needed.

It is an admonition for us to keep away from so-called spiritual treatment based on superstitions like sorcery, amulets, and charms. ■

Source:

<http://www.onislam.net/english/health-and-science/faith-and-the-sciences/441578-the-medicine-of-the-prophet-a-message-par-excellence.html>

Medieval Islamic Hospitals & Medical Schools

Hossam Araf, David W. Tschanz

Medieval Islamic civilization focused a great deal of attention on developing the medical arts. A key aspect was the development of hospitals and medical schools throughout the period. The ailing saw hospitals, individually called bimaristan (asylum of the sick), as a place where they could be treated and perhaps cured by physicians.

Medical practitioners saw the bimaristan as an institution devoted to the promotion of

health, the curing of diseases and the expansion and dissemination of medical knowledge.

Medical schools and libraries, where senior physicians taught the students medical techniques and how to fully apply their knowledge when dealing with their patients, were attached to the larger hospitals. Hospitals set examinations for their students, and issued diplomas.

The bimaristan was, in short, the cradle of Islamic medicine

David W. Tschanz is a medical/military historian currently based in Saudi Arabia. He is also an epidemiologist, web developer, computer systems engineer, editor and demographer. Desertwriter1121@yahoo.com

and the prototype upon which the modern hospital is based. These institutions were not only critical to the dissemination of medical learning, but formed the basis for hospitals and medical schools as we know them today.

By the 11th century there were even traveling clinics which were staffed by the hospitals. These clinics brought medical care to those too distant or too sick to come to the hospitals themselves. Early Islamic medical facilities could be subdivided into mobile dispensaries, first aid centers and permanent hospitals.

Mobile Dispensaries:

The idea of a mobile dispensary dates back to the time of the Prophet Muhammad (pbuh). During the Ghazwah Khandaq (the Battle of the Ditch) a separate tent was erected for the wounded. When Sa'id bin Mu'az was wounded and one of the blood vessels in his arm was injured, the Prophet ordered that he should be kept in the tent so that he could personally look after him.

Later caliphs and rulers developed and extended these "MASH" units into true traveling dispensaries complete with doctors and pharmacists. Their mission was to meet the needs of outlying communities that were far from the major cities and permanent medical facilities.

By the reign of the Seljuq Turkish Sultan Mohammed Saljuqi, the mobile hospital had become so extensive that its equipment needed forty camels to transport it.

Permanent Hospitals :

The first Muslim hospital, a leprosarium, was constructed during the time of Waleed bin Abd-al Malik. Physicians appointed to this hospital were provided with large properties and salaries. Patients were essentially confined to the facility because of the contagious nature of their disease, but were granted stipends (just as the blind received) in order to care for their families. Harun al-Rashid established the first general hospital, in the modern sense of the term, in Baghdad in about 805. Within a decade or two, 34

more hospitals had sprung up throughout the Islamic world, and the number grew with each passing year. In Spain, Cordoba alone had fifty major hospitals. Some of those hospitals were reserved for

the military and had their own special doctors. These doctors supplemented the special doctors who were attending to the caliphs, the military commanders, and the nobles.

There were also separate hospitals for convicted prisoners. A doctor examined the prisoners every day and they were provided with the necessary facilities for treatment. The Wazir 'Ali bin Isa bin Jarah bin Thabit wrote to the chief medical officer of Baghdad saying that, "I am very much worried about the prisoners. Their large numbers and the condition of prisons make it certain that there must be many ailing persons among them. Therefore, I am of the opinion that they must have their



The bimaristan was, the cradle of Islamic medicine and the prototype upon which modern hospital is based.

own doctors who should examine them every day and give them, where necessary, medicines and decoctions. Such doctors should visit all prisons and treat the sick prisoners there."

Other hospitals were open to all who needed them on a 24-hour basis. Some only saw men or women, while others cared for both in separate wings, but with duplicate facilities and resources. Hospitals were subdivided into various departments including: systemic diseases, ophthalmology, surgery, orthopedics and mental diseases.

The department of systemic diseases, equivalent to the modern department of internal medicine, was usually further subdivided

into sections dealing with fevers and digestive troubles. Larger hospitals had more departments and different subspecialties.

Every department had an officer-in-charge and a presiding officer, in addition to a supervising specialist. There was a superintendent, called a sa'ur, who was responsible for overseeing the management of the entire institution.

Hospitals were staffed with a sanitary inspector who was responsible for assuring that cleanliness and hygienic practices were maintained. In addition, there were accountants and other administrative staff to assure that hospital conditions -- financial and otherwise -- met established standards.

Physicians worked fixed hours during which they were expected to see the patients that came to their departments.

Every hospital had its own staff of licensed pharmacists (saydalani) and nurses. Medical staff salaries were fixed by law and compensation was distributed at a high rate.

Hospitals, like all medical

care, were free and available to all -- rich or poor; foreigner or resident; commoner or nobleperson. Physicians staffed outpatient clinics where less serious cases were given prescribed medicines to be taken at home. Serious cases requiring regular attention and supervision were admitted to the hospital. Inpatients were issued hospital wear from a central supply area while their own clothes were kept in the hospital store.

If a patient was taken to the hospital ward, he would find a bed with clean sheets was ready for him. The course of treatment prescribed by the doctor began immediately upon arrival and the hospital rooms and wards were neat and tidy with an abundant supply of water.

Patients were placed on a fixed diet, depending on their condition and disease. The criterion of sound health (following recovery from illness) was that the patient was able to ingest an amount of bread, normally taken by a perfectly healthy person, with the roasted meat of a whole bird at one time.

If he could easily digest it, he

was considered perfectly recovered and healthy and was released. Patients who were cured of their maladies but considered too weak to discharge were transferred to the convalescent ward until they were healthy enough to leave. Where applicable (e.g. the poor), patients were given new clothes along with a grant of money to aid them in establishing a livelihood.

First Aid Centers:

In addition to the permanent hospitals discussed above, cities and major towns also had first aid centers. These acute care centers were typically located at busy public places, such as large mosques.

Maqrizi described one such facility in Cairo saying, "Ibn-e-Tulun, when he built his world-famous mosque in Egypt, at one end of it there was a place for ablutions and a dispensary also as annexes. The dispensary was well equipped with medicines and attendants. On Fridays there used to be a doctor on duty there so that he might attend immediately to any casualties on the occasion of this mammoth gathering."

Medical Schools & Libraries:

One of the major roles of the hospitals was the training of physicians. Each hospital had a large lecture theater where students, along with senior physicians and the senior medical officers, would meet and discuss medical problems...seminar style. As training progressed, medical students would accompany senior physicians to the wards and participate in patient care, much like a modern day residency.

Training culminated in the application for a license to practice medicine.

Candidates had to appear before the region's government appointed chief medical officer. The first step required writing a treatise on the subject in which the candidate wanted to obtain a certificate of proficiency. The treatise could be an original piece of research or a commentary on existing texts, such as those of Hippocrates, Galen and, after the 11th century, those of Ibn Sina.

Candidates were encouraged to carefully examine these earlier works for errors. This emphasis on empiricism and



Egypt's Ibn Tulun Hospital had library comprising of 1,00,000 books on various branches of medical science in the 14th century, when Europe's largest library, at University of Paris consisted of a mere 400 volumes.

observation, rather than a slavish adherence to authorities, was one of the keystones of the medieval Islamic intellectual ferment. Upon completion of the treatise, the candidate was interviewed at length by the chief medical officer and questioned on all the relevant problems of his prospective specialty. If he succeeded in giving satisfactory answers he was licensed to practice medicine. Another key aspect to the hospital, and of critical importance to both students and teachers, was the presence of extensive medical libraries. Egypt's Ibn Tulun Hospital had a library comprising of one hundred

thousand books on various branches of medical science in the 14th century, at a time when Europe's largest library, at the University of Paris, consisted of a mere 400 volumes.

Hospitals in Islamic History

The first known hospital in Islam was built in Damascus in 706 A.D. The capital of the Islamic caliphate empire kept changing from one dynasty to another. In each capital, an important medical center developed. Thus, by the end of the 13th century, there were many medical centers spread throughout the Islamic world. As this is an expansive subject in history, Space does not allow the description of all the hospitals built throughout these centuries. We, therefore, have chosen some of the important institutions, which will be described according to the region where they were developed in.

Damascus: The first known hospital in Islam was built in Damascus in 706 A.D. by the Umayyad Caliph, Al-Walid (Hamarneh, 1962). The most important hospital built in Damascus in the middle ages was named An-Nuri Hospital, after King Nur Ad-Din Zinki in 1156.

This hospital was built during the Crusades War, hence the importance of it being built was to fulfill a need for a well-equipped and well-staffed hospital. It turned out to not only be first class in care, but the hospital also was an excellent first class medical school. It is important to understand why books were expensive and limited in number in the middle ages.

This was because they were hand-written and because printing was not, in process, used until the middle of the 15th century. Books were hand-written and thus expensive and limited in number. The king donated a whole

library rich in medical books to the hospital. The hospital adopted medical records, probably being the first in history. From its medical school, many eminent physicians graduated, for example Ibn Anl-Nafis, the scholar who discovered the pulmonary circulation system. The hospital served the public for seven centuries and parts of it still exist today.

Jerusalem: In 1055 A.D., the Crusaders built Saint John's Hospital. By the end of the 11th century, it expanded to such an extent to include a hospital, a palace for knights, and a convent for the nursing sisters. The medical activities of the hospital were tremendous because of the large number of daily

Ash-Sham at that time included what is known now as Syria, Lebanon, Jordan, and Palestine., Damascus and Jerusalem were the important cities.





A figure depicting a Muslim physician during a treatment. Serefeddin Sabuncuoglu, *Cerrahat al-Haniyye*, Millet Library, Ali Emiri Tip, p. 79.

admissions of patients, pilgrims, and wounded soldiers.

After the liberation of Jerusalem by Salah ad-Din in 1187 A.D., the hospital was renamed, changed into Al-Salahani Hospital. He expanded the hospital, which continued to serve the people until its destruction by an earthquake in 1458 A.D.

Iraq and Persia

Baghdad: In 750 A.D., Baghdad was elected and built to be the capital of the Abbasid dynasty by the Caliph Abu-Jaifar Al-Mansur. In 766 A.D., he assigned the dean of the medical school of Jindi Shapur, Judis Ibn-Babtishu', to be the court physician and establish hospitals

proportionate to the glory and prosperity of Baghdad.

When Harun Ar-Rashid followed (786-809 A.D.), he ordered the grandson of Ibn-Babtishu and his court physician, Jibril, to build a special hospital named Baghdad

Hospital. This hospital developed into an important medical center. One of its chiefs was Al-Razi, the eminent internist.

In 918 A.D., the Caliph Al-Mujgtadir built two hospitals in Baghdad. One was on the east side of the city, which he named Asl-Sayyidah Hospital, after his mother. The other was on the west side of the city, which he named, Al- Mujgtadiri Hospital, after himself.

Another important hospital was named Al-Adudi Hospital. It was built in 981 A.D. after King Adud Ald-Dawlah. It was the most magnificent hospital built in Baghdad before modern times. It was built at the request of the Caliph, who

wanted to outdo his predecessors.

It was furnished with the best logistical equipment and supplies known at the time. It had interns, residents, and 24 consultants attending its professional activities. Haliy Abbas, who wrote the famous book *Liber Regius* (Al-Malaki), was a member of staff. It was destroyed in 1258 when the Mongols, led by Holagu the grandson of Genghis Khan, invaded Baghdad.

North Africa

Egypt:

Al-Fustat: In 872 A.D., Ahmed Ibn-Tulun built a hospital called Al-Fustat Hospital in the city Al-Fustat, which is now Old Cairo. It served the growing Cairo population for six centuries. It was divided into separate wards. On admission, the patients were given special apparel while their clothes, money, and valuables were stored until they were at the time of their discharge.

Cairo: In 1284 A.D., King Al-Mansur Qalawun built the famous and important hospital named Al-Mansuri

Hospital. The story behind its construction is interesting. King Al-Mansur Qalawun was an officer in the Muslim army fighting the Crusaders. While in the Holy Land, he fell sick and was admitted to An-Nuri Hospital.

On recovery, he vowed that if he ever became the ruler of Egypt, he would build a great hospital in Cairo, even more magnificent than An-Nuri Hospital, for, the sick, poor, and rich alike. At the inauguration ceremony, he asked for a cup of lemonade from the fountain, which was normally filled with water. After drinking it he declared that by taking it, he was signifying that the hospital was serving all people from the king to the least of his subjects. (Hamarneh, 1962). This was the best hospital built at that time as reported by the contemporary travelers and historians of that time such as Ibn-Battuta and Al-Kalkashandi. It was divided into different sections according to medical ailments for different diseases. Music therapy was used as a form of therapy treatment for psychiatric patients.

It served 4,000 patients daily and the patient's stay in the hospital was free. Moreover, on his discharge, the patient was given food and money for compensation for being out of work during his hospital stay. Al-Mansuri Hospital has served Cairo for seven centuries since its opening has been built. It is now used for ophthalmology and renamed Qalawun Hospital. Its magnificent ancient door is preserved in the Islamic Museum of Cairo.

Tunisia: In 830 A.D., Prince Ziyadat Allah I, built Al-Qayrawan Hospital in a district of the Qayrawan city called Adl-Dimnah.

Subsequently all hospitals in Tunisia were called Dimnah instead of Bimaristan as they were called in the East, which is a Persian word meaning a hospital. The Qayrawan Hospital was characterized by spacious separate wards, waiting rooms for visitors patients, and female nurses from Sudan. The hospital also had a prayer hall.

Morocco: In 1190 A.D., The

king Al-Mansur Ya'qub Ibn-Yusuf built a hospital in the capital city, Marakesh, and named it the Marakesh Hospital. It was a huge hospital beautifully landscaped with fruit trees and flowers. Water entered all the sections through aqueducts.

Patients were provided with special apparel: one for winter and another for summer. The pharmacy was taken care of by specialists called the Saydalah and there was an expensive private section where each patient was charged what is equivalent today to \$1,501 a day. One thousand years ago, this fee was quite expensive.

Andalusia : In 1366 A.D., Prince Muhammad Ibn-Yusuf Ibn Nasr built the Granada Hospital in the city of Granada, which had a population of expanded to half a million population. The hospital represented the beauty of Islamic architecture in Spain and served the people until the fall of Granada in 1492 A.D ■

Source: http://www.onislam.net/english/health-and-science/faith-and-the-sciences/423123-hospitals-in-islamic-history-.html?the_Sciences=

Why Patients Go Abroad?

Dr. Abu Hena Abid Zafr



Ehsan Sadeq, a worker at a private bank, has managed to scrape together Tk 60,000 from his savings to go to India next month for treatment of his six years old son Rudra, who is suffering from a neurological problem. It wasn't his first

thought when he discovered his son was ill. Ehsan consulted country's four leading neuromedicine specialists and got treatment at government hospitals, but not to his satisfaction. Now, after taking the advice of his colleagues in the Bank and

The writer is the Medical Director of Crescent GastroLiver & General Hospital and may be reached at abid_zafir@yahoo.com

friends, he decided to join the tens of thousands of Bangladeshis who travel abroad each year in search of expert medical care.

Every year a large number of patients from Bangladesh go overseas to seek medical treatment and they spent in the tune of about taka five million every year. This represents a huge drain of the national resources. Despite the expansion of high-end health services in Dhaka medical tours of wealthy and middle class Bangladeshis continue to rise.

The main countries where Bangladeshis obtain hospital services include Thailand, Singapore and India. That, the number of medical visas granted to Bangladeshi's by India, Thailand and Singapore all increased in recent years. In 2007 around 45,000 Bangladeshi patients went to India, 15,000 to Bangkok, 4,000 to Singapore and another 5,000 to other countries for medical treatment. Thailand's Commercial Counselor to Dhaka said 15,000 patients went to Thailand from Bangladesh in 2007. This compares with 13,500 in 2006

and 11,000 in 2005. An official of the Singapore Consulate in Dhaka informed approximately 5,000 patients went from Bangladesh in 2007, up from 4,500 in 2006 and 3000 in 2005.

Businessmen and other executives prefer foreign treatment as they have yet to gain confidence in the standard of local medical services.

Let's be realistic, it's no secret that there is a strong sense of distrust towards the medical system in Bangladesh, the frequent stories of malpractice that people hear about through the print or electronic media or the gossip has added to the general public's lack of confidence in the health care system. The inception of corporate hospitals, with their foreign five-star-hotel-like ambiance has attracted a lot of attention, but has not quite dispelled the general skepticism regarding health care in this country, no matter how glossy the presentation is. Those who can afford to, a stark minority of the population, go abroad for treatment, while the less fortunate are forced to be

content with the often (?) inefficient health care available in the country. Under the above circumstances, assessment of the country's quality of health care service has become imperative, where patients' voice explaining their wants and expectations can play a greater role. Hospitals in the developed world recognize the importance of delivering patient satisfaction as a strategic variable and a crucial determinant of long-term viability and success. Consequences of patient dissatisfaction can have serious ramifications— e.g. patients are unlikely to follow treatment regimen, may fail to show up for follow-up care and in extreme cases, may resort to negative word-of-mouth that can dissuade others from seeking health care services from within the country or persuade them to seek it abroad.

Despite recent developments in Bangladesh healthcare sector, there is still great concern about the quality of healthcare services in the country. The overall quality is better in the foreign hospitals compared to that in the private hospitals in Bangladesh in all factors, even the 'perceived cost' factor. These short-falls provide insight into the specific factors of the quality of hospital services that need to be addressed to ensure healthcare services of int'l standard which may halt healthcare tourists. In Bangladesh, the government has begun to strategically integrate the health sector into its poverty reduction plan. An unhealthy nation is destined to perpetuate a vicious cycle of poverty. Improving the health and longevity of the poor is an end in itself, a fundamental goal of

Total Number of Medical Tourist Visits

country	2002	2004	2005	2006
Singapore	2,10,000	3,20,000	3,74,000	4,10,000
India	1,00,000	1,50,000	1,85,000	2,35,000

Today's customers of health care services in developed countries are being driven by greater levels of information available to them. These buyers are therefore more discerning, knowing exactly what they need.

Communication is vital. If a patient feels alienated, uninformed or uncertain about her health status and outcome, it may affect the healing process. When patients are consulted regarding the type of care they will be receiving, it can alleviate their feelings of uncertainty, also patients' awareness is heightened and they are better sensitized to expected outcome.

Appropriate communication and good rapport can, thus, help convey important information to influence patient satisfaction.

Bangladesh's health care system is a far cry from this school of thought. It is true that in our current system, doctors do not communicate extensively with the patients. This aspect of doctor-patient relationship needs serious improvement. Patients expect doctors and nurses to communicate clearly and in a

friendly manner regarding laboratory and other test results, diagnosis, prescriptions etc. Similarly, nurses are expected to understand patient's problems and to communicate them to the doctor properly. Most patients feel that doctors often leave them in dark by not explaining things. Whether or not the patient understands the medical terminology, it is important to clearly explain the situation for them to feel more involved and informed. Sometimes doctors find it easier not to go into details. But this attitude causes patients to distrust us. It is important for the physician to treat the patient with humble respect, and only then will patients start to trust the system.

Most of the reputed physicians in the country serve multiple hospitals including a posting in public set ups, they are incapable of giving due time and attention to patients. Long waiting time and insufficient consultation time are key factors contributing to patient dissatisfaction. And there is

accusation that doctors recommend unnecessary medical tests. The mushroom growth of pathological laboratory in the country has compromised with the poor, often inaccurate test results. Health care providers' empathy and understanding of patients' problems and needs can greatly influence patient satisfaction. Patients desire doctors to be attentive and understanding towards them. Similarly patients expect nurses to provide personal care and mental support to them. Patients expect hospital staff to respond promptly when needed. They also expect the required equipment to be available, functional and able to provide quick diagnosis of diseases. Knowledge, skill and courtesy of the doctors and nurses can provide a sense of assurance that they are in the safe hands. Assurance is embodied in service providers who correctly interpret laboratory reports, diagnose the disease competently, provide appropriate explanations to queries, and generate a sense of safety. Nurses also play an important part in providing

additional support to patients' feelings of assurance by being well-trained and by addressing their needs humbly, but the dearth of nurses is a real problem in Bangladesh today imposing serious constraints on health service delivery. Currently there are only eleven nurses for 100,000 people in Bangladesh compared to 94 in India and 103 in Sri Lanka. There is a general notion in Bangladesh that people entering the nursing profession usually come from the lower socio-economic strata. Coming from their world of struggle, their attitudes may be difficult to change. The nursing profession should be accorded more social status to attract others, especially from the upper strata to provide this vital service. This might be accomplished by offering a higher salary, fringe benefits, free technical and behavioral training, free placement of their services in the country and abroad, and promoting their role and status. Almost every hospital, emergency room, surgery center etc. has a lot of over-worked, over-stressed, underpaid people



Communication and good rapport can, thus, help convey important information to influence patient satisfaction

working in all areas (radiology, nursing, surgery staff, surgeons, doctors) and this leads to poor care and mistakes.

Medical tourism isn't a new phenomenon. As early as the 1970s, wealthy Americans and Europeans were known to slip away to Brazil for the occasional nip and tuck. But over the past 10 years, the game has begun to change dramatically.

The phrase 'medical tourism' was once used to describe early retirees jetting in to Bangkok or Bangalore to have a little work done before recuperating on the beach.

That image doesn't jibe with the numbers today. As many as half a million Americans streamed abroad last year in search of affordable alternatives for hip replacements or prostate surgery. They went because 47 million Americans lack insurance and can't pay for surgery to fix a bad back or clogged arteries. They're fleeing a system that is by far the most expensive in the world and growing more so, with diminishing quality of care. Most American patients venturing abroad either lack decent insurance or want operations that their insurers

and employers won't cover. A journey to Bumrungrad was hardly a descent into some third-world medical hell. It was arguably a world-class hospital even before it became a world-famous one. Administrators have spent the past 15 years acquiring state-of-the-art technology, wooing Thai doctors abroad to come home. Bumrungrad replaced its paper records with an all-digital system very recently. Even before arriving, patients can trade phone calls and emails with doctors. The hospital's outpatient clinic is more stylish than the bar at a five-star hotel. Arrivals from Asia or the Middle East have separate floors to make them feel at home. The ratio of nurses to patients is almost 1:1. Doctors in Thailand and India are arguably out-dueling their western counterparts when it comes to better care. But they are in a business at the end of the day. Health care, in their mind, is not necessarily a social compact nor a universal right, but a quality product to be packaged and sold at a sensible price. Medical

tourism as we see is already giving way to 'globalized health care'. Like Bumrungrad says, 'we were a Thai hospital serving a Thai community, now we are an international hospital that just happens to be in Thailand'. This unusual blend of tourism and medicine doubled last year globally, with roughly 1.5 million Americans heading abroad for medical care in 2008, generating the majority of the privately owned hospital's revenue. Hospitals in Thailand, S'pore and India have led the way, marketing heavily to international patients. Bumrungrad, a pioneering hospital in this sector, wraps its patients in a comfortable bubble of butler service, oriental rugs and marble floors – a 'five-star experience', with attentive service, personal chefs, massages and haircuts. Physical evidence is very important to patient's judgment. Generally, good appearance of the physical facilities, equipments, personnel and written materials create positive impressions. A clean and organized appearance of a

hospital, its staff, its visually appealing premises, restrooms, equipments, wards and beds can influence patients' impressions about the hospital. However, in Bangladesh, most of the hospitals/clinics are lacking in many of the above attributes, thereby attenuating patient satisfaction.

An orderly management of the overall health care service constitutes patients' expectation that doctors will maintain proper visiting schedules and that there will be structured visiting hours for relatives, friends etc. Updated patient records and standard patient release procedures also facilitate patient care. The practice of paying '*Baksheesh*' is an indication of process failures that sometimes go out of control.

Foreign hospitals are rated highest on all service dimensions. Unless this perception is matched by local hospitals, foreign exchange losses can be substantial as patients in large volume will continue to seek care abroad.

It is for this reason that affiliation with foreign

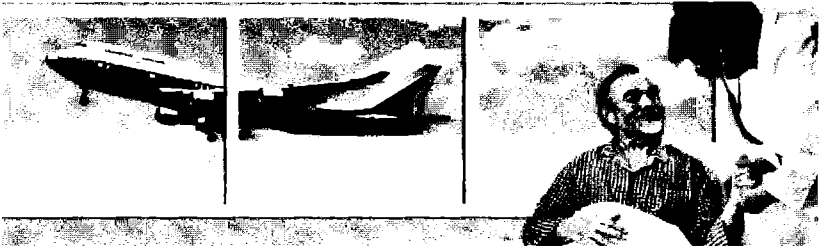
hospitals may help to change the scenario. The newly built corporate hospitals trying very hard to take health care in Bangladesh to new heights by creating partnerships with different hospitals abroad, USA, Vellore, India, Singapore and Bangkok, in order to provide not only better health care in terms of cutting edge technology and facilities, but also the option of getting a second opinion from any one of these foreign affiliations without leaving Bangladesh. Patients who go abroad for check-ups can follow up by having their blood test results sent by DHL and images such as X-rays and scans sent via internet to any of these health care facilities. In addition, there is telemedicine facility for patients in Bangladesh who wish to consult physicians or specialists in any of the partner hospitals. This makes it possible for the patient to get an unbiased and experienced second opinion. This means Bangladeshi patients are getting treatment directly under foreign doctors, surgeons. But there are also concerns that the new high-

end hospitals being built in the capital are too expensive, on occasions out pricing India and even Thailand. An executive checkup (including chest X-ray, ECG, blood test and tests for blood pressure and diabetes) costs around Tk 18,000 in Dhaka but is just Tk 15,000 in many Indian and Bangkok hospitals. Bypass surgery at different high-end hospitals in Dhaka costs over Tk 2 lac 50 thousand, while it can be conducted at below Tk 2 lac in Indian hospitals, *(such comparisons may be misleading, as it is very difficult to judge care levels or the skills of the medical staff involved)*.

The cost of services is important to the users of public hospitals but not to the users of private or foreign hospitals. To the latter (usually from the upper strata), cost may not be as important as is service quality, lacking which they go overseas. Much of the country's foreign exchange is being siphoned to foreign hospitals that are costly but better on service features. Some economists have hailed the huge investment in our health care sector as the central pillar of a

postglobalization economy built around services. In their views, hospitals and their support system of doctors and administrators have been, and will continue to be, the greatest creator of domestic jobs. They have successfully attracted both medical and administrative staff from outside the country.

As a least developed country we may lack some of the very latest medical advancements, like *daVinci* robotic surgery, cyber knife, trans-myocardial laser revascularization, PET imaging etc. But patients do not travel to avail these exotic facilities, it is often combined with the lure of visiting luxurious vacation spots, some office or business tours, shopping in upscale malls, its beaches, and the bustle of Bangkok. This is how it begins – with a crying need, with curiosity, and with the desire to see a places like Bumrungrad, Mt Elizabeth, Vellore, Mumbai, Bangkok or Sentosa with one's own eyes. As in every summer millions head to these lands for vacation, adventure, tourism, or just a beautiful beach. A growing number of tourists



are doing just that, combining holidays with health care. Some treat it as social status. Sometimes it is the kidney transplant or the hip surgery or a multiple bypass or a facelift, oncology or neurology, cosmetic surgery or infertility treatment – where outcomes are very uncertain.

If the quality of service and environment show little signs of improvement, I believe, a large number of these patients who can afford will not go to foreign hospitals. Because it involves huge financial costs and cumbersome processes in getting visas, obtaining foreign exchange, arranging for transportation, accommodation and food, and finding the right service providers etc. The truth is that no hospital, no matter where in the world we go, will be 100% accurate – not even in the United States (as

many as 98,000 people die each year in US hospitals due to preventable mistakes alone, more than those who fall to AIDS, breast cancer and car crashes combined). What we should try to do is, cordial service, in a fast, efficient way where quality is kept, efficiency is gained, and prices don't go up?

Do you end up sending your 80-year-old mother to India when she has never been sent outside of a 50 mile radius from home? You're going to put her on a plane and ship her to a hospital where they don't understand her language or culture and where conditions may be uncertain? Patients sometimes come back with horror stories about language barriers or the cultural shock of getting cushy treatment. Yet another beneficiary is the middlemen assisting in the care and feeding globalization's newest

nomads. Travel agents aren't the only ones alluring patients abroad with big discounts, already companies have emerged as one-stop shops for curious patients by offering a service that's partly quality control, partly travel agent – all-inclusive package deals with airfare, hotels, a medical case manager, and even the cost of the care itself. Sometimes they are sophisticated fraud, and they are very unscrupulous, and they cheat. Going overseas for medical/dental work is a added risk of catching Hepatitis. But for all the confidence expressed by the leadership of the new local hospitals, many Bangladeshi patients would prefer to stay at home to avoid costly and troublesome trips to neighboring countries, because in addition to the treatment patients have to pay travel and hotel expenses, including those of the person accompanying them.

At the end of the article we put some recommendation which might ensure that more and more patients stay in Bangladesh for medical treatment:

For a service that is largely credence based we contend that improving medical care in Bangladesh requires attention to service features that are regularly rated by patients.

Health service providers should have the patient's best interest in mind and that they will deliver services with integrity, fairness and beneficence.

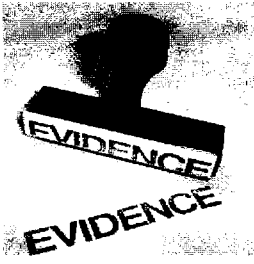
Media can play a pivotal role in motivating the general public's opinion to Bangladeshi health care system favorable. We are curious about the malpractice that occur in Bangladesh, but not interested to highlight their success stories.

The practice of limiting the maximum number of patients to be visited by a physician in a day could be imposed in both public and private hospitals. While this measure might lead to an increase in costs per visit, the gains from the quality treatment due to lower patient load will be reflected in fewer mistakes and higher patient satisfaction.

We must have to improve the number of consultant-specialists. We have only one

doctor for more than 4,500 populations, where as in India it is 1 per 2,200 populations and in Sri Lanka 1 per 2,762. We have a total of only 31 Hepatologists and less than 100 Pediatric & Neuro-Surgeons in the country, so is the picture in Neurology, Urology, Gastroenterology, Pulmonology, Cardiac or Chest Surgery. The level of present medical education needs improvement, curriculum should be updated, quality of private medical college should strictly be regulated. It is the political commitment and constitutional responsibility of the government to ensure health of the citizens allotting sufficient budget provision. There are certain issues which can not be met by the government alone, it needs private initiative & support, rather private health concerns should come up with social responsibilities, as is in S'pore, Bangkok or India. Government should patronize private initiatives by offering easy bank loans, reducing taxes & duty exemption for qualified

services. Big corporate hospitals can float public shares. In our country, the irony is, hospitals & clinics are in industrial sub-sector (with hotel-restaurants & cinema halls) with highest rate of interest in the region which is 16-18%. Building cost is 3 fold higher here than that of Kolkata, and the import taxes on equipments is zero in Kolkata where as 30% on us. Government should encourage technology transfer in corporate hospitals as well as in superspeciality Institutes like NICVD, NIKDU, NIO, NITOR and National Heart Foundation, Kidney Foundation, BIRDEM etc. Medical Insurance scheme should be seriously taken to consideration. Medical patients should have the right to sue for damages due to medical incompetence and in proven negligent acts. Unfortunately, some will be going still even after all these, they just need an alibi, But definitely, a certain amount of foreign exchange would have been saved and it would be able to stem the tide of patients heading abroad. ■



Adopting the culture of evidence based practice

new model for 21st century patient care

Dr. Md. Zakiul Hasan

The idea of evidence based practice (EBP) that has been gaining popularity in the past decade is not entirely a new concept. Ibn Al-Razi (Rhazes 865-925) described the best clinical practice as: “the practice that has been agreed upon by practitioners and supported by experiments”. In addition, he was the first scientist to recognize the need for a comparison group in clinical studies. Ibn Sina (Avicenna 981-1037) listed several requirements for studies evaluating new medications.

These principles include the need for the drug to be tested on a well defined disease, the effect of the drug must be seen to occur constantly in many cases, and the study must be done on humans, for testing a drug on a lion or a horse might not prove anything about its effect on humans. All these principles are still valid in the era of evidence based medicine. In the early 1990s, David Sackett and his colleagues at McMaster University in Ontario, Canada, coined the term “Evidence-Based Medicine”. Evidence-

The writer is a medical researcher & post graduates student of MD (chest disease), part-2 at NIDCH, Dhaka.

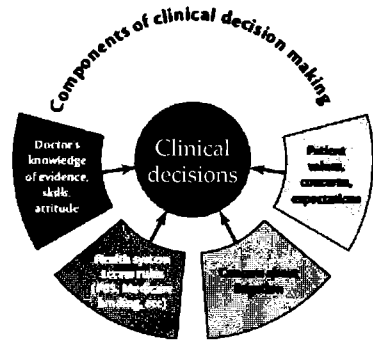
based medicine (EBM) is a relatively new approach to the teaching and practice of medicine. Historically, physicians' clinical decision-making was based on the knowledge received during their medical training and experiences gained through individual patient encounters i.e. opinion-based. Evolution of epidemiology, and subsequently clinical epidemiology, resulted in methods that allowed the objective critique of therapies used in clinical practice. Epidemiologic principles were applied to problems encountered in clinical medicine and an increasing number of clinical trials and medical journals emerged. The past two decades have witnessed acceleration of the information explosion and with it the volume of medical publications. The importance of keeping updated is emphasized even more, given that the half life of medical knowledge is extremely short. Clinicians face the difficult task of keeping track of a large amount of new and potentially important information. A legitimate concern is that many physicians will fail to

recognize new and necessary changes in practice and patient care will suffer as doctors become outdated and their performance deteriorates over time. The task of staying current, although never easy, is made much simpler by incorporating the tools of EBM such as the ability to track down and critically appraise evidence, and incorporate it into everyday clinical practice. The practice of evidence-based medicine requires an understanding of simple and basic clinical epidemiology, as well as excellent communication skills, patience, and a commitment to provide the patient with the knowledge required to make informed choices. It is important that physicians become familiar with the meaning of EBM and its role in influencing the provision of care and use of health resources

What is EBM or EBP?

David Sackett et al defined the term 'evidence-based medicine' as 'integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research' to achieve the best possible patient

management (1). Subsequently the definition was refined to also take account of patient values. Thus, evidence-based medicine is about trying to improve the quality of the information on which health care decisions are based. It helps practitioners to avoid 'information overload' but, at the same time, to find and apply the most useful information. The term 'evidence-based medicine', which has largely replaced the older term 'clinical epidemiology', is now often also referred to as 'evidence-based practice'. As well as being more inclusive of different areas of health care practice, the latter term highlights the important point that the 'evidence' that we are talking about is empirical evidence about what actually works or doesn't work in practice. It is not scientific evidence for a mechanism of action (such as a biochemical pathway, physiological effect or anatomical feature). Many factors affect the outcomes of clinical activities; the underlying mechanism is only one of them. Evidence-based practice (EBP) is concerned with actual clinical outcomes.



Why Evidence-Based Practice is important:

Patients' care questions remain unanswered:

Studies have shown that for every three patients seen, two questions are generated (2). Due to lack of information resources and weak search skills, only 30% of those questions answered during patient visits. EBP practice tools and methods make it faster and easier to find the best evidence, especially at the point of care where it matters most. This means that more provider questions can be answered, health care can become more evidence-based, and outcomes potentially improve.

Literature is published at rate where clinicians cant' keep up:

Healthcare literature with clinically applicable findings is published at a rate that is

impossible for individual clinicians to keep up with. There are over 75 clinical trials and 11 systematic reviews published every day in medicine(3). At 10 minutes an article, it would take over 14 hours every day to read them. Systematic reviews, evidence based practice summaries, clinical guidelines, and peer-reviewed article lists are all examples of EBP tools that help to tame this flood of information by summarizing the best information. Critical appraisal methods make it easier to look at an article and be able to quickly determine its strengths and weaknesses and its use for patient care. A core element of EBP is the focus on patient-oriented outcomes such as death, disability, and discomfort than disease-oriented outcomes such as lab results. EBP tools and methods can help you to easily separate the best, clinically relevant and patient-oriented evidence from the rest.

Implementation of clinical research takes an average of 17 years

It takes an average of 17 years for clinical research to be fully integrated into everyday

practice(4). Even once evidence is widespread, providers still make decisions based on habit rather than evidence. By making good evidence easier to find and appraise, EBP can limit this delay and provide better support for changing care.

CME does not work:

Continuing medical education (CME) has been a mainstay of doctors' professional development but no-one has ever shown that it works. A trail of CME among GPs concluded that CME does not cause general improvements in the quality of care (5). A review of didactic CME by Davis et al also concluded that formal sessions are not effective in changing physician performance (6).

The EBM Model:

The practice of EBM involves five essential steps. First, converting information needs into answerable questions; second, finding the best evidence with which to answer the questions; third, critically appraising the evidence for its validity and usefulness; fourth, applying the results of the appraisal into clinical practice; and fifth, evaluating performance.



Step 1: Formulate an answerable question

One of the difficult steps in practicing EBM may be the translation of a clinical problem into an answerable question (7). When we come across a patient with a particular problem, various questions may arise for which we would like answers. These questions are frequently unstructured and complex, and may not be clear in our minds. The practice of EBM should begin with a well formulated clinical question. This means that we should develop the skill to convert our information needs into answerable questions. Good clinical questions should be clear, directly focused on the problem at hand, and answerable by searching the medical literature(8). A useful framework for making clinical questions more focused and relevant has been suggested by Sackett et al.(9). They proposed that a good clinical question should have four (or sometimes three) essential components: the patient or problem in question; the intervention, test, or exposure of interest; comparison interventions (if relevant); the

outcome, or outcomes, of interest. Thus an answerable clinical question should be structured in the **PICO** (Patient or Problem, Intervention, Comparison, Outcome/s) or **PIO** (Patient or Problem, Intervention, Outcome/s) format. To illustrate the concept of PICO/PIO, imagine that you have a four month old baby admitted to your ward with viral bronchiolitis. The child's symptoms get progressively worse and you wonder whether giving corticosteroids might help the child improve and reduce the length of stay in hospital. You decide to use "clinical score" as a measure of improvement. The key components of your clinical question would be:

Patient or problem: 4 month old baby with viral bronchiolitis.

Intervention: corticosteroids.

Comparison: no corticosteroids.

Outcomes: clinical score, length of hospital stay.

A four part clinical question may be formulated as follows: *In a 4 month old baby with viral bronchiolitis, does the administration of corticosteroids compared with not giving*

corticosteroids improve clinical score and reduce length of hospital stay?

Step 2: Track down the best evidence

The second step in EBP is searching for and collecting the best evidence to answer the PICO question. The question informs clinicians which databases are appropriate to search, which keywords to start with in the search, which controlled vocabulary headings would make the most sense to map onto, and which study designs would be most appropriate for answering the question.

Because systematic reviews of randomized controlled trials are the strongest level of evidence (i.e., Level I evidence) to answer questions about the efficacy of a certain treatment or intervention, accessing the Cochrane Database of Systematic Reviews early in the course of the search is important. If clinicians have a question about the meaning of a construct or how one experiences a phenomenon (e.g., how do parents of a dying child experience grief?), then qualitative evidence is important and a different

leveling of evidence would be appropriate. Leveling of evidence can sometimes be confusing. However, if clinicians focus on the PICO question to determine which type of research evidence would best answer it, then they are less likely to be confused about what kind of evidence they need to retrieve. Evidence from opinion leaders or authorities or reports from expert committees may be necessary to guide practice when research has not been conducted; however, interventions based solely on this type of evidence require diligent, ongoing, rigorous outcomes evaluation for the purpose of generating stronger evidence.

Step 3: Critically appraise the evidence

After you have obtained relevant articles on a subject, the next step is to appraise the evidence for its validity and clinical usefulness. Although there is a wealth of research articles available, the quality of these is variable. Putting unreliable evidence into practice could lead to harm being caused or limited resources being wasted. Research evidence may be

appraised with regard to three main areas: validity, importance, and applicability to the patient or patients of interest. Critical appraisal provides a structured but simple method for assessing research evidence in all three areas(10). Developing critical appraisal skills involves learning how to ask a few key questions about the validity of the evidence and its relevance to a particular patient or group of patients. Such skills may be learnt within small tutorials, workshops, interactive lectures, and at the bedside(10). Several tools for appraising research articles are available like the tools developed by the Critical Appraisal Skills Programme (CASP), Oxford, UK. These include tools for appraising randomized controlled trials, systematic reviews, case-control studies, and cohort studies. The CASP tools are simple, easy to use, and freely available on the internet (11).

Step 4: Apply the evidence

When we decide after critical appraisal that a piece of evidence is valid and important, we then have to decide whether that evidence can be applied to our

individual patient or population. In deciding this we have to take into account the patient's own personal values and circumstances. The evidence regarding both efficacy and risks should be fully discussed with the patient or parents, or both, in order to allow them to make an informed decision. This approach allows a "therapeutic alliance" to be formed with the patient and the parents and is consistent with the fundamental principle of EBM: the integration of good evidence with clinical expertise and patient values (11). The decision to apply evidence should also take account of costs and the availability of that particular treatment in your hospital or practice.

Step 5. Evaluate performance

As we incorporate EBM into routine clinical practice, we need to evaluate our approach at frequent intervals and to decide whether we need to improve on any of the four steps discussed above. As Strauss and Sackett have suggested, we need to ask whether we are formulating answerable questions, finding good evidence quickly,

effectively appraising the evidence, and integrating clinical expertise and patient's values with the evidence in a way that leads to a rational, acceptable management strategy(11). Formal auditing of performance may be needed to show whether the EBM approach is improving patient care.

Evidence-based practice has provided a process for changing practice to improve patient care. Although it has been demonstrated that patients can expect better outcomes with EBP, clinicians

do not routinely use this problem-solving approach to practice. There are now models, tools, and empirical support to assist clinicians in more easily living the EBP process in their environments. Health care leaders must make as a top priority the cultivation of a culture of best practice in which EBP is common place. All clinicians must join together with the common goal of advancing EBP in their practice, academic, policy making, or science-generating worlds to bring about best practice in the 21st century. ■

References:

1. Sackett DL, editor Evidence-based medicine. Seminars in perinatology; 1997: Elsevier
2. Covell DG, Uman GC, Manning PR. Information needs in office practice: are they being met? *Annals of Internal Medicine*. 1985;103(4):596-9
3. Bastian H, Glasziou P, Chalmers I. Seventy-five trials and eleven systematic reviews a day: how will we ever keep up? *PLoS medicine*. 2010;7(9):e1000326
4. Balas EA, Boren SA. Managing clinical knowledge for health care improvement. *Yearbook of medical informatics*. 2000;2000:65-70
5. Sibley JC, Sackett DL, Neufeld V, Gerrard B, Rudnick KV, Fraser W. A randomized trial of continuing medical education. *The New England journal of medicine*. 1982;306(9):511-5.
6. Davis D, O'Brien MAT, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes? *Jama*. 1999;282(9):867-74
7. De Brún C, Pearce-Smith N. Formulating Clinical Questions. *Searching Skills Toolkit: Finding the Evidence*.35-7
8. Carneiro A. [The correct formulation of clinical questions for the practice of evidence based medicine]. *Acta medica portuguesa*. 1997;11(8-9):745-8
9. Richardson W, Rosenberg W, Haynes R. *Evidence-based Medicine: how to practice and teach EBM*. London: Churchill-Livingstone. 1997:31-5
10. Rosenberg W, Donald A. Evidence based medicine: an approach to clinical problem solving. *British medical journal*. 1995;310:1122
11. Singh J. Critical appraisal skills programme. *Journal of Pharmacology and Pharmacotherapeutics*. 2013;4(1):76



Male infertility and IUI

Few Questions Answered

Dr. S M Khaliduzzaman

Infertility has become a great challenge for millions of couples. Globally approximately 10-15% of the couples are infertile at the end of their reproductive life¹. Overall infertility in South Asia is approximately 10%. Whereas in Bangladesh, it is a bit higher, 15% at the end of reproductive age of female.² Study shows that both male and female are equally responsible for infertility³. In Bangladeshi culture male are

more prominent than female; so it happens sometimes that females are highly ignored by their family members, although they don't have any problem.

While Bangladesh is an overpopulated country; however emotional and physical consequences of childlessness are very heart touching for infertile couples and it can be shared among the victims. One more thing-people in Bangladesh are religious and they do not

MBBS, DMU, Trained in Clinical embryology and ART
Asia-Pacific School of Embryology (ASPE), Singapore
Member American Society for Reproductive Medicine (ASRM)
Embryologist, Apollo Hospitals Dhaka. ks25610@yahoo.com

want to expose or investigate earlier to identify the cause. At the same time most of our people are poor they don't have enough money to expend after meeting their normal livelihood. They don't know- What to do, Should I disclose it, Can I solve it, How Can I afford my Infertility, Where and When to go.

What is infertility?

Infertility is the inability to conceive a child within one year. A couple may be considered infertile after two years of regular sexual intercourse without any contraception.

Male infertility:

In a study done in Bangladesh Institute of Medical Science (BIMS) reveals that about 60% male patients were found wholly and partially responsible for Infertility. Of them 40% were azoospermic, 34% were oligospermic and the rest 5% were asthenozoospermic and teratozoospermic, 1% case was due to un descended and maldevelopment of testes, rest percent is called as unexplained infertility. The main cause of azoospermia is

due to small pox, measles, mumps, tuberculosis, STD, trauma etc revealed from history.⁴

What is an IUI and how is it done?

An IUI (intrauterine insemination) is performed by inserting a very thin flexible catheter through the cervix (mouth of the uterus) and injecting washed sperm directly into the uterus. It is almost 200 years since John Hunter advised a man with hypospadias to inject his seminal fluid into his wife's vagina with a syringe, resulting in a normal pregnancy.⁵ The whole process does not take very long; it usually requires the insertion of a speculum and then the catheter, a process that may take a couple of minutes.

What is the indication of IUI

Ejaculatory failure:

Anatomical (e.g. hypospadias)
Neurological (e.g. spinal cord injury)

Retrograde ejaculation

Psychological (e.g. impotence)

Male subfertility:

- Oligospermia
- Asthenozoospermia
- Oligoasthenozoospermia
- Hypospermia

Oligo/astheno/terato/zoospermia

-Unexplained infertility

-PCOD

-Endometriosis

Immunological:

-Male antisperm antibody

-Female antisperm antibody (cervical or serum)

Cervical factor:

-Cervical mucus hostility

-Poor cervical mucus

Ovulatory dysfunction

Combined male and female factors

What are the steps in IUI?

The steps involved in intrauterine insemination :

Ovarian stimulation (8-10)

Monitoring of follicular growth and endometrial development

Timing of insemination (11-13)

Semen preparation ¹⁴

IUI with prepared sperm

When is the best timing for an IUI?

Ideally an IUI should be performed within 6 hours before or after ovulation.

Timing is based on an hCG injection (given to release the eggs) and the IUI usually done between 24-40 hours of hCG injection. Typical timing would be to have IUI at about 36-38 hours post hCG. (11-12)

Where is the sperm collected?

How long before?

Usually the sample is collected through ejaculation by masturbation into a sterile semen container in a private room at the clinic. From the time the sample collected, it takes about 1 hour 30 minutes to prepare the sample for insemination. The amount of time may vary depending on the semen quality, as special techniques may be required.

What is the success rate for IUI?

The results vary from centre to centre⁽¹⁵⁾ and may be as less as 2.7% to a maximum of about 20.5% per cycle. The low statistics are with one follicle, while multiple follicles resulted in as high as 20% success. Another influencing factor is sperm count. Higher sperm count increases the chances of success, however overall success rate seems to be in between 15-20% per cycle. The rate of multiple gestation pregnancies is 18.4%.

What does an IUI feel like?

Most women consider IUI to be fairly painless- along the same lines as having a pap smear. There be some cramping afterward, but often what is felt is the pain of the

egg being released (ovulation) rather than from the IUI. The catheter usually does not cause pain as it is very thin and flexible and the cervix is already slightly open for ovulation.

How long does washed sperm live?

Current research indicates that washed sperm can live 24-72 hours; however, it does lose potency after 12-24 hours. Another issue with IUI is that the sperm can keep on swimming beyond the fallopian tube, so the ideal window is really within 6-12 hours of the egg being released; with a larger margin before ovulation after since the egg's viability is shorter. Sperm can live upto 7 days in fertile mucous, 2-3 days being common, so combining IUI with intercourse may provide better coverage.

Do I have to lie down after an IUI?

We advise patients to lie down on the table 20-30 minutes after the procedure.

I am working woman. Do I need to take leave after IUI?

Usually after IUI we don't recommend complete bed rest or leave from job. But we advise them to avoid heavy

work, long journey and mental stress which reduce chances of pregnancy.

How Long before an IUI should be abstained from intercourse/ ejaculating and store up sperm?

It depends on individual. But it's better to have abstinence for 2- 7days to ensure best motility and morphology. So better to have an intercourse on 8th or 9th day of menstrual cycle then abstinence.

How soon after an IUI can I have intercourse?

usually you can have intercourse anytime after an IUI. We suggest waiting 48 hours to resume relation if you had any bleeding during the IUI or if a tanaculum is used.

Can the sperm fall out?

Once the sperm is injected into the uterus, it does not fall out. There can, however increased wetness after the procedure because of the catheter loosening mucous in the cervix and allowing it to flow out.

How many follicles give my best chances of getting pregnant?

According to different studies, 3-4 follicles gives one the best chance of getting pregnant, while more follicles beyond that simply increases

the risk of multiple pregnancies.

Does IUI make sense when there isn't a sperm count problem?

IUI can help patients taking only tablets containing clomiphene citrate where cervical mucous is a problem, and IUI increase the chance of success in patients on injections no matter what the sperm count. It does make sense to try IUI if you have tried but haven't had success with intercourse. It is important to note that with intercourse; only the best and strongest sperm make it through the cervical mucous and up into the uterus and fallopian tubes. With IUI, more number and better quality of sperms are available for fertilization.

How high a sperm count is needed for IUI?

After sperm preparation 5-10 million sperm required for IUI. But above 1 million we sometimes get success. That's why considering female partner's age we recommend IUI even after getting poor quality sperm. Higher success rates are with 20-30 million washed sperm.

How many IUI should try before moving on to IVF?

It depends on what you can afford and what medication you are taking and the sperm quality. One might do 1-2 cycles IUI on tablets before on to injectables, then 3-4 cycles on injectables. If one doesn't have success after four good ovulatory cycles on injectables with well timed IUI, it would be time to consider IVF. Age is also a factor, the higher the age, the more aggressive is the treatment required.⁽¹⁶⁻¹⁷⁾

Can IUI be done at home?

An IUI shouldn't be done at home without medical supervision because the sperms need to be washed to prevent infection. Getting semen or air into the uterus could be quite dangerous- perhaps life-threatening.⁽⁶⁻⁷⁾

Is bleeding common after an IUI?

It doesn't usually happen, but it is not uncommon. Some women also have light bleeding with ovulation.

How long after IUI should implantation occur?

Implantation takes place 6-12 days after ovulation; so 6-12 days after a well timed IUI.

How much does IUI cost?

The IUI procedure and sperm washing cost. Tk. 16000. But the cost of medication can

make a considerable difference. With medication usually spend 15-25 thousand taka. But it vary centre to centre.

What kind of monitoring is usually done for an IUI cycle?

Transvaginal USG is done from Day 8,10 or Day 12 of the menstrual cycle to note the follicular size and look for signs of ovulation like reduction in size of follicle, fluid in the POD etc.

At what size are follicles considered mature?

Follicles are usually mature when it's size in between 16-24 mm, average size 20 mm. Ovulation usually occurs within 24 hours when the follicle mature. When hCG is not used, only follicles close in size are likely to release.

The use of hCG induces ovulation in about 95% of women and will get most mature follicles to rupture.

What are the risks involved in IUI?

The main risks are some discomfort such as cramping, minor injury to the cervix that leads to bleeding or spotting there are also risks of hyper stimulation associated with the use of ovulation induction medication such as

clomiphene citrate (low risk) and gonadotropin therapy (higher risk). Proper technique and close monitoring reduces the risks.

If it's happen it's manageable.

Can I take pain medications before or after the procedure?

Most women don't need medication for pain associated with IUI. If there is cramping, it is best to avoid medications such as ibuprofen and naproxen, but paracetamol is considered safe (but may not helpful for cramps).

Does anesthesia need for IUI?

Usually don't need. but 1-2% may be needed.

What does sperm washing mean?

It is sometimes also called sperm preparation or spinning. It is a laboratory technique for separating sperm from semen, and separating motile sperm from non-motile sperm, for use in assisted reproduction (IUI, IVF). There are various techniques used to try and separate the good from the bad sperm as well as improve the quality of "not so good sperms".

Can IUI work after tubal ligation or if both tubes are damaged or blocked?

No. The only way to get

pregnant after tubal ligation or blocked tubes by having an assisted reproductive technology such as in vitro fertilization (IVF).

Which factors affects success rate?

The success of IUI depends on several factors.these include:

- Causes of infertility
- Age of both partners
- Duration of infertility
- Treatment of cycle ranks
- Sperm parameters. ■

Reference:

- Khanna, P. F. A. Van Look, P. D. Griffin. Challenges in reproductive health research biennial report, 1992-1993 Available from: RI: <http://www.who.int/iris/handle/10665/39653> (cited on 15th november 2013).
- Kumar D. Prevalence of female infertility and its socio-economic factors in Tribal communities of Central India. *Rural and Remote Health*, 2007;7: 456. Available: <http://www.rrh.org.au> (cited on 16th november2013)
- Anwary SA, Alfazzaman M, Islam MR. Male Sub-fertile Patients in aTertiary Hospital. *Mymensingh Med J*. 2011 Jan; 20 (1): 33-9.90 http://www.bims-bd.com/male_infertility.htm (cited on 19th april2014)
- Shields FE.Artificial insemination as related to females.*Fertil Steril* 1950;1:271
- Yovich JL.The treatment of infertility by the high intrauterine insemination of the husband's washed spermatozoa.hum reported 1988;3:939-43
- Allen MC, Herbert I Maxson WS, et al. Intrauterine Insemination:a critical review.*Fertil Steril* 1985;44:569-80
- Dodson WC, Whitesides DB,Hhughes CL Easley HA,Haney AF.Superovulation with intrauterine insemination in the treatment of infertility:a possible alternative to gaete intrafallopian transfer and in vitro fertilization.*Fertil Steril* 1987;48:441-3
- Wallace EE. Gonadotrophin treatment of the ovulatory patient:the pros and cons of empiric therapy for infertility.*Fertil Steril* 1991;55:478-80
- Hughes EG.The effectiveness of ovulation induction and intrauterine insemination in the treatment of persistent infertility: a meta analysis.hum *Reprod* 1997;12:1865-72
- O'Herlihy C,Pepperell RJ,Robinson HP.Ultrasound Timing of human chorionic gonadotrophin administration in clomiphene stimulated cycles.*Obstet Gynecol* 1982;59:40-5
- Andeson AG,Als-Nielson B,Hornness PJ,French Anderson L.Time interval from human chorionic gonadotrophin (hCG)injection to follicular rupture.*Hum Reprod* 1995,10:3202-5
- Pardo M,Bancells N. Artificial insemination with husband's sperm(AIH).Techniques for sperm selection.*Arch Androl* 1989;22:15-27
- Martinez AR,,Bernardus RE,Vermeiden JPW,Schoemaker J.Basic Questions on intrauterine insemination:an update.*Obster Gynecol Surv* 1993;48:811-28
- Marcus SF,Edward RG.High rates of pregnancy after long term down-regulation of women with severe endometriosis.*Am J Obstet Gynecol* 1994;171:812-17
- Marcus SF, Brinsden PR.Invitrofertilization and embryo transfer aged 40 years and more.hum *Reprod Update* 1996;2:459-648



Health Crisis in Bangladesh

Dr. Mohammed Shorfuddin Patowary

With severe pain from hernia, Abul Kalam, 35, cried on his bed at the Chittagong General Hospital (CGH). Doctors had twice fixed schedules for his operation. But every time the operation had to be postponed because there was no electricity at the times. Having lost two dates doctors, nurses and Kalam

waited on the third occasion for electricity. Kalam was lucky on the third turn. He returned home after the long waited surgery under proper lights. Established in 1901 over an area of more than eight acres of land, 150-bed Chittagong General Hospital is the oldest in the region. Years of neglect and lack of investment have now left the

Internee Doctor at Armed Forces Medical College

hospital in tatters. The x-ray machine, ultra sonogram machine, ECG, pathology, blood bank, morgue and preservation of important drugs instantly become inoperative due to lack of power.

Narayanganj General Hospital has virtually become a centre of irregularities as the patients who come to the hospital for treatment have to suffer a lot every day. They alleged that the specialist doctors arrive at the hospital late and leave the hospital much before the end of office hours. The doctors also frequently refer the patients to hospitals in Dhaka, even in minor cases. The doctors also send their patients to private diagnostic centers for various pathological tests, although the hospital has facilities for such tests.

This is the almost typical scenario in different places which representing the overall health care crisis & shortages of Bangladesh. A health system consists of all organizations, people and actions whose primary intent is to promote, restore or maintain health. In short, it is the infrastructure through

which the desired services to the intended population are delivered. Home care of a sick baby, health care in private sectors, behavior change programmes, vector-control campaigns, health insurance and financing are all integral part of the system. It includes inter-sectoral actions through comprehensive approach to ensure family, community and country health. *Health service delivery, workforce, information, products, financing and stewardship* are the six building blocks for strengthening of the health system in a country. Current status and future challenges of the system in Bangladesh can be conceptualized within the gamut of the six building blocks. The World Bank says more than 60% of Bangladeshis, about 80m people, have no access to modern health services other than immunization and family planning. In a new report, the bank also says malnutrition and deaths of women from childbirth are among the highest in the world. Two thirds of children under five are under-nourished. About 60% of children under six are

stunted. And more than a third of new born babies weigh less than they should. *"South Asia is at a crossroads with rising inequality; poor people struggling to get access to quality health, education, and infrastructure service; a growing share of the population aging unhealthily; and with health systems that are failing to adjust to people's needs,"* says Michal Rutkowski, the WB's South Asia Director for Human Development.

Government action

The government says it plans to open 13,000 community clinics around the country but there are few doctors to staff them. The population is expected to double to 250 million by the year 2035. And it is feared that HIV and Aids will reach epidemic proportions in the next few years. The present government has taken steps to revitalize PHC services by making the community clinics operational. These community clinics, one for every 6000 rural populations, were constructed in 2000-2001; but were not used for service delivery. These service points have some unique

characteristics. They are managed by a Community Clinic Management Group which includes local public leaders and representatives. The policy in this regard is to place the responsibility for the health of the people in the hands of the people themselves. A quick assessment of the community clinics, supported by WHO in 2009, showed that with the expansion of the health-care facilities to the peripheral level the distribution of health-care inputs and their utilization became more equitable and the utilization rate of these facilities was almost universal.

Challenges ahead

Private health care facility lacks seriously to serve the need of the large number of least privileged section living in the slums. In other words such facility especially caters to the well to do sections of the society only. From cost point of view, clinics which have better diagnostics facility and scope, better than average services are found to have higher establishment cost and monthly expenditure. Modern treatment facility like CT

Scan, laparoscopy, laser therapy, incubator, ventilator, dialysis etc. are used by only 14% of the clinics and such clinics are concentrated in comparatively posh areas of the city where treatment cost are higher and therefore which is out of the reach of the middle and lower middle income groups. Moreover, absence of ambulance facility in most of the clinics is also a reason for poor health care delivery system.

There were approximately five physicians and two nurses per 10 000, the ratio of nurse to physician being only 0.4 (i.e. 2.5 times more doctor than nurses). There were around 12 unqualified village doctors and 11 salespeople at drug retail outlets per 10 000, the latter being uniformly spread across the country. Thus, there were about 2.5 times more village doctors and 2 times more drug store salespeople than were physicians who provide treatment/curative services to the population. Also, there were twice as many CHWs from the NGO sector per 10 000 population than from the government sector and an overwhelming number of

traditional birth attendants (TBAs) and/or trained traditional birth attendants (TTBAs). The TBAs/TTBAs were involved in providing delivery-related services at home only.

The countries of WHO's South-East Asia Region also face several common health workforce related problems and issues concerning shortage, skill-mix, migration, work environment, knowledge-base and other areas amply articulated in the 'Dhaka Declaration'.

Bangladesh is no exception in this regard and it is one of the countries with 'severe shortages' of health workers. Given the shortage of supply of qualified health care providers in Bangladesh, patients, especially the poor and the disadvantaged, mostly seek health care from the nonqualified providers in the informal sector.

Bangladesh is declared by WHO as one of the 58 crisis countries facing an acute HRH crisis. On the other hand, the increase in the number of unqualified allopathic providers during the past decade has been phenomenal compared to the

qualified or semi-qualified allopathic providers. For example, the number of unqualified allopathic providers (24 per 10 000) has increased to about twice that estimated by the research agency, 'Org-Marg Quest' at the higher range (14.5 per 10 000). There is also a gross imbalance in the doctor-technologist ratio as well, the ideal being five technologists for one doctor. An estimate of shortage based on the doctor-population ratio currently prevalent in low-income countries revealed a shortage of over 60 000 doctors, 280 000 nurses and 483 000 health technologists in Bangladesh. Interestingly, the salespeople at drug retail outlets (shops) are evenly distributed between the rural and urban areas, showing their unhindered expansion across the country.

Doctor –patient & other professionals' relationship

The trustworthiness of medical doctors in Bangladesh is decreasing, as people prefer going to neighboring places for treatment. The main complaints of patients are that

local native doctors do not listen to the treatment-seekers, misbehave with patients, and exploit them as much as they can. The doctors and other related clinicians hardly listen to the complaints of the people. On the other hand in recent years especially in recent days there has been couple of attacks on doctors. Five doctors were brutally killed in the past four years, while 50 incidents of assault, arrest and different forms of harassment to doctors were reported from 2010-2014. A tense relation between doctors and journalists was observed in recent days. There is a psychological gap existing between the professionals in Bangladesh.

Health Journalism

Although medical news articles often deliver public health messages effectively, they often convey wrong or misleading information about health care, partly when reporters do not know or cannot convey the results of clinical studies, and partly when they fail to supply reasonable context. This can result in unrealistic

expectations due to coverage of radical medical procedures and experimental technology. Mass media news outlets can also create a “communications storm” to shift attention to a single health issue. The lack of health knowledge in the general public creates a situation where a person can be easily swayed to a certain point of view that is cast in the manner in which information is reported. Consequently, this can create a potentially unhealthy focus on an illness that in actuality is relatively rare. Medical journalism can also influence an individual's quality of health care. Due to the relative ease at which information can be obtained on the internet, many people will now question doctors on new medications and treatments for their conditions. In more extreme cases, people will compare their symptoms, real or imagined, to various illnesses in attempts to diagnose themselves. This is most likely caused by a lack of knowledge or a lack of the ability in the individual to apply the health information once found resulting in

seeking health care. In developed world Health Journalism is a different subject where health journalists are specially trained. While in Bangladesh a chaos & dispute was going on between the doctors & journalists at the same time from 14-16 may in Coventry, England an International Health Journalist Conference was going on with the motto ‘First do no harm.....’. But how many of us is concern regarding this? To build a healthy doctor –patient relationship, to meet up the growing crisis Health journalism must be introduced in our country.

Health Financing

In Bangladesh, about 3% of GDP is spent on health, out of which the government contribution is about 1.1%. In term of dollar, the total health expenditure in the country is about US\$ 12 per capita per anum, of which the public health expenditure is only around US\$ 4 only. In Our country, historically, supply-side financing of health care services has been the backbone strategy for improving the access of poor

households to essential health care services. More than two-thirds of the total expenditure on health is privately financed, through out-of-pocket payments. Of the remaining one-third (public financing), about 60% is financed by the Government out of tax revenues, development outlays, and the remaining 40% through international development assistance.

Health Stewardship

Presently, number of steps has been taken by the government to improve its leadership and regulatory role to improve equity and quality of services, especially to reach the poor and the disadvantaged. Initiatives for development of new health policy, revitalization of primary health care by making all community clinics functional with required human resource, supplies and logistics, recruitment and appropriate deployment of human resource for health and gradual extension of e-health services to the rural areas are some of the examples for health development in the country.

From telemedicine to help address a doctor shortage in Bangladesh to smoking cessation in China and a new weapon against HIV that's shown early promise in Africa, recent years have been an exciting years of medical breakthroughs and new ideas. Low-cost solutions to daunting medical problems often involve leveraging existing tools and technologies in an ingenious new way to transform health in developing countries. Lot many Medical colleges, newer hospitals, community clinics have been established. Despite being a resource poor country, Bangladesh has achieved impressive health gains which make it an example for other developing countries. Over the last decades key health indicators like life expectancy and coverage of immunization have improved significantly while infant mortality, maternal mortality and fertility rates have dropped considerably. So, we hope very soon Bangladesh will cover up its shortage of health professionals specially doctors & overcome the health crisis. ■



এনডিএফ

সম্ভাবনাময় আগামী

অধ্যাপক ডা. মো: রুহুল আমীন

অযুত সম্ভাবনাময় শব্দসমূহের প্রতিশব্দের নাম এনডিএফ। ন্যাশনাল ডেভেলপমেন্ট ফোরাম। তিনটি শব্দ। কত অসম্ভব শক্তি ও সম্ভাবনা লুকিয়ে আছে এর মাঝে আমরা কি কখনো তা হিসেব করে দেখেছি? গণিতের হিসেব ভুল করতে পারে কিন্তু সম্ভাবনার যে দুয়ার উন্মুক্ত হয়েছে আল্লাহর অসীম রহমতে তার প্রশস্ততা আরো বাড়তে থাকবে, কল্যাণের ফলুধারা প্রবাহিত হতে থাকবে চার দিকে। সৃষ্টি হবে এমন পরিবেশ যেখানে

উন্মুক্ত মনে সব চিকিৎসা পেশাজীবীর অংশগ্রহণ হবে নিশ্চিত। বিশেষ করে তরুণ চিকিৎসকদের মেধা, যোগ্যতা, বলিষ্ঠতা ও স্বতঃস্ফূর্ততার যে প্রাণবন্ত অংশগ্রহণ দেখেছি, তা জ্যেষ্ঠদের যেমন করতে পারে উৎসাহিত, অনুপ্রাণিত এবং আগামী প্রজন্মের জন্য (স্মার)হতে পারে একটি সুস্পষ্ট মাইলফলক। অনেকের অনেক কিছুই করার আছে, দেয়ার আছে। পারস্পরিক দেয়ানেয়ার বিষয়টি হতে পারে অনেক কল্যাণময়। চিকিৎসা পেশাজীবীদের মেধা ও যোগ্যতার

অধ্যাপক ও বিভাগীয় প্রধান, ফিজিওলজি বিভাগ, সিলেট এমএজি ওসমানী মেডিকেল কলেজ এবং সহ-সভাপতি, এনডিএফ; সাবেক বিজ্ঞান বিষয়ক সম্পাদক, বিএমএ

যোগ্যতম ব্যবহারই হতে পারে সম্ভাবনাময় আগামীর সবচেয়ে যোগ্য হাতিয়ার। প্রবীণদের আছে অভিজ্ঞতার আলোকে গুরুত্বপূর্ণ দিকনির্দেশনা ও সাহচর্য। অযুত সম্ভাবনার আমাদের প্রিয় জন্মভূমি বাংলাদেশকে আমরা উপহার দিতে পারি স্বাস্থ্যব্যবস্থার ব্যাপকভিত্তিক গুণগত পরিবর্তন এবং সবার জন্য স্বাস্থ্য নিশ্চিতকরণের প্রয়োজনীয় আয়োজন। মনে হতে পারে উপহারটা অনেক বড় ও কঠিন। যত বড়ই হোক, যত কঠিন ও কষ্টকরই হোক না কেন, জাতিকে সে উপহার দেয়ার জন্য ভীত ও কুণ্ঠিত হওয়ার কোনো কারণ নেই। আমরাও যে দিতে পারি এ আস্থাটুকু বড় প্রয়োজন। শুধু প্রয়োজন নিজেদের ওপর এবং আল্লাহর ওপর গভীর আস্থা ও বিশ্বাস। তিনি আমাদের যা দিয়েছেন তা যতটা সম্ভব পূর্ণ সদ্ব্যবহার ও সুসংগঠিত করা, সঠিক গতিপ্রবাহে সামনে এগিয়ে চলা।

যে গতিপ্রবাহে আজ এখানে, সে গতিপ্রবাহ নিয়ে যাবে সামনে। যত দূর এসেছি তা কেমন ছিল? কেমন হবে আগামী দিনের পথচলা? সব কথা তুলে

আনা সম্ভব নয়।

অতীতের আলোচনা ভবিষ্যতের পরিকল্পনা বর্তমান অবস্থানে দাঁড়িয়ে সঠিক সিদ্ধান্ত গ্রহণ ও বাস্তবায়নের পদক্ষেপ গ্রহণ জরুরি। খুব বেশি দিন আগের কথা নয়। ১৯৮০ সালের পরবর্তী সময়কালের কথা। সারা দেশ থেকে আসা কতিপয় তরুণ চিকিৎসকের দুঃসাহসী



এনডিএস্কের প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি
অধ্যাপক এম ইউসুফ আলী

চিন্তা ছিল একটি ইতিবাচক পরিবর্তনের লক্ষ্যে কিভাবে সবাইকে সুসংগঠিত করা যায়। দেশ, জাতি ও মানুষের জন্য কল্যাণকর কিছু কিভাবে করা যায়? সেই চিন্তাচেতনাই আমাদের এগিয়ে যেতে সাহস জুগিয়েছে। তবে গতিপথটা সহজ ছিল না, খুব মসৃণও ছিল না। স্বৈরশাসনের ভয়ঙ্কর দাপট ছিল। স্বাস্থ্যব্যবস্থা নিয়ে নানামুখী ষড়যন্ত্র ছিল। সমস্যাজর্জরিত স্বাস্থ্যব্যবস্থায় চিকিৎসকেরা ছিল আতঙ্কিত। ন্যূনতম স্বাস্থ্যসেবা থেকে জনগণ ছিল মূলত বঞ্চিত।

১৯৮৮ অনেক কারণে স্মরণীয় সাল।

চিন্তাচেতনায় যে ফসল উৎপাদনের প্রচেষ্টা ছিল, তার শক্তিশালী ভিত তৈরি হলো ১৯৮৮ সালে। তীব্র গণতান্ত্রিক আন্দোলনের মুখে এরশাদের স্বৈরশাসন ছিল পতনের একান্ত দোরগোড়ায়। চিকিৎসকদের জাতীয় সংগঠন বিএমএ'র নির্বাচন। নতুন বিএমএ গড়ার প্রত্যয় চিকিৎসকদের। দেশব্যাপী ভয়াবহ বন্যা। দুর্গত মানুষের আহাজারিতে বাংলাদেশের আকাশ-বাতাস অনেক ভারী।

তরুণদের আবেগ-
আগ্রহ-আঁকুতিকে
আলিঙ্গন করার জন্য
প্রয়োজন ছিল প্রবীণের
বস্তুনিষ্ঠ অভিজ্ঞতা।
তেমন প্রবীণ কোথায়
পাই? অনেক উদার মনে
আমরা একজন প্রবীণ
নেতার সন্ধানে ছিলাম
এবং পেয়েও গেলাম।
জাতির এমন দুর্গত দিনে
আলোকবর্তিকা হিসেবে
আমরা যাকে খুঁজে পাই

তিনি ছিলেন একজন প্রথিতযশা চিকিৎসক, ঢাকা মেডিকেল কলেজের মেডিসিন বিভাগের প্রফেসর এম ইউসুফ আলী। সূচিকিৎসক সদালাপী সমাজকর্মী সজ্জন সাহসী মানুষ ছিলেন তিনি। তার অনেক গুণাবলি। সংক্ষেপে সবার সামনে তাকে উপস্থাপন আমার জন্য কষ্টসাধ্য। শুধু সবার আদর্শে উদ্বুদ্ধ হয়ে তিনি আমাদের ডাকে সাড়া দেন এবং অসহায় দুর্গত মানুষের পাশে এসে দাঁড়ান। সেটি ছিল আমাদের জন্য প্রেরণার বড় উৎস। সংগঠনের কোনো নাম বা পরিচিতি বহনের অবস্থায় তখনো ছিলাম না। স্বপরিচয়েই আমরা জাতির দুঃখদুর্দিনে অসহায় মানুষের পাশে এসে দাঁড়িয়েছি। বানভাসি বন্দ্বহীন বাসাবাড়ি হারানো বস্তিবাসী ভুখা-নাঙা রোগ-বালাইয়ে কাতর বনি আদমদের সাথে সামান্য সাহায্য-সহযোগিতার সম্বলটুকু নিয়ে দাঁড়ানোর মধ্য দিয়েই আমাদের কল্যাণময় পথের যাত্রা শুরু। আলহামদুলিল্লাহ। পথ আমাদের থেমে থাকেনি। দৃঢ় পায়ে অগ্রসর হয়েছি। চিকিৎসকদের সমস্যা সমাধানে ভূমিকা রাখার চেষ্টা করেছি। চিকিৎসাবিজ্ঞানের উন্নতি ও উৎকর্ষসাধনে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালনের লক্ষ্যে সারা দেশের চিকিৎসকদের ব্যাপক ভিত্তিতে সংগঠিত করার জন্য উদ্যোগ গ্রহণ করেছি। তিনি আমাদের উৎসাহ দিতেন, অনুপ্রাণিত করতেন, এমনকি নিজের পড়ার ঘরে বসে সামগ্রিক বিষয়ে আলোচনা করে প্রয়োজনীয় দিকনির্দেশনা দিতেন। তিনি ছিলেন উদ্যমী ও উদ্যোগী একজন মানুষ। স্বাস্থ্যব্যবস্থায় গুরুত্বপূর্ণ পরিবর্তনের লক্ষ্যে সরকারি খাতের পাশাপাশি বেসরকারি খাত উন্নয়নে হাত সম্প্রসারিত করেন এবং সফল হন।

স্থাপন করেন বাংলাদেশে প্রথম বেসরকারি মেডিকেল কলেজ বাংলাদেশ মেডিকেল কলেজ। যার তিনি প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি এবং যা বাংলাদেশে বেসরকারি স্বাস্থ্য খাত উন্নয়নের সুন্দর এক মডেলের নাম। এটি বাংলাদেশের স্বাস্থ্য আন্দোলনের ইতিহাসে অন্যতম সেরা সাফল্য ও মাইলফলক হয়ে থাকবে। আমরা আরো মাইলফলক অতিক্রম করতে চাই।

আমাদের অনুসন্ধানের ও অনুপ্রেরণার আরেক আবিষ্কারক ছিলেন আপসহীন চিকিৎসক নেতা প্রফেসর ডাঃ এম এ মাজেদ। একজন উদার মনের মহান চিকিৎসক নেতা।

১৯৮৮ সালে বিএমএ নির্বাচনে ডাঃ এম এ মাজেদ-ডাঃ এন এ কামরুল আহসানের নেতৃত্বে পূর্ণ প্যানেলে নির্বাচনে অংশগ্রহণ করি এবং পুরো বাংলাদেশ সফরের অভিজ্ঞতা অর্জন করি। সে বছর আরো দুটি প্যানেল নির্বাচনে অংশগ্রহণ করে। ডাঃ এম এ মাজেদ-ডাঃ মাহবুব ও ডাঃ ফিরোজা-ডাঃ মোস্তফা জালাল মহিউদ্দিন। ডাঃ এম এ মাজেদ সাহেব দুটি প্যানেলের কমন প্রার্থী ও আমাদের প্যানেল থেকে যুগ্ম সম্পাদক প্রার্থী ডাঃ নাজমুল হক রবির প্রার্থিতা বাতিল হওয়ায় মাহবুব প্যানেলের ডাঃ শামসুল আলম খান মিলন সহজেই নির্বাচিত হন। সেক্রেটারি জেনারেল হিসাবে ডাঃ মোস্তফা জালাল মহিউদ্দিন ও অন্য সবাই তার প্যানেল থেকেই নির্বাচিত হন।

সেদিন বাংলাদেশে একটি গতিশীল স্বাস্থ্য আন্দোলনের ধারা তৈরির লক্ষ্যে প্রবীণ ও নব্বীনের সমন্বয়ে মাজেদ-মিলনের নেতৃত্বে যে ব্যাপকভিত্তিক আন্দোলনের সূচনা হয় তার পেছনে

আমাদের ভূমিকা ছিল ঐতিহাসিকভাবে অনেক গুরুত্বপূর্ণ। ১৯৮৮ সালে আইপিজিএমআরে এমফিল পড়তে এসে পড়া-আন্দোলন-সংগ্রামে মিলনের সাথে আরো ঘনিষ্ঠভাবে মেশার সুযোগ হয়। আমাদের সবার মিলনের কেন্দ্রবিন্দুতে পরিণত হয় পিজি ক্যাম্পাস, বিশেষ করে বটতলা-লাইব্রেরি-ক্যান্টিন। ডাঃ এন এ কামরুল আহসান ছিলেন আন্দোলনের মূল চালিকাশক্তি। ১৯৮৯ সালে তার সুদক্ষ পরিচালনায় ও দিকনির্দেশনায় ভবিষ্যতের কর্মপরিবেশ রচনায় আমরা প্রথম সংগঠিত রূপে আত্মপ্রকাশ করি, যার নাম মেডিসিন টুডে। বিএমডিসি কর্তৃক স্বীকৃত একটি প্রফেশনাল মেডিক্যাল জার্নাল। চিকিৎসকরা পেল তাদের আলোকিত স্বপ্নের পথ। চিকিৎসাবিজ্ঞানের উন্নতি ও উৎকর্ষ সাধনে আমাদের প্রায়োগিক প্রথম প্রয়াস। এডিটরিয়াল বোর্ডের মাধ্যমে প্রকাশিত জার্নালটি বিকাশমান ধারায় পা রেখেছে পঁচিশ বছর পূর্তিতে। আন্তর্জাতিকভাবে আইএসএসএন কর্তৃক স্বীকৃত। গুণেমনে আরো সমৃদ্ধির ধারায় আমাদের যেতে হবে। দৃষ্টি আমাদের অনেক দূর।

পথ চলা আমাদের খেমে থাকেনি কখনো। আমরা সামগ্রিকভাবে মানুষ ও মানবতার কল্যাণে চিকিৎসকদের সুসংগঠিত করার উদ্যোগ গ্রহণ করি। সারা দেশের চিকিৎসক প্রতিনিধিদের সাথে মতবিনিময়ের মাধ্যমে একটি নাম গ্রহণের জন্য ঢাকায় আয়োজন করি 'চিকিৎসক সমাবেশ-৮৯'। পেশাগত আচরণে দক্ষতা ও মানবসেবার মহান আদর্শে উদ্বুদ্ধ হয়ে পেশা সমস্যা সমাধানে যোগ্য নেতৃত্ব প্রদানের লক্ষ্যে ব্যাপকভিত্তিক সংগঠনের জন্য দেই।

১৯৯০ সালে মাত্র পাঁচজন চিকিৎসকের নেতৃত্বে একটি নতুন ধারার সংগঠন আত্মপ্রকাশ করে, যার নাম ন্যাশনাল ডক্টরস ফোরাম সংক্ষেপে এনডিএফ। ছোট্ট নাম, আমাদের অবস্থান বিন্দুর মতো কিন্তু বৃন্তের পরিধি বড় থেকে অনেক বড় হতে থাকে। সে শুধু বাড়তেই জানে। মানুষ ও মানবতার কল্যাণে অন্তহীন পথ চলার যাত্রা শুরু। দেশে তখন স্বৈরাচারবিরোধী আন্দোলন তুঙ্গে। সমগ্র জনতা ঐক্যবদ্ধ। ২৭ নভেম্বর ১৯৯০। চিকিৎসকদের আন্দোলনের ধারাবাহিকতায় আমাদের পিজি হাসপাতালে ছিল বিএমএর সাধারণ সভা। বিএমএর যুগ্ম সম্পাদক ঢাকা মেডিকেল কলেজের ফিজিওলজির প্রভাষক সামসুল আলম খান মিলন কর্মস্থল থেকে পিজিতে আসার পথে ঢাকা বিশ্ববিদ্যালয়ের টিএসসি মোড়ে স্বৈরাচারের লেলিয়ে দেয়া বুলেটে শহীদ হন। মুহূর্তে স্বৈরাচারবিরোধী গণ-আন্দোলন গণ-অভ্যুত্থানে রূপ নেয়। স্বৈরাচারের পতন হয়। দেশের গণতান্ত্রিক আন্দোলনে আমরা অতিক্রম করি আর একটি মাইলফলক।

ডাঃ এম এ মাজেদ পরবর্তীপর্যায়ে গণমুখী স্বাস্থানীতি প্রণয়ন ও মানুষের মৌলিক অধিকার আদায়ের সংগ্রামে বলিষ্ঠভাবে বিএমএর হাল ধরেন। তার নেতৃত্বে ১৯৯১ সালে নবীন সংগঠন এনডিএফের চারজন প্রতিনিধি বিএমএ নির্বাচনে অংশ নিলে আমরা সবাই বিজয়ী হই। ডাঃ এন এ কামরুল আহসান, ডাঃ মোঃ বজলুর রহমান, ডাঃ এম ইদরিস আলী কেন্দ্রীয় নির্বাহী সদস্য ও ডাঃ রুহুল আমীন বিজ্ঞানবিষয়ক সম্পাদক। সবাই এনডিএফের প্রার্থী হিসেবে শতভাগ

সাফল্য অর্জন করে। শুধু তা-ই নয় জাতির সেই দুর্যোগ সময়ে রাজনৈতিক ঐক্যের আগেই পেশাজীবীদের সুদৃঢ় ঐক্য জাতিকে নতুন আলোর পথের সন্ধান দেয়। যার প্রয়োজনীয়তা আজ আরো গভীরভাবে অনুভূত হচ্ছে সুন্দর ভবিষ্যৎ বিনির্মাণের জন্য। আমরা জাতিকে অন্ধকার থেকে আলোর পথে নিয়ে যাওয়ার জন্য প্রতিশ্রুতিবদ্ধ। আমাদের সবার সক্রিয় সহযোগিতা ও সুসংবদ্ধ সাংগঠনিক সাফল্যে ডাঃ এম এ মাজেদ সাহসিকতা ও সুনির্দেশিত দক্ষতায় চিকিৎসা পেশাজীবীদের নেতৃত্ব প্রদান করেন। বাংলাদেশের স্বাস্থ্যব্যবস্থায় গুণগত পরিবর্তন আনয়নের লক্ষ্যে পরপর তিনবার রেকর্ডসংখ্যক বিএমএ'র সভাপতি নির্বাচিত হয়ে ১৯৮৮-১৯৯৬ সাল পর্যন্ত দায়িত্ব পালন করেন। আমরা পেশা আন্দোলনকে আরো ব্যাপক ভিত্তিতে সম্প্রসারণ করে প্রকৌশলী ও কৃষিবিদদের নিয়ে প্রকৃতি গঠনে সক্ষম হই। বৃহত্তম পেশাজীবী সংগঠন বিএমএকে একটি সত্যিকার বিজ্ঞানভিত্তিক সংগঠনে পরিণত করার জন্য আমরা নিরলস প্রচেষ্টা চালাই। বিএমএ'র ইতিহাসে প্রথম আন্তর্জাতিক বৈজ্ঞানিক সম্মেলন এসকড-সেভেন সফলভাবে সম্পন্ন করায় দেশে বিদেশে তা প্রশংসিত হয়। বিএমএ ভবন বেদখল করার সব চেষ্টা ভুল করে একটি আধুনিক বিএমএ ভবন প্রতিষ্ঠা করি। একসময়ে লুণ্ডু ও ক্যারাম খেলার অফিসটিতে প্রতিষ্ঠিত হয়েছে বই পড়ার সুন্দর লাইব্রেরি, সভা-সমিতির সুন্দর পরিবেশ, কনফারেন্স হল, ঢাকা শহরে চিকিৎসকদের নিরাপদ থাকার জায়গা। চিকিৎসাবিজ্ঞানের উন্নতি

ও উৎকর্ষসাধনের জন্য আমরা ব্যাপক সিএমই অ্যাকটিভিটিস পরিচালনা করি—যেখানে প্রাধান্য পায় ইথিক্যাল প্র্যাকটিস, কোয়ালিটি মেডিকেল এডুকেশন ও অন্যান্য। স্নাতকোত্তর চিকিৎসা শিক্ষার ব্যাপক সম্প্রসারণ দেশের স্বাস্থ্যব্যবস্থায় নতুন যুগের সূচনা করে। অনেক আলোচনা-সমালোচনায় আমরা এগিয়েছি অনেক। সামনে পথ অনেক দূর। আলো আঁধারের পথ ঝড়বৃষ্টি থাকবেই। লক্ষ্য মানুষের কল্যাণ।

এনডিএফ স্বাস্থ্যব্যবস্থায় কল্যাণময় ভূমিকা রাখার পাশাপাশি নিজেদের সাংগঠনিক কার্যক্রম বৃদ্ধি, পেশাগত দক্ষতা অর্জন ও সেবাকার্যক্রম বৃদ্ধির চেষ্টা অব্যাহত রেখেছে। ফিমার সদস্য হওয়ার মধ্য দিয়ে আধুনিক দুনিয়ার সাথে চিকিৎসা পেশাজীবীদের মতবিনিময় ও স্বাস্থ্যব্যবস্থার উন্নয়নে কার্যকর ভূমিকা রাখার কৌশল নির্ধারণে ভূমিকা রেখে যাচ্ছে।

ইতোমধ্যে এনডিএফের প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি ও বাংলাদেশ মেডিকেল কলেজের প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি বিশিষ্ট চিকিৎসক ও সমাজকর্মী প্রফেসর এম ইউসুফ আলী ৫ মার্চ ২০১৪ ইনতিকাল করেন। তিনি রেখে গেছেন কিছু অসমাপ্ত কাজ। সেবার মাধ্যমে যে প্রতিষ্ঠানের যাত্রা শুরু, তার সামনে সম্ভাবনার অনেক দুয়ার। সিদ্ধান্ত নেয়ার সময় এসেছে কত সহজে সাবলীল গতিতে সম্ভাবনাগুলোকে সাফল্যের লক্ষ্যে পৌঁছে দেয়া যায়। সামগ্রিক বিবেচনায় ক্যারিয়ার প্ল্যানিং অন্যতম গুরুত্বপূর্ণ উপাদান ও হাতিয়ার, যার মাধ্যমে অনেক বড় কিছু অর্জন করা সম্ভব। ■



মানসিক রোগের ভিন্নতর চিকিৎসা ও প্রতিকার

ডা. আব্দুল ওহাব মিনার

শারীরিক রোগের মতো মানসিক রোগও রোগীকে কষ্ট দেয়, কর্মক্ষমতা কমায়। মানসিক রোগের লক্ষণগুলো শরীরের অঙ্গ-প্রত্যঙ্গের মাধ্যমে প্রকাশ পায় বলে ভুল বিবেচনার অবকাশ থাকে। এসব ক্ষেত্রে শারীরিক রোগ ধরে নিয়ে চিকিৎসা হলে মানসিক রোগ উপেক্ষিত হয়। রোগীর স্বজনরা নিদারুণ মনোযন্ত্রণার শিকার হন। কখনো অপমান বোধ, শঙ্কা, লজ্জার মতো অহেতুক বিষয়গুলোকে খামাখা টেনে আনেন। সামাজিক কুসংস্কারই যার জন্য দায়ী। শরীরের মতো মন দৃশ্যমান নয়, মনের কাঠামোও সাধারণের কাছে

পরিচিত নয় বিধায় মানসিক রোগ ও এর চিকিৎসাপদ্ধতি বিষয়ে ভুল ধারণার সীমা নেই। আধুনিক চিকিৎসাপদ্ধতির পাশাপাশি ভিন্নতর কিছু ঐশী পদ্ধতি অবলম্বন করার সুযোগ আছে। যার মাধ্যমে রোগ চিকিৎসাই কেবল নয় মানসিক রোগ প্রতিরোধও সহজ হবে।

মানসিক রোগের গুরুত্বপূর্ণ লক্ষণ

শাবণ মেঘের মতো আকাশ ছেয়ে থাকা বিষাদময় মন নিয়ে কোনোরকমে কাজ চালিয়ে সংসার ধরে রাখা গৃহিণীর রোগ নির্ণয় হয় বিষণ্ণতা। প্রফুল্লহীনচিত্ত তাকে আর সন্তানদের নিয়ে আনন্দঘন পরিবেশে

মনোরোগ বিশেষজ্ঞ ও সহযোগী অধ্যাপক, আদ-দ্বীন মহিলা মেডিকেল কলেজ

মত্ত থাকতে দেয় না। অकारणे कान्नाकाटि करे घरेर आनन्दमन परिवेशके मुहूर्ते भारी करे तोले एवं आत्तहत्तार मतो पथ तार शेष आश्रय बले अडिज्जन करे। तार विषण्णतार कारण या-ई होक जीवनेर प्रति तार हताशार मात्रा अनेक বেশि बले धरे नेया যায়।

केउ कारणे-अकारणे उडिण्ण। अस्त्रिरता तार नित्यसङ्गी। अहेतुक डीति ताके आलिङ्गनमुक्त हते देय ना। अकारणे मरे याण्यार भय ताके सब काज थेके विरत रेखे घरबन्दी करे। केउ आवार बार बार एकई चिन्ता करते থাকे। ये अस्त्रिकर चिन्तार डित नेई रोगी बार बार सेई चिन्ता करे, आवार एकई अर्थहीन काजओ करे।

एई अवसेशन ओ कम्पललशनेर से एकजन क्रीडानक। से हताश हय, विमर्ष हय, कখনो या बला हयनि ता से शोने। या दृश्यामन नय ता से देखे, तद्रूप येथाने घ्राण नेई अथच से घ्राण पाय। अलीक बस्तते विश्वास स्थापन एवं ए निये रागारागि, डाङ्गूर ओ अर्थहीन बाक्यालाप। निजेर यत्न, समाज संसारेर दायित्व पालन रेखे ब्यक्तिटि अथर्व हये यय। तार एई मानसिक विपर्युस्तताके पास्ता देया छाड़ा आर कोनो उपाय থাকे ना। मानसिक रोगी निजेर असुखताके बुराते पावे ना विधाय तादेर एकांश घरवाडि छेड़े रास्तय रास्तय घुरे वेड़ाय, यादेरके अनेक ग्रामेगञ्जे शिकल दिये बेधे राखते देखा यय। कारणे- अकारणे अस्त्रिरता, चङ्गलता, डाङ्गूर कर, अहेतुक अर्थहीन বেশि कथा बला, उतेजित हओया एवं अन्यके आघात कर मानसिक रोगेर उपसर्ग। रोगी बुराते पावे ना से असुख तई कখনो से निजेकेओ आघात करे एवं जीवनके

केड़े निते आत्तहत्तार पथ बेहे नेय। सन्देहेर बशे अन्यके आघात कर किंवा खून करार काजटिओ करे फेले। नेशाग्रन्थ ब्यक्तिदेरओ सार्विक विवेचनाय मानसिकभावे असुख वा विकारग्रन्थ मने कर हय। नेशार कारणे परवर्तीकाले रोगीर मध्ये सकर्बप्रकार मानसिक रोगेर उपसर्ग देखा देय।

चिकित्सा

मानसिक रोगीदेर वैज्जनिक चिकित्सा एखन बाङ्गलादेशेर सर्वत्र पाओया याछे। सरकारि मेडिकेल कलेज हासपातालेर पाशापाशि बेसरकारि हासपाताल ओ क्लिनिके मनोरोग विशेषज्ञ ओ मनोचिकित्सकरा एर चिकित्सा दिये থাকेन। ए छाड़ा मनोरोग विशेषज्ञर जेला ओ उपजेला पर्याये छूटिर दिनগুলোते आउटडोरे चिकित्सासेवा प्रदान करेन। बहिर्विधेर येकोनो उन्नत देशेर मानसिक रोग चिकित्सार मतोतई आमामेदेर देशेर चिकित्सकगण सेवा दिये থাকेन। रोगीराओ सुखतार मुख देखेन दीर्घ दिनेर कष्ट ओ यत्नगर अवसान हय। परित्राण पाय परिवारेर अन्यान्य सदस्य। चिकित्सार ক্ষेत्रे ओषुधेर पाशापाशि मनोचिकित्सा देया हय। येथाने साइकोथेरापि, काउन्सिलिङ विहेवियाराल थेरापि থাকे। मनोविज्जन छाड़ाओ दर्शन, समाजविज्जन ओ धर्मीय ऐश्रीग्रन्थগুলো एई मनोचिकित्साय ओ रोग प्रतिरोधे दृष्टांत स्थापनकारी भूमिका राखते पावे।

डिनुतर चिकित्सा ओ प्रतिकार/प्रतिरोध येसब कारणे मानसिक रोगेर ए उपसर्गগুলো देखा देय तार अधिकांशई प्रतिरोधयोग्य। सामाजिक मूल्याबोध वृद्धि ओ धर्मीय अनुशासन मेने चलले एसब

রোগ থেকে মুক্তি পাওয়া সম্ভব। গতিশীল এই পৃথিবী প্রতিযোগিতায় পরিপূর্ণ। যুগে যুগে মানুষ কল্যাণের নামে অকল্যাণও কম করেনি। সিগারেটের প্যাকেটের গায়ে সতর্কীকরণ বাণী তার প্রমাণ। মানুষে মানুষে ভেদাভেদ শ্রেণিবিন্যাস মানুষকে অমানুষে পরিণত করেছে। শাসক শোষকদের দ্বন্দ্ব অনেক পুরনো, তা আধুনিক সমাজে ভিন্ন আকারে বিদ্যমান। সমাজে টিকে থাকার তাড়নায় জীবনযুদ্ধে বিজয়ী হওয়ার স্বপ্নে, সুখ্যাতির চরম শিখরে আরোহণের অভিলাষ মানুষকে অন্ধ করে তোলে। সে নিজের সুখ নষ্ট করে, সে ভুলে যায় পৃথিবীতে আগমনের হেতু, কী তার কাজ, কোথায় হবে তার নাশ! পৃথিবীতে মানুষ এসে চলে যায়, মৃত্যুতে তার পরিসমাপ্তি। সে জানে না মৃত্যুর পর কী পরিস্থিতি তার জন্য অপেক্ষমাণ। তবে পৃথিবীর বেশির ভাগ মানুষ ধর্মবিশ্বাস, দর্শন বা সামাজিক প্রশিক্ষণের মাধ্যমে মৃত্যুর পরের জীবনকে বিশ্বাস করে। ইসলাম তার অনুসারীদের এ বিশ্বাসকে পোক্ত করার জন্য যৌক্তিক কিছু তথ্য কুরআন হাদিস থেকে উপস্থাপন করে। আর বাকিটা নবী-রাসুল সা: গণ যুগে যুগে তাদের সহজ-সরল উদ্বোধনী জীবনযাপনের মাধ্যমে প্রমাণ করে গেছেন পৃথিবী নয়, আসল নিবাস হচ্ছে মৃত্যুর পর জান্নাত-জাহান্নাম। এই বিশ্বাসের ওপর মানুষের চাওয়া-পাওয়া চলনবলন আশা নিরাশা হতাশা বহুলাংশে নির্ভরশীল। যার বিশ্বাস ও আস্থায় ইহকাল ও পরকাল প্রগাঢ়ভাবে একসূত্রে গাঁথা থাকে তার পৃথিবীতে জীবনযাপনের পদ্ধতি এবং যে এ জীবনটাকে শেষ জীবন বলে মনে করে বা বিশ্বাস করে, তার চলার পথ এক হবে না। প্রত্যাশা থেকে প্রাপ্তি, আর প্রাপ্তি মনঃপূত

না হলে হতাশা কাজ করে। মানুষের জীবনে সাময়িক উত্তেজনা, উৎকণ্ঠা, উদ্বিগ্নতা আসতেই পারে কিন্তু তা তাকে রোগের দিকে ঠেলে দেবে না। চিন্তা বিবেচনা বিবেক বুদ্ধিমত্তা দিয়ে সে পরিবেশের সাথে দ্রুত খাপ খাইয়ে নেবে। কোনোটাই তার চেয়ে অতি স্থায়ী বিবেচিত না হওয়ায় সে সাময়িক লোকসানে হতাশায় ভেঙে পড়ে না। এমনকি পারিবারিক কলহের জের ধরে স্ত্রীর ডিভোর্স লেটারও তাকে বিমর্ষ করে না। কারণ সংশ্লিষ্ট প্রসঙ্গে তার একজন মুসলিম হিসেবে যা দায়িত্ব পালনের কথা ছিল, তা সে যথাযথভাবে করেছে। তাই কোনো একটা গাইডলাইন মেনে চললে ব্যক্তির পথ চলা অনেক ঝুঁকিহীন ও স্বচ্ছন্দের হয়। মুসলমানদের জন্য আল-কুরআন হচ্ছে সেই গাইডলাইন। সর্বশেষ নবী হজরত মুহাম্মদ সা: হচ্ছে তার পথপ্রদর্শক। যিনি তার ব্যক্তিগত জীবনে একজন আদর্শ মুসলমানের জীবনযাপনের ধরনটা সুন্দরভাবে উপস্থাপন করেছেন। মুহাম্মদ সা: বলেছেন, “তোমরা আমার প্রতিদিনের কাজকর্মকে অন্য মানুষের সামনে তুলে ধরো।” এখানে তিনি তার কোনো বিশেষ ধরনের কাজের কথা বলেননি। প্রতিদিনের প্রতি মুহূর্তের কাজকর্ম কথাবার্তাকেই এখানে বুঝানো হয়েছে। তাই আমরা তার যুদ্ধময়দানের নির্দেশনা থেকে শুরু করে স্ত্রীদের সাথে মান-অভিমানের আলাপচারিতার খবর পর্যন্ত জানি। মুহাম্মদ সা:-এর জীবনের কোনো অংশই গোপন নেই। জীবনকে উদ্বোধনী করতে এর চেয়ে উত্তম কোনো পন্থা মনোবিজ্ঞানীদের ভাঙারে নেই। সূরা আলে ইমরানের ২৯ নম্বর আয়াতে বলা হয়েছে, “তোমরা তোমাদের মনের কথা

গোপন রাখো অথবা প্রকাশ করো তা সবই আল্লাহ জানেন” ।

আল্লাহ মানুষের মনের অবস্থা ভালো জানেন বলেই কুরআনের মাধ্যমে আরো সুস্পষ্ট করে জানিয়েছেন—

“হে লোকেরা! তোমাদের কাছে তোমাদের রবের পক্ষ থেকে নসিহত এসেছে! এটি এমন জিনিস যা অন্তরের রোগের নিরাময় এবং যে তা গ্রহণ করে নেয় তার জন্য পথনির্দেশনা ও রহমত” (সূরা ইউনুস) ।

অতএব বোঝা গেল আল কুরআনকে আল্লাহ পাক মনের রোগের নিরাময় হিসেবে ঘোষণা দিয়েছেন এবং আশ্বস্ত করেছেন যারা এ নসিহত (কুরআন) মানবে তাদের দৃষ্টিস্তার কারণ নেই । এটাই পথনির্দেশনা । কুরআনই যে মনোরোগের প্রতিষেধক ও ওষুধ তা আমরা অন্যান্য আয়াতেও পাই—

“সবর অবলম্বন করো । আর তোমার এ সবর আল্লাহরই সুযোগ দানের ফল মাত্র । এদের কার্যকলাপে দুঃখ কোরো না এবং তাদের চক্রান্তের কারণে মনোক্ষুণ্ণ হয়ো না । আল্লাহ তাদের সাথে আছেন যারা তাকওয়া অবলম্বন করে এবং যারা সৎকর্মপরায়ণ । (সূরা আন নাহল, ১২২) আল্লাহ তার বান্দাদের বিপদে-আপদে অস্থিরতার বদলে ধৈর্যশীল হতে বলেছেন, স্থিরতার পরামর্শ দিয়েছেন । সমাজ সংসারে যেসব দুষ্ট লোকজন আপনার পেছনে লেগে যাবে, আপনাকে কষ্ট দিতে চাইবে তাতে দুঃখ না পেয়ে, মনোকষ্ট না নিয়ে হতাশ না হয়ে আল্লাহর ওয়াদাকে বেছে নিতে হবে, যে আল্লাহর জন্য ধৈর্য ধারণ করবে আল্লাহ তাকে সুন্দরের পথে টেনে নেবেন, যেহেতু আল্লাহ তাদের সাথে আছেন ।

আবার ছোট এই দুনিয়ায় স্বল্প সময়ের

মূল দায়িত্বের ব্যাপারে আল্লাহ বলে দিয়েছেন—

“হে মুহাম্মদ! পরিষ্কারভাবে সত্যের পয়গাম পৌছে দেয়া ছাড়া তোমার আর কোনো দায়িত্ব নেই” (সূরা আন নাহল, আয়াত ৮২)

“হে নবী! প্রজ্ঞা ও বুদ্ধিমত্তা এবং সদুপদেশসহকারে তোমার রবের পথের দিকে দাওয়াত দাও এবং লোকদের সাথে বিতর্ক করো সর্বোত্তম পন্থায়” (সূরা : আন নাহল, ১২৮)

যারা সত্যের অনুসন্ধান পেয়ে মুক্তির পথে ছুটে চলেছে তাদের এক নম্বর দায়িত্ব হচ্ছে, অন্ধকারে হাতড়ে মরা লোকদের এই মহা সত্যের আলোকবর্তিকার দিকে আহ্বান জানানো— যা নিজ হৃদয়কে আরো প্রজ্বলিত করে । যুগে যুগে নবী রাসূলগণের এটাই ছিল একমাত্র কাজ । আল্লাহর কাছে মানুষের কোন জিনিসটি বেশি গ্রহণযোগ্য সে সম্পর্কে মুহাম্মদ সা: বলেছেন, “আল্লাহ তোমাদের শরীর ও চেহারার প্রতি ভ্রূক্ষেপ করেন না বরং তোমাদের মনের ও কর্মের দিকে দৃষ্টিপাত করেন” । এমন ঘোষণার পর স্বাভাবিকভাবেই মানুষ তার বাহ্যিক সৌন্দর্যের দিকে ভ্রূক্ষেপ ও আফসোস করবেন না বরং সুন্দর ও ভালো কাজের প্রতি মনোযোগী হবেন । দুনিয়ায় অন্য মানুষের বিস্ত-বৈভব মানবশক্তি কখনো কখনো দুর্বল ঈমানদারদের কাবু করে ফেলে সে ক্ষেত্রে আল্লাহর ঘোষণা—

“তাদের ধনাঢ্যতা ও অধিকসংখ্যক সন্তান-সন্ততি যেন তোমাদেরকে প্রতারিত করতে না পারে” ।

আল্লাহর বিশালত্ব ও মাহাত্ম্য প্রকাশ করতে যাতে মনে কোনো কুণ্ঠাবোধ না হয় তাই বলা হয়েছে—

“কাজেই হে নবী!

তোমাকে যে বিষয়ে হুকুম
দেয়া হচ্ছে তা সরবে
প্রকাশ্যে ঘোষণা করো,
শিরককারীদের মোটেই
পরোয়া কোরো না” ।
এরপর মুমিনদের প্রাপ্তি
নিয়ে আল্লাহ বলেছেন—
'তোমাকে দান করেছে
মহান কুরআন । আমি
তাদের মধ্য থেকে বিভিন্ন
শ্রেণীর লোকদের দুনিয়ায়
যে সম্পদ দিয়েছি সে
দিকে ভূমি চোখ উঠিয়ে
দেখো না এবং তাদের



অবস্থা দেখে মনোক্ষুণ্ণ হয়ো না ।
তাদেরকে বাদ দিয়ে মুমিনদের প্রতি
ঘনিষ্ঠ হও এবং (অমান্যকারীদের) বলে
দাও, আমি তো প্রকাশ্যে সতর্ককারী ।
(সূরা হিজর, ৮৮-৮৯)
অর্থাৎ দুনিয়ায় অন্যান্য সাধারণ মানুষের
যা চাহিদা থাকবে ঈমানদারদের চাহিদা
থাকবে ভিন্নতর । লৌকিক চাকচিক্যময়
বিলাসবহুল জীবন তার কাম্য হবে না ।
আর যাদের এ অবস্থা আছে সে জন্য
কষ্টও সে পাবে না বরং অন্য মুমিনদের
তার ঘনিষ্ঠ করে নেয়া আপন করে নেয়া
তার বিপদে-আপদে ঝাঁপিয়ে পড়া দায়িত্ব
বলে ঘোষণা করা হয়েছে ।
এখানে অন্য মুসলিমদের জন্য তার
দায়িত্বের পরিধি বাড়িয়ে বলা হয়েছে—
“তারা ভালোবাসে সেই লোকগুলোকে
যারা হিজরত করে তাদের কাছে এসেছে ।
তাদের যা-ই দেয়া হয় তার কোনো
প্রয়োজন পর্যন্ত তারা নিজেদের মনে
অনুভব করে না বরং নিজেদের তুলনায়
অন্যদের অগ্রাধিকার দেয় । নিজেরা যতই
অভাবগ্রস্ত হোক না কেন; বস্ত্রত যেসব

লোককে তাদের মনের সঙ্কীর্ণতা থেকে
রক্ষা করা হয়েছে তারাই কল্যাণ লাভ
করবে” (সূরা হাশর, ৯)

এর চেয়ে চমৎকার অভিব্যক্তি আর কী
হতে পারে? ঈমানদারগণ সর্বদা অন্য
ভাইকে অগ্রাধিকার দেবে । নিজের
প্রয়োজনকে তুচ্ছজ্ঞান করবে । যখন
কোনো ব্যক্তির দর্শন এ নিরিখে দণ্ডায়মান
হয় তখন তার ভেতরে আত্মসুখ ছাড়া
আর কী হতে পারে? বিষণ্ণতা তাকে
কিভাবে গ্রাস করবে, সে সুযোগ কোথায়?
তার জীবনের চাওয়া-পাওয়া গতিপ্রকৃতি
সম্পূর্ণ ভিন্ন চঙে নির্মিত । ত্যাগকেই তার
সর্বোচ্চ ভোগ বলে মনে হয় । না দিতে
পারার বেদনা তাকে আরো ত্যাগী হতে,
উৎসর্গীকৃত হতে অনুপ্রেরণা জোগায় ।
কুরআনের আহ্বান ও মন্তব্য শুনে আত্মা
প্রশান্ত হতে বাধ্য ।

“প্রকৃত ব্যাপার এই যে, আল্লাহ মুমিনদের
থেকে তাদের ধনসম্পদ জান্নাতের
বিনিময়ে কিনে নিয়েছেন” (সূরা আত
তাওবা, ১১২)

জান্নাত যারা পাবেন অনন্তকালের কলহ

উদ্বোধন দ্বন্দ্বহীন জীবন তাদের ইহকালের জীবনটা আল্লাহর দেয়া বিধানমতো চালাতে হবে। আর তার নিজস্ব সত্তা বলতে কিছুই থাকবে না। এটা বড় প্রশান্তির কথা। বিক্রি করা জিনিসের মালিকানা তার হাতে থাকবে না, দায়িত্বও থাকবে না। যিনি খরিদ করেছেন সব দায়ভার তার ওপর ছেড়ে দিয়ে ফুরফুরে মেজাজে থাকার চেয়ে বড় সুযোগ আর কি আছে!

সন্তান যখন দিনশেষে মায়ের কাছে শুয়ে থাকে বাইরে বজ্রপাত হলে, কালবৈশাখীর ঝড়ো হাওয়ায় টিনের চালে ঝটাস ঝটাস শব্দ হতে থাকলে বাচ্চাটা মায়ের বুকের সাথে মিশে তাকে আঁকড়ে ধরে। মাও তাকে জাপটে ধরে পিঠে টুক টুক শব্দ করে আশ্বস্ত করে। শিশুটা তখন প্রশান্ত হয়, উদ্বোধন থাকে। আল্লাহ পাক যখন তার বান্দাকে এভাবে আশ্বাস দেন এবং বলেন—

“আর আল্লাহর চেয়ে বেশি ওয়াদা পূরণকারী আর কে আছে? কাজেই তোমরা আল্লাহর সাথে যে কেনাবেচা করেছো সেজন্য আনন্দ করো”।

আল্লাহ যাকে ওয়াদা দেন তার মতো ভাগ্যবান আর কে আছে? সে লোক কেন অন্তর্জ্বালায় পুড়বে? আত্মগ্নানি তাকে কেন দাহ করবে? আশাহীন, সহায়হীন, মনমরা হওয়ার সুযোগ আছে কি আদৌ তার? ছন্দহীন দ্বন্দ্ব নিয়ে হতাশায় কাঁথা মুড়ি দিয়ে শুয়ে কাটানোর কোনো প্রশ্ন কি সেখানে থাকে?

আল্লাহ তার বান্দাকে জান্নাতের সুখবর শুধু দিচ্ছেন না বরং আল্লাহর সাথে এই চুক্তিবদ্ধতার জন্য আনন্দ করতেও বলেছেন। খুশি হতে বলেছেন। এ আনন্দ হবে বোঝাহীন, শঙ্কাহীন, দ্বন্দ্বহীন, কলুষমুক্ত জীবনযাপনের নিশ্চয়তাপ্রাপ্তির

আনন্দ। বিশালত্বের সাথে ক্ষুদ্রের মিলনের, চুক্তিবদ্ধতার জন্য মিষ্টিমুখ আনন্দ।

খোদায়ী এসব আয়াতের মূল বক্তব্য বুঝতে না পারলে ঈমানদারদের চিত্ত নিত্যদিনের স্বর্গীয় সুখ পাওয়া থেকে বঞ্চিত হবে।

আল্লাহ বিরাট বিশাল। সব কিছু আল্লাহতে শুরু, সব কিছু আল্লাহতে শেষ। অতএব মানুষের উচিত শর্তহীনভাবে তার কাছে আত্মসমর্পণ করা। তাই ইবাদতের ক্ষেত্রে একত্রচিন্তে, একমুখী হয়ে একনিষ্ঠভাবে ইবাদত করার আহ্বান এসেছে বিভিন্ন আয়াতে।

“তুমি তোমার রবের নাম স্মরণ করতে থাকো এবং সবার সম্পর্ক ছিন্ন করে একমাত্র তারই দিকে মনোনিবেশ করো” সূরায় আল আনআমে ১৬২ নম্বর আয়াতে আল্লাহ বলেন—

“বলো! আমার নামাজ, আমার ইবাদতের সমস্ত অনুষ্ঠান, আমার জীবন ও মৃত্যু সব কিছু আল্লাহ রাব্বুল আলামিনের জন্য, যার কোনো শরিক নেই। এরই নির্দেশ আমাকে দেয়া হয়েছে এবং সবার আগে আমিই আনুগত্যের শির নতকারী।”

একমুখী হয়ে আল্লাহর কাছে সমর্পণের নির্দেশ আরো আছে— “আর তাদেরকে হুকুম করা হয়েছে যে, তারা যেন একনিষ্ঠ হয়ে আন্তরিকভাবে আল্লাহর দ্বীন পালনের মাধ্যমে একমাত্র তাঁরই ইবাদত করে, সালাত (নামাজ) কায়েম করে এবং জাকাত দান করে। এটাই হচ্ছে সরল ও মজবুত ব্যবস্থা (সূরা আল বাইয়্যিনাহ আয়াত : ৫)।

সুতরাং বলার অপেক্ষা রাখে না ক্ষুদ্র যেমন বৃহত্তের কাছে নতজানু হয় সমর্পিত হয় তখন ক্ষুদ্রের অস্তিত্ব আর টিকে থাকে না। অস্তিত্বহীন বিলীন বস্তুর আবার রোগভোগ,

যাতনা কিসের? তার হতাশা, বিমর্ষতা, হারিয়ে যাওয়ার ভয়, সংশয় আর থাকে না। কারণ তা আর সসীমে বিচরণ করছে না, অসীমে তা বিলীন।

“যারা (আন্তরিকভাবে) বলে, আল্লাহ আমাদের রব এবং তারা এ কথার ওপর অটল থাকে তাদের কোনো ভয় নেই তারা দুশ্চিন্তাও করবে না। তারা দুনিয়ায় যে কাজ করেছিল তার প্রতিদানস্বরূপ জান্নাতবাসী হবে চিরকাল সেখানে থাকবে” (সূরা আল আহজাব, ১৩) আবার আশা ও প্রত্যাশার বাণী। কোনো ভয়, ডর, দুশ্চিন্তার কারণ নেই। কারণ আল্লাহই এর প্রতিদান হিসেবে জান্নাত দেবেন। পরকাল ও ইহকালে স্বস্তি ও প্রশান্তি। পার্থিব বিবেচনায় ইটপাথরের বাড়িঘর, দামি গাড়ি ব্যবসায়ের বৈধ-অবৈধ কাঁড়ি কাঁড়ি টাকা সুখ দেয়—প্রচলিত ধারণার আড়ালে হালাল উপায়ে অর্জিত স্বল্প টাকার সংসারে খোদাভীরু পরকালমুখী জীবনে অভ্যস্ত অল্প শিক্ষিত মানুষগুলো যে কী প্রশান্ত ও সুখী জীবন যাপন করে তা অনেকেই টের পায় না। এটা বর্তমান বিশ্বে প্রতিষ্ঠিত সত্য যে আধুনিক সভ্যতার গতি মানুষকে অনেক মিথ্যুক দাস্তিক হিসেবে সমাজে দাঁড় করিয়ে দিয়েছে যা আত্মমনকে বিষিয়ে তোলে, আত্মাকে অপবিত্র করে। মানুষ জন্মগতভাবে বিবেকের মাধ্যমে সমাজের ভালোমন্দ বিচার করতে শেখে। যারা ইসলামে দীক্ষিত নয় তারাও যদি এ হাদিসটা অনুসরণ করে তবে তারা নিশ্চিত কল্যাণ লাভ করবেন। “যা তোমাকে সন্দেহে ফেলে দেয় তা ছেড়ে দিয়ে যা তোমাকে সন্দেহমুক্ত করে তাই গ্রহণ করো।” সত্যনিষ্ঠা অবশ্যই প্রশান্তিদায়ক। আর মিথ্যা সন্দেহ সৃষ্টিকারী।

পরিবারে কলহবিবাদ থাকার কারণে সন্তানদের মধ্যে পিতামাতার প্রতি অনীহার সৃষ্টি করে। তারা পিতা-মাতার বিপথগামিতার অনুকরণ-অনুসরণ করে। একসময় নিজেরাও বিপথগামী হয় এবং মাদকাসক্তিসহ বিভিন্ন দুষ্কর্মের দিকে ধাবিত হয়। এসব ক্ষেত্রে কুরআনের শাস্ত আহ্বান সুন্দর পারিবারিক জীবনে অভ্যস্ত করে তুলতে পারে।

“আমরা মানুষকে নিজেদের পিতা-মাতার সাথে উত্তম ব্যবহার করার নির্দেশ দিয়েছি” (সূরা আনকাবুত, ৮)

“তোমরা আল্লাহর ইবাদত করো, তার সাথে কাউকে শরিক কোরো না, পিতা মাতার সাথে উত্তম ব্যবহার করো এবং নিকটাত্মীয়, ইয়াতিম, মিসকিন, নিকট ও দূরের প্রতিবেশী, বন্ধুবান্ধব, পথিক মুসাফির এবং অধীনস্থ দাস-দাসীদের প্রতিও সদয় ব্যবহার করো”

(সূরা নিসা, আয়াত ৩৬)। ইয়াতিম-মিসকিন ও প্রতিবেশীদের সাথে উত্তম আচরণের নির্দেশ এসেছে বারবার, তাদের অধিকার রক্ষা করে চলার জন্য মুমিনদের প্রতি আহ্বান জানানো হয়েছে।

সাহাবাগণ রাসূল সা:-এর প্রতিবেশীর অধিকারের বয়ান শুনতে শুনতে এমন সন্দেহ পোষণ করে ফেলেন কি না তাদের সম্পদের উত্তরাধিকার বানিয়ে দেন প্রতিবেশীদের। উত্তম প্রতিবেশী বিশ্বস্ত বন্ধু হলে স্বস্তির জন্য আর কী লাগে! মানুষের প্রতি দায়িত্ব পালনে মেটাল হেলথ স্ট্রং হয়। আর সুস্থ ও দৃঢ় মানসিক শক্তি যে-কাউকে ব্যক্তিগত সামাজিক ও পেশাগতভাবে উন্নতির চরম শিখরে নিয়ে যেতে পারে।

মানুষ যখন তার ব্যক্তিগত পারিবারিক ও সামাজিক দায়িত্ব সঠিকভাবে পালন করে না, ফাঁকি দেয়, তার দায়বদ্ধতাকে এড়িয়ে

যায় তখন তার মধ্যে নিজের অগোচরেই অপরাধপ্রবণতার সৃষ্টি হতে থাকে, যা পরে সময়ের ব্যবধানে বড় আকার ধারণ করে এবং মানসিক রোগের সৃষ্টি করে। উপরি উক্ত আয়াতের আলোকে পারিবারিক এবং সামাজিক দায়িত্ব পালন করলে মানুষের মনের দৃঢ়তা বাড়ে, আস্থাবান হয় ও হৃদয়ে প্রশান্তি আসে।

আমরা অ্যাকাডেমিক রেজাল্ট দেখে অথবা কারো বক্তৃতা বিবৃতিতে বিমোহিত হয়ে তাকে বুদ্ধিমান বা জ্ঞানী বলি। কারো টোকস উপস্থাপনায় মুগ্ধ হয়ে তাকে সব্যসাচী বলি। কিন্তু হাদিসের আলোকে বুদ্ধিমান কে?

“বুদ্ধিমান সেই ব্যক্তি যে তার নফসের হিসাব নেয় (আত্মসমালোচনা করে) এবং মৃত্যুর পরের জীবনের জন্য কাজ করে। আর দুর্বল সেই ব্যক্তি যে নিজেকে কুপ্রবৃত্তির গোলাম বানায় আবার আল্লাহর কাছেও প্রত্যাশা করে” (তিরমিজি)

“লোকদের মধ্যে অধিক জ্ঞানী বুদ্ধিমান ও সতর্ক ব্যক্তি সে, যে মৃত্যুর কথা সবচেয়ে বেশি স্মরণ করে এবং সে অনুযায়ী প্রস্তুতি নেয়” (মুসলিম, বোখারী)

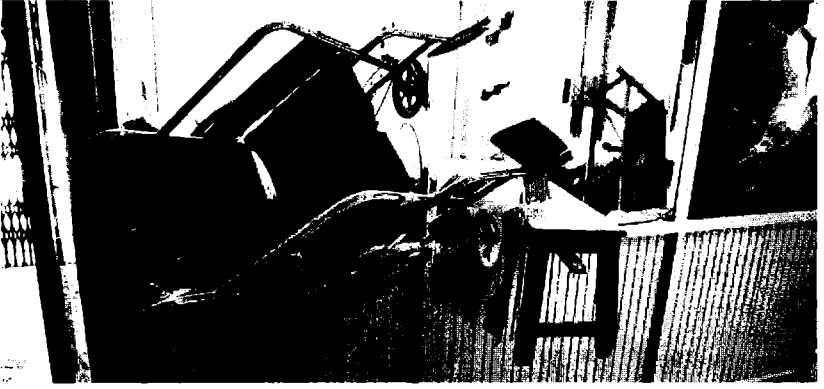
আবার সূরা জিলজাল-এ আল্লাহ পাক বলেন—

“অতএব কোন ব্যক্তি বিন্দু পরিমাণ ভালো কাজ করলেও সে তা দেখতে পাবে” (সূরা আল জিলজাল, ৭)। ভালো কাজ করে প্রভুর কাছে প্রিয় হওয়ার জন্য এই আয়াত আমাদের ভীষণভাবে উদ্বুদ্ধ করে এবং এর পরের আয়াতের কথা মনে রেখে ছোট অন্যায বা খোদাবিমুখ কাজ থেকে আমরা বিরত থাকব। মানবচরিত্রকে নিয়ন্ত্রিত রাখার জন্য এই আয়াত দুটো খুবই কার্যকর।

এসব কুরআনের আয়াত ও রাসূলের অমীয় বাণী একটা স্বচ্ছ সুন্দর ও

ভারসাম্যপূর্ণ জীবনের দিকে আমাদের ডাকে। আমরা স্বেচ্ছায় জেনেবুঝেই এই জীবনটাকে বেছে নিয়েছি। কিন্তু আমরা কখনো সামান্য ঝামেলা দেখলেই বিভ্রান্ত হই ও দ্রুত আত্মপরিচয় বিস্মৃত হয়ে অন্য আদর্শ বা কৃষ্টির প্রতি আকৃষ্ট হই ও ঝুঁকে পড়ি। মূলত জ্ঞানের গভীরতার অভাব ও আকিদায় ঘাটতি থাকায় আমরা নফসের কাছে হার মানি। তখন মনের ওপর নানাবিধ চাপ পড়ে যা সামলাতে আমরা দিশেহারা হয়ে পড়ি বলে নানা রকমের মানসিক রোগ সৃষ্টি হয়। লোভ, ক্ষোভ, হিংসা-বিদ্বেষ, পরশ্রীকাতরতা, অস্থিরতা, দ্বন্দ্ব, উদ্বেগবিহীন প্রশান্ত একটা সমাজ বিনির্মাণে কুরআনিক এই গাইডলাইনের কোনো বিকল্প নেই। মনের যে গড়ন মনোবিজ্ঞানীরা আবিষ্কার করেছেন, তাকে কলুষমুক্ত রাখতে কুরআন হাদিসের এই জ্ঞান অর্জন ও অনুসরণ চমৎকার কাজ করছে ও করবে বলে আমার দৃঢ় বিশ্বাস। আমাদের জানা মতে, এর চেয়ে সৌন্দর্যমণ্ডিত, সার্বিক বিবেচনায় ঝুঁকিহীন ও প্রশান্তির জীবন আর হয় না।

বাল্যকাল থেকে কুরআন হাদিসের অনুকরণ অনুসরণ চলতে থাকলে একসময় তা সংস্কৃতি বা কৃষ্টিতে পরিণত হয়ে যাবে। আর এভাবে আমরা বেশির ভাগ বড় বড় মানসিক রোগ থেকে নিস্তার পেতে পারি। কুরআনের আরো অজস্র আয়াত আছে যা মানুষকে মানুষের মর্যাদায় অধিষ্ঠিত করে ও পাশবিক জীবন থেকে মুক্তি দেয়। পক্ষান্তরে জীবনের সব ধরনের দ্বন্দ্বসজ্জাত ও উত্তেজনাকে দূরে রেখে উপহার দেয় এক অনাবিল প্রশান্তির জীবন। অতএব মানসিক রোগের সব রকম কারণ এখানে গোড়াতেই হেঁচট খায় এবং মুক্তি দেয় মানবতাকে মানসিক রোগ থেকে। ■



ডাক্তারদের প্রফেশনাল অর্গানাইজেশন কেন এবং কিভাবে

ডা. মোহাম্মদ ইলিয়াস

আবার আক্রান্ত চিকিৎসক।
আবার শিরোনামে ডাক্তার এবং
সাংবাদিক। ফেসবুকে

লেখালেখি, চায়ের টেবিলে ঝড়- আরো
কয়েক দিন চলবে।

এরপর...

ধীরে ধীরে সবার আবেগ ঠাণ্ডা হয়ে যাবে,
উচ্ছ্বাস, ঘৃণা, ক্রোধ প্রশমিত হয়ে যাবে।
শেষমেশ, ডা. মুরাদ ভাইয়া ও সাদিয়া
আপুর নির্মম খুনের ঘটনাগুলোও আমার
আপনার কাছে নিছক একটি সংবাদে
পরিণত হবে।

কিন্তু আমাদের করণীয় কিছুই নেই?

সাম্প্রতিক ঘটনাবলির নিরাবেগ
বিশ্লেষণ:

এক.

চলমান সজ্ঞাতের মূল কারণ
demoralization। এটি আমাদের
রাষ্ট্রে বা সমাজের কোনো বিচ্ছিন্ন ঘটনা
নয়, বরং এটা সমাজের সামগ্রিক
demoralization-এরই একটা
বহিঃপ্রকাশ মাত্র। একটা সমাজ যখন
ভাঙনের চূড়ান্ত পর্যায়ে পৌঁছে, তখনই
সমাজের বিভিন্ন অংশ একটি অন্যটির
প্রতিপক্ষ হিসেবে দাঁড়িয়ে যায়। সমাজ বা
রাষ্ট্রব্যবস্থা যদি অত্যাচারী হয়, সেটাও

ফেইজ এ রেসিডেন্ট, নিউরোলজি বিভাগ, বঙ্গবন্ধু শেখ মুজিব মেডিকেল বিশ্ববিদ্যালয়

একধরনের decriminalization, অর্থাৎ সমাজ বা রাষ্ট্র কর্তৃক অন্যায়ের পক্ষে পরোক্ষ ইক্ষন । আমাদের সমাজে সেটাই ঘটছে ।

দুই.

চলমান সঙ্কটের বাহ্যিক কারণটি হচ্ছে poor doctor-patient relationship বা অন্য কথায় breach of faith in doctor-patient relationship । সোজা বাংলায় বললে, এটা হচ্ছে সমাজে বিদ্যমান মানুষ-মানুষে, পেশাজীবী-পেশাজীবীতে যে সামগ্রিক আস্থার সঙ্কট চলছে, বিশ্বাস করার মতো আস্থাস এবং আস্থাস পাওয়ার মতো বিশ্বাসের যে অভাব, সেটারই একটা উপসর্গ হচ্ছে সাম্প্রতিক ঘটনাগুলো ।

তিন.

ডাক্তারদের একটা সত্যিকারের প্রফেশনাল অর্গানাইজেশন এখনো আমাদের দেশে নেই । একটা প্রফেশনাল অর্গানাইজেশন অন্যান্য দেশে যে ভূমিকা পালন করে সেটা আমাদের দেশে অনুপস্থিত ।

চার.

ডাক্তারদের ওপর যে নির্যাতন হচ্ছে সেটার বিরুদ্ধে কেবল জেনারেশন নেস্ট্রটের ডাক্তারেরা অর্থাৎ নবীন ডাক্তারেরাই সোচ্চার । বড় বড় রথী-মহারথীর এখানে কোনো ইনভল্ভমেন্ট নেই বললে চলে । এই শ্রেণী (প্রতিষ্ঠিত ডাক্তারেরা) একমাত্র তখনই নামেন যখন তারাও আক্রান্ত হন ।

পাঁচ.

সাংবাদিকদের এই রকম অলআউট অ্যাটাক কি স্বতঃস্ফূর্ত (primary) নাকি আরোপিত (secondary) সেটা খতিয়ে দেখতে হবে । Secondary বলতে আমরা বোঝাতে চাই সাংবাদিকরা এটা

কারো ইক্ষনে করছে কি না, সেটা দেখতে হবে । কেন সাংবাদিকরা এ কাজ করছে? চিকিৎসাবিজ্ঞানের উন্নতির সাথে সাথে চিকিৎসার জন্য আমাদের দেশ থেকে প্রতিবেশী দেশে রোগীদের গমন (যেটাকে প্রতিবেশীরা বলে মেডিক্যাল ট্যুরিজম) অনেক কমে গেছে । এটাকে বাড়ানোর জন্য যদি প্রতিবেশী দেশ আমাদের সাংবাদিকদের দিয়ে আমাদের চিকিৎসাব্যবস্থার প্রতি সাধারণ মানুষের আস্থার সঙ্কট সৃষ্টি করিয়ে থাকে, আমরা তাতে প্রতিবেশী দেশের দোষ দিতে পারি না । এটা ওদের marketing policy হতে পারে । আফটার অল, এ ব্যাপারে কিন্তু আমাদের সবার দায়িত্বশীল ভূমিকা পালন করতে হবে ।

ছয়.

ভালো খারাপ সব পেশার মধ্যেই আছে, ডাক্তারদের মধ্যে খারাপ ডাক্তার আছেন, আবার সাংবাদিকদের মধ্যেও খারাপ সাংবাদিক আছেন । এক এক ঘটনার ক্ষেত্রে কেস সামারি এক এক রকম । কোথাও ঘটনার জন্য সাংবাদিক দায়ী আবার কোথাও ডাক্তার দায়ী । আমাদের খারাপ ঘটনাগুলো ওই খারাপ দুটো মাইনরিটির ইনভল্ভমেন্টের জন্য কি না সেটা খতিয়ে দেখতে হবে । কারণ সে ক্ষেত্রে আমরা কোনো ব্যবস্থায়ই পরিস্থিতির উন্নতি ঘটাতে পারব না, মোরাল আপগ্রেডেশন ব্যতীত । আমাদের হুজুগে আক্রান্ত না হয়ে ঘটনাগুলোর নিরাবেগ বিশ্লেষণ করে করণীয় নির্ধারণ করতে হবে ।

ডাক্তারসমাজের প্রধান তিনটি সমস্যা হলো-

১. অনৈক্য; তথা ডাক্তারসমাজ বিভিন্ন political entityতে বিভক্ত হয়ে যাওয়া এবং সে কারণে non-political

চিকিৎসক নির্যাতনের প্রতিবাদে সংবাদ সম্মেলন

তারিখ : ১২ মে ২০১৪ খ্রিঃ, সোমবার, সকাল-১১:০০গণ

স্থান : মিএসএ সভাকক্ষ।

৫ বাংলাদেশ মেডিক্যাল এসোসিয়েশন (বি এম এ)



professional organization গড়ে
না ওঠা।

২. মিডিয়ার অপপ্রচারণা এবং ডাক্তারদের
নিজস্ব কোনো মিডিয়া না থাকা।

৩. সাধারণ জনগণের মধ্যে রোগ সম্পর্কে
সচেতনতার অভাব।

ডাক্তারসমাজ এক হতে না পারার বা
non political professional
organization গড়ে না ওঠার
অন্তর্নিহিত কারণ-

অনেক ডাক্তার সাংবাদিকদের সবচেয়ে
খারাপ ও নষ্ট পেশাজীবী হিসেবে
আখ্যায়িত করতে চান।

আমি বলব হ্যাঁ, এই ধরনের অপবাদ
দেয়া খুব সহজ। সাংবাদিকদের মধ্যে
politics আছে তাদের মধ্যে clash
আছে, হলুদ সাংবাদিকতাও আছে। কিন্তু
আপনারা কি লক্ষ্য করেছেন, সাগর-রুনির
বিচারের দাবিতে মোটামুটি সবাই একই
প্লাটফর্মে চলে এসেছিল। এমনকি আমি
টিভিতে এটিএন বাংলার সিনিয়র
সাংবাদিক জ ই মামুনকে দেখেছি তার
কর্তৃপক্ষের (এটিএন চেয়ারম্যান) বিরুদ্ধে
বক্তৃকণ্ঠে আওয়াজ তুলতে।

আমাদেরও অনেক সাগর-রুনি ছিলেন,
ডা. মুরাদ ভাই ও ডা. সাজিয়া আপু

(উত্তরায় একটি ক্লিনিকে সিলেট
মেডিক্যালের যে মেধাবী ডাক্তার
আপুটাকে রেপ করার পর হত্যা করা
হয়েছিল)। কিন্তু আমরা এক হতে
পারিনি। আমরা এমন কোনো
ননপলিটিক্যাল platform খুঁজে পাইনি
যেখান থেকে আমরা একটি অভিন্ন
কর্মসূচির ডাক দিতে পারি। আর এ ক্ষেত্রে
BMA, NDF, স্বাচিপ বা ড্যাবের মতো
প্রতিষ্ঠানগুলো OIC-র চেয়েও বেশি
ব্যর্থ। এরা ডাক্তারদের কোনো স্বার্থ
যথাযথভাবে সংরক্ষণ করতে পারেনি।
কেন তারা পারেনি?

আমাদের দেশে অল্প সময়ে অনেক দূর
যেতে হলে রাজনীতির ভূমিকা
অনস্বীকার্য।

এখন, যে রাজনীতি একজনকে অনেক
বড় পর্যায় নিয়ে যাচ্ছে, একদিন সেই
পলিটিক্সের জন্যই সে তার প্রফেশনের
স্বার্থ বিসর্জন দেবে, তাতে অবাধ হওয়ার
কী আছে। আমাদের দেশের ডাক্তারদের
জন্য দুর্ভাগ্যজনক সত্য হচ্ছে- ডাক্তারি
পেশা এখানে কাউকে যত না বড় করে,
তার চেয়ে বেশি বড় করে politics
সবাইকে বড় হওয়ার জন্য যদি
প্রফেশনটাকেই (অর্থাৎ যোগ্যতাকে)

একমাত্র মাধ্যম হিসেবে গ্রহণ করতে হতো, (অর্থাৎ কোনো political manipulation না থাকত) অর্থাৎ প্রফেশনকেই আকড়ে ধরতে হতো তাহলে প্রফেশনের প্রতি তাদের responsibility থাকত। আমাদেরকে যেহেতু পলিটিক্স বড় করে তাই আমাদের দায়বদ্ধতা politics-এর প্রতি profession-এর প্রতি নয়। সুতরাং আমাদের দুরাবস্থার জন্য ঢালাওভাবে 'ডক্টর পলিটিশিয়ান'দের দায়ী করা ঠিক হবে না। বরং শুনতে ভালো না লাগলেও অনেক সিনিয়র ডাক্তারদের নিষ্ক্রিয়তা, কোনো-না-কোনোভাবে পলিটিক্সের প্রতি আনুগত্যবোধ। যে পলিটিক্স তাদের অল্প সময়ে অল্প আয়েশে কিছু দিয়েছে বা কিছু ডাক্তারকে অনেক বড়পর্যায়ে নিয়ে যায়, একটা ক্রাইসিস মোমেন্টে তারা প্রফেশনের প্রতি অনুগত না থেকে সেই পলিটিক্সের প্রতি অনুগত থেকে কৃতজ্ঞতার ঋণ পরিশোধ করেন। সেটা অনেকের দৃষ্টিতে অনায়াস নয়। কিন্তু এতে আমাদের প্রফেশনাল স্বার্থ ব্যাহত হয়। এই সব সমস্যার মোকাবেলা তখনই সম্ভব যখন ডাক্তারদের এমন একটা ভয়েস থাকবে যেটি নন পলিটিক্যাল কিন্তু বিএমএ, এনডিএফ, স্বাচিপ বা ড্যাব-এর চেয়েও অধিকতর শক্তিশালী।

ডাক্তারদের প্রফেশনাল অর্গানাইজেশনের কাজ

১. প্রফেশনের জন্য নিজস্ব কোড অব কন্ডাক্ট তৈরি। যেমন ডাক্তার-রোগী, ডাক্তার-ফার্মাসিউটিক্যালস, ডাক্তার-ডায়াগনস্টিক সেন্টার, ডাক্তার-হাসপাতাল সম্পর্কের সুস্পষ্ট নীতিমালা প্রণয়ন, এক কথায় National guideline for Medical Law & ethics তৈরি করা। জাতি আমাদের কাছ

থেকে এই ব্যাখ্যা আজ হোক কাল হোক চাইবে। আমাদের বার্ষিক ইনডেস্টিগেশন কস্টের ৭৩০ কোটি টাকার (দৈনিক ২ কোটি টাকা) কত অংশ ডাক্তারেরা পান, আর কত অংশ ডায়াগনস্টিক সেন্টার পায় আর কত অংশ রোগী ছাড় পায়— এই টাকার যত অংশই ডাক্তারেরা পান না কেন, নিজেদের আরো transparent রাখার জন্য এই ব্যাপারগুলো জাতির কাছে পরিষ্কার করতে হবে। আমাদের বার্ষিক ড্রাগ ব্যবসার (এক বছরে কেনা ওষুধের মূল্য) ১০,০০০ কোটি টাকার কত অংশ ডাক্তারেরা পান, আর কত অংশ ফার্মাসিউটিক্যাল কোম্পানি পায় এটাও জাতি আমাদের কাছে জানতে চাইতে পারে। আমরা ভালো করেই জানি, হাসপাতাল ব্যবসা বলেন আর ডায়াগনস্টিক সেন্টারের ব্যবসা, কোনোটারই মূল সুবিধাভোগী ডাক্তারেরা নয়। ডাক্তারেরা যেটা পান সেটা মূল ব্যবসার আইসবার্গ মাত্র। সুতরাং আমরা কেন অন্যের দায় নিতে যাবো? বিষয়গুলো জাতিকে জানানো উচিত।

২. ডাক্তারের ভুল চিকিৎসায় রোগীর মৃত্যু— এসব কথা কিভাবে বলতে পারে নন-ডাক্তারেরা? ভুল চিকিৎসা হয়েছে কি না এটা যাচাই করতে তো কমপক্ষে একাধিক ডাক্তার দরকার। আমার মতে, হুটহাট তদন্ত ব্যতিরেকে এ ধরনের কথা যেন কেউ না বলে সে জন্য আইন করা দরকার। এ ছাড়া ডাক্তার, আইনজীবী, সাংবাদিক ও পুলিশ প্রশাসনের সমন্বয়ে টাস্কফোর্স বা সার্ভিল্যান্স টিম গঠন করতে হবে। কোথাও ভুল চিকিৎসার অভিযোগ উঠলে সে ক্ষেত্রে এই টাস্কফোর্সের তদন্ত ছাড়া কেউ যেন মতামত দিতে না পারে সেটা নিশ্চিত করতে হবে। কেউ আবার আত্মকে উঠবেন না সাংবাদিক বা পুলিশ



কেন- এই ভেবে। সবাইকে নিয়েই সমাজ, সবাইকে নিয়ে আমাদের চলতে হবে, সমাজ থেকে কোনো একটি পেশাজীবীকেও আমরা ডিলিট করে দিতে পারি না। আমরা সমস্যার কেবল acute management বা symptomatic management চিন্তা করি। আমাদের একটা multi-disciplinary team থাকতে হবে, যারা এই সমস্বয়টুকু করবেন; এতেই দেখবেন ভুল বোঝাবুঝি কমে আসবে অনেকাংশে।

৩. ডাক্তারদের নিজস্ব প্রফেশনাল লেজিসলেটিভ বডি গঠন- যেখানে কোনো ডাক্তার Malpraxis করলে তাকে রাষ্ট্র বা সমাজ শাস্তি দেয়ার আগে আমাদের নিজেদের সংশোধনের কাজ করতে হবে, প্রয়োজনে জরিমানা, শাস্তি প্রভৃতি করে আমাদেরকে সমাজের কাছে নিজেদের আরো গ্রহণযোগ্য করে তুলতে হবে।

৪. মেডিক্যাল ইথিক্স, ডাক্তার পেশেন্ট রিলেশনশিপ, কাউন্সেলিং, বিহেভিওরাল সায়েন্স- এসব ব্যাপারে নিয়মিত সিম্পোজিয়াম, সেমিনার, ওয়ার্কশপ আয়োজন এবং নতুন ডাক্তারদের মধ্যে

নিয়মিত সচেতনতা গড়ে তুলতে এবং ক্লাস নিতে হবে।

৫. আমরা মনে করি আমাদের নিজস্ব মিডিয়া গড়ে তুলতে হবে। ডাক্তারদের এত এত টাকা, অথচ নিজেদের কোনো মিডিয়া নেই। এমন কিছু পেইজ বা ইন্টারনেট সাইট থাকতে হবে, যেগুলোর মাধ্যমে জনগণের মধ্যে রোগ ও রোগী সম্পর্কে জনসচেতনতা সৃষ্টি হবে। একটা মানুষ যখন জানবে Brain stem hemorrhage-এর রোগী সাধারণত বাঁচে না, তখন তাদের কেউ মস্তিষ্কে রক্তক্ষরণে মারা গেলে ডাক্তারের ভুল চিকিৎসায় রোগীর মৃত্যু টাইপের ফালতু দাবি করবে না। পাঁচজন দাবি করলেও অন্তত ১০ জন সেটার বিরোধিতা করবে।

৬. সব ভালো কথাগুলো বলা হয়েছে, সব ভালো কাজগুলো করা বাকি আছে।

আসুন আমরা এবার ভালো কাজগুলো করি। প্রস্তাবিত পাঁচটি কাজের জন্য আগ্রহী ডাক্তার বা সংগঠনকে নিয়ে পাঁচটি সাব কমিটি করে এখনই কাজ শুরু করা হোক। আমরা আর কোনো ডা. মুরাদ বা ডা. সাজিয়ার ঘটনা দেখতে চাই না। ■

অবহেলিত স্বাস্থ্য বাজেট ২০১৩-২০১৪ জাতির প্রত্যাশা

বেঁচে থাকার জন্য মানুষের যে পাঁচটি মৌলিক চাহিদা রয়েছে তার মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা অন্যতম। প্রত্যেকটা রাষ্ট্রের কাছে জনগণের অন্যতম চাহিদা হচ্ছে স্বাস্থ্যসেবা। জনসাধারণের স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করার জন্য প্রয়োজন সুনির্দিষ্ট অর্থনৈতিক পরিকল্পনা, যা প্রতি বছর জাতীয় বাজেট প্রণয়নের মাধ্যমে নির্ধারিত হয়ে থাকে। একটি অর্থবছরে জনগণ কী ধরনের রাষ্ট্রীয় সেবা বা নাগরিক অধিকার ভোগ করতে পারবে তা জাতীয় বাজেটের চিত্র দেখে সহজে অনুমান করা যায়। একটি উন্নয়নশীল দেশ হিসেবে বাংলাদেশের ক্ষেত্রে জাতীয় বাজেট প্রণয়ন এবং বাস্তবায়ন শুধু এক অর্থবছরে সীমাবদ্ধ থাকা চলে

না। যেহেতু ২০১৫ সালের মধ্যে আমরা সহস্রাব্দ উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা (এমডিজি) অর্জন করতে প্রতিশ্রুতিবদ্ধ, অতএব উন্নয়নের জন্যে এখানে একটি সুবিন্যস্ত মাস্টারপ্লান প্রয়োজন। ইতোমধ্যে এমডিজি অর্জনের কোনো কোনো সূচকে আমাদের অগ্রগতি বিশ্ববাসীর কাছে সমাদৃত হলেও আমাদের দেশে এখনো সামগ্রিক স্বাস্থ্যসেবার মান হতাশাব্যঞ্জক।

বর্তমান সরকারের মেয়াদের শেষ বাজেট গত ৬ জুন জাতীয় সংসদে ২০১৩-১৪ অর্থবছরের জন্য মোট ২ কোটি ২২ লক্ষ ৪৯১ কোটি টাকার বাজেট পেশ করা হয়েছে। ৪৩তম এই বাজেট স্বাধীন বাংলাদেশের ইতিহাসে সবচেয়ে বৃহদায়তনের, যাকে অর্থনীতিবিদরা

উচ্চাভিলাষী ও অবাস্তব বলে মন্তব্য করেছেন। কারণ, এ বাজেটে রয়েছে রেকর্ড পরিমাণ ঘাটতি (৫৫ হাজার ৩২ কোটি টাকা); এ বাজেটে আয় ও ব্যয় পরিকল্পনায় যেমন বিস্তর ফারাক রয়েছে, তেমনি বাজেট প্রণয়নে প্রাক্কলিত জিডিপি অর্জন করাও সম্ভব হবে না।



সংসদে বাজেট বক্তৃতা দিচ্ছেন
মাননীয় অর্থমন্ত্রী আবুল মাল আব্দুল মুহিত

২০১৩-১৪ অর্থবছরের বাজেটে স্বাস্থ্য খাতে উন্নয়ন ও অনুন্নয়ন বাজেট মিলে সর্বমোট ৯ হাজার ৪৯৫ কোটি টাকা বরাদ্দ রাখা হয়েছে। গত অর্থবছরের তুলনায় যা মাত্র ১৬২ কোটি টাকা বেশি। অর্থাৎ এ বছর স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা খাতে মোট বাজেটের মাত্র ৪.১ শতাংশ বরাদ্দ রাখা হয়েছে। কিন্তু সামগ্রিক বাজেট বরাদ্দের অনুপাতে যা গত বছরের তুলনায় ০.৭৬ শতাংশ কম (২০১২-১৩ অর্থবছরের বাজেটে স্বাস্থ্য খাতে বরাদ্দের অংশ ছিল ৪.৮৬ শতাংশ যা বর্তমান বাজেটে ৪.১০ শতাংশ)। অর্থাৎ বিশ্বের অন্যান্য দেশে স্বাস্থ্য খাতে বরাদ্দ থাকে মোট বাজেটের ১২ থেকে ১৫ শতাংশ। উন্নয়নশীল অন্যান্য দেশগুলোর মধ্যে শুধু সার্কভুক্ত দেশগুলোর সাথে তুলনা করলেই দেখা যায় যে, বাংলাদেশে স্বাস্থ্য খাতের অবস্থান খুবই নাজুক। মাথাপিছু বার্ষিক বরাদ্দের পরিমাণ ভারতে প্রায় ২৯ ডলার, নেপালে ১৭ ডলার, পাকিস্তানে ১৯ ডলার, শ্রীলঙ্কায় ৫৭ ডলার (গত বছরের রেকর্ড অনুযায়ী)। অর্থাৎ বাংলাদেশে এ পরিমাণ সাড়ে সাত

ডলারের একটু বেশি। এদিক থেকে বাংলাদেশের অবস্থান কত পেছনে তা সহজেই অনুমেয়। কিন্তু বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থার সুপারিশে একটি দেশে স্বাস্থ্য খাতে মাথাপিছু ৪৪ ডলার ব্যয়ের কথা বলা হয়েছে। বর্তমান বাংলাদেশের জনসংখ্যা যদি সাড়ে ১৫ কোটি ধরা হয় তাহলে দেখা

যায় মাথাপিছু হিসেব করলে বছরে একজন মানুষ প্রায় ৬১২ দশমিক ৫৮ টাকার সরকারি স্বাস্থ্যসেবা ভোগ করবে (টাকার একজন বিশেষজ্ঞ ডাক্তারের একবারের ভিজিট কিংবা এক কোর্স ভালো অ্যান্টিবায়োটিকের দাম হিসেব করলে যা হাস্যকর মনে হয়!)। সুতরাং সহস্রাব্দ উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা অর্জনে এ বরাদ্দ নিতান্তই অপ্রতুল। যদি দৈনিক হিসেব করা হয়, তাহলে দেখা যায় যে, একজন নাগরিক বর্তমান বাজেটে সরকারের কাছ থেকে মাত্র ১.৬৮ টাকার স্বাস্থ্যসেবা ভোগ করতে পারবে। সাধারণ বিবেচনাবোধ থেকে বলা যেতে পারে যে, দায়সারা গোছের এ বরাদ্দ দিয়ে সরকারের উন্নয়ন প্রতিশ্রুতি পূরণ কিংবা ডিজিটাল বাংলাদেশ গড়া যেমনি সম্ভব নয়, তেমনি স্বাস্থ্য সেবার মতো মৌলিক নাগরিক চাহিদা পূরণে রাষ্ট্রের দায়বদ্ধতা জনসাধারণের মধ্যে প্রশ্নবিদ্ধ থেকেই যাবে। বাজেট বক্তৃতায় মাননীয় অর্থমন্ত্রী জানিয়েছেন যে, জনস্বাস্থ্যের সুযোগ-সুবিধা নিশ্চিত করতে সরকার আশ্রয় চেষ্টা করছে। কিন্তু দেখা যায়, 'সবার

জন্য স্বাস্থ্য' নিশ্চিত করতে স্বাস্থ্য
অধিকারকর্মীরা দীর্ঘ দিন ধরে এ খাতে
বরাদ্দ বাড়িয়ে তা কমপক্ষে জিডিপি'র ৫
শতাংশ করার দাবি জানিয়ে এলেও
এখনো কোনো সরকার এ বিষয়ে
তোয়াঙ্কা করেনি।

গত বছরগুলোর ধারাবাহিকতায় এবারের
বাজেটেও অন্যান্য খাতের মতো স্বাস্থ্য
বাজেটে উন্নয়ন খাতে ব্যয় ধরা হয়েছে
অনুন্নয়ন খাতের চেয়ে অনেক কম।

বাজেট বরাদ্দের এক-তৃতীয়াংশ খরচ হয়
নির্মাণব্যয়, রক্ষণাবেক্ষণ ও ওষুধসামগ্রী
ক্রয়ে। যার ফলে দেখা যায় সরকারের
পক্ষে নতুন কোনো স্বাস্থ্য প্রকল্প হাতে
নেয়া এবং বাস্তবায়ন করা কঠিন হয়ে
পড়ে। আর পূর্ববর্তী কাজের
ধারাবাহিকতা তো বটেই নতুন প্রকল্পের
ক্ষেত্রেও বাজেট বাস্তবায়নে দেখা যায়
অবকাঠামো গত উন্নয়নের দিকেই বেশি
গুরুত্ব দেয়া হচ্ছে।

ফলে পর্যাপ্ত লোকবল এবং দুর্বল
ব্যবস্থাপনার কারণে বাজেট বরাদ্দের
বিরাট একটি অংশ সিস্টেম লসের মধ্যে
পড়ে যাচ্ছে। যার জ্বলন্ত উদাহরণ,
কমিউনিটি ক্লিনিক। সরকারি হিসেবে
স্বাস্থ্যসেবার মান সম্প্রসারণে নতুন প্রকল্প
হিসেবে ১৩ হাজার ৫ শ' কমিউনিটি
ক্লিনিক কাজ শুরু করেছে আরো ১২ শ
ক্লিনিকের অবকাঠামো নির্মাণকাজ
চলছে। কিন্তু স্বাস্থ্যসেবায় এর অবদান
অনুল্লেখযোগ্য। পরিসংখ্যানে দেখা যায়,
জনবল ও লজিস্টিকের অভাবে এগুলো
থেকে গ্রামের জনগণ আশানুরূপ সেবা
পাচ্ছে না।

বর্তমানে দেশের সরকারি
হাসপাতালগুলোতে প্রায় সাত-আট
হাজার চিকিৎসকের পদ খালি রয়েছে।
কোনো কোনো জেলায় দেখা যায়

অনুমোদিত চিকিৎসক পদের প্রায় দুই-
তৃতীয়াংশ পদ খালি রয়েছে। অবাস্তব
হলেও সত্য, কোনো কোনো হাসপাতালে
চিকিৎসকের অভাবে ফার্মাসিস্টরাই
রোগী দেখেন, যা অত্যন্ত দুঃখের বিষয়।
কয়েক দিন আগে একটা অনলাইন
পত্রিকার প্রতিবেদনে দেখা গেছে,
'নীলফামারীর ডোমার উপজেলা স্বাস্থ্য
কমপ্লেক্সে চিকিৎসক সঙ্কটে রোগী
দেখছেন একজন ফার্মাসিস্ট। আবার
রাঙামাটি জেলায় অনুমোদিত ১৭৫টি
চিকিৎসক পদ থাকলেও সেখানে ১১৪টি
পদই খালি রয়েছে'। স্বাস্থ্য খাতের মতো
এমন একটা গুরুত্বপূর্ণ বিভাগে এ রকম
বেহালদশা দেখলে শুধু হতাশ নয় গভীর
চিন্তার মধ্যেও ফেলে দেয় সচেতন
নাগরিক সমাজকে।

এ জন্য জনস্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞরা মনে
করেন, কমিউনিটি ক্লিনিক প্রকল্পের
পরিবর্তে উপজেলা স্বাস্থ্য
কমপ্লেক্সগুলোকে আধুনিকায়নে আরো
বেশি সুযোগ-সুবিধা এবং সেবার মান
বৃদ্ধি করা হলে সার্বিকভাবে দুস্থ-
অসহায়দের জন্য সেবার মান
অনেকাংশে বাড়ানো যেত।

পরিসংখ্যানে দেখা যায়, বাংলাদেশের
স্বাস্থ্য খাতে সামগ্রিক ব্যয়ের ৩২.৫৩
শতাংশ হচ্ছে সরকারি অনুদান বা
বাজেট বরাদ্দ। অর্থাৎ দুই-তৃতীয়াংশ
খরচ বহন করে জনগণ সরাসরি নিজ
পকেট থেকে।

জাতীয় স্বাস্থ্যকাঠামোর জন্য এটি
নিতান্তই একটি শোচনীয় চিত্র। অথচ
উন্নত বিশ্বে এর অবস্থান সম্পূর্ণ
বিপরীত। যেমন নরওয়েতে মাত্র ১৮
শতাংশ, থাইল্যান্ডে ১৯ শতাংশ,
কানাডাতে ৩৫ শতাংশ এবং শ্রীলঙ্কায়
৫৫ শতাংশ চিকিৎসাব্যয় জনগণ বহন

করে। কিন্তু বাংলাদেশের ক্ষেত্রে দেখা যায় চিকিৎসাব্যয়ের প্রায় ৬৮ শতাংশ ব্যয়ই সেবাপ্রত্যাশীদেরকে বহন করতে হয়। অতএব সহস্রাব্দ উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা অর্জনের চ্যালেঞ্জ মোকাবেলায় সরকারি বরাদ্দ বাড়িয়ে জনগণের ব্যয় কমিয়ে আনা অত্যন্ত জরুরি।

আরেকটি বিষয় হলো জাতিসংঘের হিসেবে প্রতিটি দেশের মোট জনসংখ্যার ১০ শতাংশ প্রতিবন্ধী। সে হিসেবে আমাদের দেশের দেড় কোটি মানুষ প্রতিবন্ধী। তাদের সবার সম্পর্কে বিস্তারিত তথ্য ও পরিসংখ্যান সরকারের হাতে থাকা দরকার।

বাজেট প্রণয়ন ও বাস্তবায়নে কতিপয় গুরুত্বপূর্ণ বিষয় বিবেচনা করা প্রয়োজন। যেমন :

সুশাসন প্রতিষ্ঠা ও দুর্নীতি প্রতিরোধ-

বাজেটের উল্লেখযোগ্য অংশ নির্মাণ ও টেন্ডারের মাধ্যমে এমএসআর সামগ্রী ক্রয়ে খরচ করার আশ্রয় এবং অর্থবছরের শেষ মাসে বাজেটের বেশির ভাগ খরচ করার অদ্ভুত এক প্রবণতা লক্ষ করা যায়, যার কারণ সহজেই অনুমেয়। পর্যালোচনায় দেখা যায়, দেশে স্বাস্থ্য খাতে বাজেট বৃদ্ধি করলেও স্বচ্ছ প্রশাসনিক ব্যবস্থা না থাকায় বিপুল সরকারি বরাদ্দ রাজনৈতিক গোষ্ঠী, আমলাতন্ত্র এবং ব্যবসায়ী চক্রের সামষ্টিক দুর্নীতির শৃঙ্খলে আবদ্ধ হয়ে পড়ছে। ফলে বাজেট বাস্তবায়নের খাতগুলোও অনেকটা পরিকল্পিত দুর্নীতির ছক তৈরির মতো হয়ে যাচ্ছে। তাই প্রশাসনিক কাঠামোয় নৈতিকতার মান উন্নয়ন ও সুশাসন নিশ্চিত করা স্বাস্থ্য খাতকে উন্নয়নের প্রথম ও প্রধান শর্ত।

বেসরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রের দিকে জনসাধারণের নির্ভরশীলতার কারণ সরকারি স্বাস্থ্যকেন্দ্রের প্রতি সাধারণ মানুষের আস্থার সঙ্কট এবং সরকারি বরাদ্দ কম হওয়ার ফলে মানুষ বেসরকারি স্বাস্থ্য প্রতিষ্ঠানের ওপর নির্ভরশীল হয়ে পড়ছে। তা ছাড়া ভূণমূলপর্যায়ের সরকারি স্বাস্থ্যসেবার মান ভালো না হওয়া, চিকিৎসাসেবার সাথে সংশ্লিষ্ট জনশক্তির রোগীদের সাথে ভালো আচরণ না করা, বিভিন্ন রোগ বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকের অভাব, অহেতুক রোগীদের দীর্ঘ সময় অপেক্ষায় রাখা, পরীক্ষা-নিরীক্ষার উন্নত ও প্রয়োজনীয় সরঞ্জামাদি না থাকা, কর্মচারীদের অবহেলা ও ঘুষপ্রবণতা, রোগীদের চিকিৎসকের ব্যক্তিগত চেম্বারে পাঠানো এবং নির্দিষ্ট সময়ের আগেই চিকিৎসকদের কর্মস্থল ত্যাগ করা এসব কারণে সাধারণ মানুষ দিন দিন প্রাইভেট ক্লিনিকগুলোর প্রতি নির্ভরশীল হয়ে পড়ছে।

সরকারি স্বাস্থ্যসেবাকে জনগণের দোরগোড়ায় পৌঁছে দেয়া

প্রথমত, কমিউনিটি ক্লিনিকের প্রতি জোর না দিয়ে উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্সগুলোকে উন্নত ও আধুনিকায়নে কার্যকরী পদক্ষেপ গ্রহণ করতে হবে। উপজেলাপর্যায়ের সব স্তরের মানুষ যাতে সহজে চিকিৎসাসেবা নিতে পারে সে জন্য প্রয়োজনীয় ব্যবস্থা নিতে হবে। সে ক্ষেত্রে পর্যাপ্ত লোকবল এবং প্রয়োজনীয় সহযোগিতার ব্যবস্থা করতে হবে। গ্রামগঞ্জের মানুষ সাধারণত বেশির ভাগই অশিক্ষিত। তারা রোগ সম্পর্কে বিস্তারিত বুঝতে চাইলে চিকিৎসকের সময়ের অভাবে তা শুনতে চায় না। আর্থিকভাবে অসমর্থ রোগীরা যাতে



পর্যাপ্ত সম্মান ও গুরুত্বের সাথে চিকিৎসাসেবা পেতে পারে সে জন্য হেলথ কমপ্লেক্সের সম্পূর্ণ জনবলকে আন্তরিক ও সচেতন করতে হবে। দ্বিতীয়ত, সরকারি ওষুধ সরবরাহ বাড়িয়ে তা প্রকৃত গরিব ও দুস্থদের মাঝে বিতরণ করতে হবে। প্রয়োজনে প্রতিটি হাসপাতালে অভিযোগ বিভাগ খুলে তা কেন্দ্রীয়ভাবে মনিটরিং করতে হবে। তবেই সরকারি চিকিৎসাসেবার প্রতি সাধারণ মানুষের গ্রহণযোগ্যতা বাড়বে। তৃতীয়ত, জেলা হাসপাতালগুলোকে করতে হবে বিশেষজ্ঞ চিকিৎসাসেবার প্রাণকেন্দ্র। বিশেষজ্ঞ ডাক্তার, প্রয়োজনীয় সার্জারি, লাইফ সাপোর্ট (ICU)সহ সব ধরনের বিশেষজ্ঞ চিকিৎসাসেবা যাতে জেলাপর্যায়েই জনগণ পেতে পারে সে ব্যবস্থা নিতে হবে। চতুর্থত, মেডিক্যাল কলেজ হাসপাতালগুলোকে অ্যাকাডেমিক ট্রেনিংয়ের জন্য ঢেলে সাজাতে হবে। সরকারি মেডিক্যাল কলেজগুলোতে দক্ষ বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক তৈরির সুযোগ আরো বাড়তে হবে। সাধ্যানুযায়ী ঢাকা মেডিক্যাল কলেজের আদলে সব

বিভাগীয় মেডিক্যাল কলেজকে ঢেলে সাজাতে হবে। বিশেষজ্ঞ চিকিৎসকদের উন্নত মানের দেশী-বিদেশী সেমিনার ও ট্রেনিংয়ের জন্য অর্থ বরাদ্দ থাকতে হবে। চিকিৎসাসেবার সাথে সংশ্লিষ্ট চিকিৎসক, কর্মকর্তা-কর্মচারীদের নৈতিক প্রশিক্ষণের ব্যবস্থা ও এর জন্য বাজেটে বরাদ্দ রাখতে হবে।

বিনামূল্যে চিকিৎসার সুযোগ-সুবিধা বাড়ানো

৬০% নাগরিক বিদ্যমান স্বাস্থ্যসেবা থেকে বঞ্চিত, বেশির ভাগ প্রসূতির প্রসব-পূর্ব চেকআপ হয় না, তাদের ৭০% প্রসূতি রক্তশূন্যতার শিকার, প্রায় ৭০% প্রসূতির ডেলিভারি হয় নিজের ঘরে ও প্রশিক্ষণহীন কোনো স্বজনের হাতে। আমাদের মাতৃ ও শিশুমৃত্যুর হার এখনো অনেক বেশি, ৫০% ভাগ শিশু অপুষ্টির শিকার এবং ২৫% ভাগ মৃত্যুপথযাত্রীদের কোনো শিক্ষিত চিকিৎসকের চেহারা দেখে মৃত্যুবরণ করার সৌভাগ্য হয় না। তাই মৌলিক চাহিদা হিসেবে শিক্ষাকে যেমন প্রাথমিক পর্যায়ে বাধ্যতামূলক এবং বিনামূল্যে পড়াশোনার ব্যবস্থা করা



সম্প্রতি 'নগর স্বাস্থ্য' কর্তৃক আয়োজিত স্বাস্থ্য বাজেট শীর্ষক গোলটেবিল আলোচনায় জনস্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞ এবং পেশাজীবীমহল এসব বিষয়ে সরকার এবং প্রশাসনের দৃষ্টি আকর্ষণ করেন। তারা আশা প্রকাশ করেন, সুশাসন প্রতিষ্ঠা এবং দুর্নীতি প্রতিরোধের মাধ্যমে জাতীয় স্বাস্থ্যনীতি অনুযায়ী বাজেট বাস্তবায়ন করতে পারলে সরকার জনসাধারণকে কাস্তিকৃত সেবা দিতে পারবে। এই গোলটেবিল আলোচনায় উপস্থিত ছিলেন স্বাস্থ্য অধিদফতরের সাবেক এডিজি অধ্যাপক মো: ময়েজ উদ্দিন, জনস্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞ ডা. বুলবুল সরোয়ার, ইব্রাহিম কার্ডিয়াক হাসপাতালের গবেষণা বিশেষজ্ঞ ডা. নুরুল আমিন, জেমস পি গ্রান্ট স্কুল অব পাবলিক হেলথের গবেষণা সহযোগী ডা. জাহিদ হাসান, লিভার বিশেষজ্ঞ ডা. শাহিনুল আলম, জনস্বাস্থ্য বিশেষজ্ঞ ডা. সেলিম রেজা, ডা. রুহুল কুদ্দুস প্রমুখ।

হয়েছে, ঠিক একইভাবে চিকিৎসাকেও সহজলভ্য ও সবার জন্য নিশ্চিত করতে হবে। আর বিনা মূল্যে চিকিৎসাসেবা দিতে হলে স্বাস্থ্য খাতে বাজেট বৃদ্ধি করে এ খাতকে আরো সম্প্রসারিত করতে হবে। এখনো দেশের অধিকাংশ মানুষ অর্থাভাবে জটিল রোগের চিকিৎসা, অপারেশন করাতে ভয় পায় এবং অপচিকিৎসা যেমন ঝাড়ফুঁকের শিকার হয়। রোগীদের আর্থিক স্বাবলম্বিতার দিকটি বিবেচনা করে সব ধরনের রোগের চিকিৎসাসেবাকে মানুষের দ্বারপ্রান্তে নিয়ে যেতে হবে।

পর্যাণ্ড দক্ষ জনবল তৈরি স্বাস্থ্যসেবার ক্ষেত্রে জনবল সঙ্কটাপন্ন বিশ্বের ৫৭টি দেশের মধ্যে বাংলাদেশ উল্লেখযোগ্য। দেশের গুরুত্বপূর্ণ এই খাতে এখনো প্রায় ২৬ শতাংশ স্বাস্থ্যসম্পৃক্ত পদ খালি পড়ে আছে সরকারি নিয়োগ অবহেলার কারণে। তা ছাড়া দক্ষ জনশক্তির অভাবও এর আরেকটি কারণ। বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থা সুপারিশ অনুযায়ী, প্রত্যেকটা দেশে ডাক্তার ও নার্সের অনুপাত ১:৪ থাকার বিধান রয়েছে, অথচ বাংলাদেশে এ অনুপাত ১:০.৫৪ যা খুবই আশঙ্কাজনক। আর পরিসংখ্যানে দেখা

গেছে, প্রায় ৩০১২ জন রোগীর জন্য ডাক্তার আছেন মাত্র একজন এবং ৬৩৪২ জনের জন্য নার্স রয়েছে মাত্র একজন। ডাক্তার ও নার্সের এ করুণ চিত্র দেখে সহজে অনুমান করা যায় বাংলাদেশের স্বাস্থ্যসেবা খাত কতটা রুগ্ন অবস্থায় রয়েছে। এই খালি পদগুলোতে জনবল নিয়োগ অতিব জরুরি। আর নিয়োগকৃত জনবলের জন্য প্রয়োজনীয় প্রশিক্ষণের ব্যবস্থা করে দক্ষ জনবল তৈরি এবং তাদেরকে দেশে পর্যাণ্ড সুযোগ-সুবিধা দিয়ে সম্মানজনকভাবে কাজে লাগানোর ব্যবস্থা করা প্রয়োজন।

হেলথ রিসার্চ ইনস্টিটিউট

বিশ্বের উন্নত দেশগুলোতে দেশের বুদ্ধিজীবীদের গবেষণালব্ধ ফলাফলকে কাজে লাগিয়ে এবং তাদের পরামর্শের ভিত্তিতে উন্নয়ন পলিসি গ্রহণ করে। উন্নত দেশগুলোতে সরকারের পলিসি তৈরিতে থিংক ট্যাংকগুলো গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে থাকে। কিন্তু বাংলাদেশের ক্ষেত্রে রাজনীতিবিদরাই সিদ্ধান্ত নেন কোন খাতে কত টাকা বাজেট হবে।

মূলত জনগণের কল্যাণার্থে যেকোনো পলিসি সুনির্দিষ্ট গবেষণালব্ধ তত্ত্ব ও তথ্যের ভিত্তিতে হওয়া প্রয়োজন। সরকারি ও বেসরকারি উদ্যোগে জাতীয় স্বাস্থ্যনীতির সংরক্ষণ এবং বাস্তবায়ন, পর্যবেক্ষণ, গবেষণা ও নতুন প্রকল্প উন্নয়ন করার জন্য হেলথ রিসার্চ ইনস্টিটিউট করা যেতে পারে। ইনস্টিটিউটের গবেষণালব্ধ ফলাফলের ভিত্তিতে স্বাস্থ্যসেবা বাজেট প্রণয়ন করলে এই খাতের করুণদশার লাঘব হতে পারে। দেশে এসব রিসার্চে আগ্রহী ও মেধাবী অনেক ডাক্তার রয়েছেন। যথাযথ

মূল্যায়নের মাধ্যমে এদেরকে গবেষণার কাজে লাগিয়ে স্বাস্থ্য খাতে সাফল্য লাভ করা সম্ভব। উন্নত চিকিৎসার জন্য প্রতি বছর বহু রোগী দেশের বাইরে যায়। আবার কোনো কোনো ক্ষেত্রে দেখা যায়, স্বাস্থ্য বাজেটে প্রদত্ত বরাদ্দের অনেকাংশই প্রকল্পের ও পরিকল্পনার অভাবে অর্থবছর শেষে অব্যবহৃত থেকে যায়। অথচ সুসম্মিত গবেষণার আলোকে যদি সঠিক খাত সৃষ্টি করা যায় তাহলে তা জাতীয় স্বাস্থ্যসেবায় গুরুত্বপূর্ণ অবদান রাখবে। অতএব বাজেটে জনগণের চাহিদা মোতাবেক বৃদ্ধি করা দরকার। স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপনার মান উন্নয়ন করা প্রয়োজন। সরকারি বরাদ্দকৃত বাজেটে দুর্নীতি কমিয়ে বরাদ্দকৃত বাজেটের যথাযথ বাজেট সুনিশ্চিত করতে হবে। স্বাস্থ্য বিভাগের খালি পদগুলো পূরণ ও কর্মস্থলে সব স্বাস্থ্যকর্মীর উপস্থিতি নিশ্চিত করতে হবে। গরিব, অসহায় ও দুস্থ নারী, শিশু, বৃদ্ধ ও প্রতিবন্ধী রোগীদের সরকারি হাসপাতালে বিনা মূল্যে সব চিকিৎসাসেবা সুনিশ্চিত করতে হবে। উপজেলা স্বাস্থ্যসেবা কমপ্লেক্সগুলোকে সাধারণ মানুষের চিকিৎসাসেবার কেন্দ্রবিন্দু হিসেবে তৈরি করার জন্য প্রয়োজনীয় উপকরণের সরবরাহ বাড়িয়ে সেগুলোকে টেলে সাজাতে হবে। জেলাপর্যায়ের হাসপাতালগুলোতে বিভিন্ন রোগ বিশেষজ্ঞ চিকিৎসক নিয়োগ দিয়ে বিশেষায়িত চিকিৎসাসেবা নিশ্চিত করা প্রয়োজন। তা ছাড়া মেডিক্যাল কলেজ হাসপাতালগুলো অ্যাকাডেমিক হাসপাতাল তথা চিকিৎসা শিক্ষার উদ্দেশ্যে সর্বোচ্চ ব্যবহার নিশ্চিত করতে হবে। ■

০২৪৮-১০৫



হুমায়ূন আহমেদের

ডা. শাহ মোহাম্মদ ফাহিম

হুমায়ূন আহমেদের (১৩ নভেম্বর, ১৯৪৮-১৯ জুলাই, ২০১১) 'তেঁতুল বনে জোছনা' উপন্যাসটি লেখা হয়েছে বাংলাদেশের জনৈক তিরিশ বছর পর। বাংলা সাহিত্যের উত্তর-ঔপনিবেশিক ডাক্তার সমাজকে বোঝার তাগিদ থেকে এই উপন্যাসে বর্ণিত আনিস ডাক্তারের জীবনে আমরা নজর দেবো। এই বইয়ে উপনিবেশ-উত্তর সময়ের একজন ডাক্তারের জীবনের কথকতা সহজ-সরল গদ্যে তুলে ধরেছেন হুমায়ূন আহমেদ। ইংরেজরা চলে গেলেও তাদের উপনিবেশ ব্যবস্থা যে এখনো বহাল আছে, তার ইঙ্গিত এই উপন্যাসে সাইকেল ডাক্তার আনিসের চরিত্রে

ভালোই পাওয়া যায়। উপন্যাসের একেবারে প্রথম দিকে প্রচণ্ড বাড়ির পর মতি যখন 'প্রকৃতির খেলা' নিয়ে ভাবছিল তখনই 'সাইকেল হাতে ধরে হেঁটে হেঁটে' আনিস ডাক্তারের আবির্ভাব। তাকে দেখেই মতির বুক ধড়াস করে উঠল। কারণ সে 'অতিরিক্ত ভালো মানুষটির দু'টা শার্ট ও একটা লুঙ্গি চুরি করেছে। শুধু মতি না, বিরটনগরের সব মানুষের মতেই 'আনিস অতি ভালো মানুষ, অতি সজ্জন'। নিজ থেকে আগবাড়িয়ে কথা বলেই গ্রামের মানুষের কাছে আনিস 'ডাক্তার হিসেবে এক নম্বরেরও উপরে'। আগের দুই ডাক্তারের ব্যবহার ভালো ছিল না। রোগীর সাথে ঠিকমতো কথাও

ইন্টার্নি ডাক্তার, শেরে বাংলা মেডিকেল কলেজ, বরিশাল

বলত না। সে কারণে বিরাটনগরের মানুষের মতো সে দুইজনের স্বভাব ছিল ‘খচ্চর ধরনের’।

উপনিবেশ আমল থেকেই এ দেশের মেডিক্যালব্যবস্থায় প্রশিক্ষণের ধরন, ঐতিহাসিক বিবর্তন এবং কাজের পরিবেশ ডাক্তারদের মধ্যে দম্ভ ও ঔদ্ধত্যের জন্ম দেয়। উপনিবেশ কালের সামাজিক আভিজাত্যের এই বোধটি এখনো ডাক্তারদের মধ্যে প্রবল। এই বোধ থেকেই তারা নিম্নবৃত্ত রোগীদের সাথে মিশতে পারে না। ভালো ব্যবহার করতে পারে না। তবে আনিস এ ক্ষেত্রে ব্যতিক্রম। বিরাটনগরের সাধারণ মানুষের সাথে আনিসের ভালো রকম সখ্য গড়ে ওঠে। শহরের আধুনিকতায় কেটেছে আনিসের শৈশব, কৈশোর ও যৌবনের বড় একটা সময়। শহরে জীবনের কৃত্রিমতায় সে জীবনে সৌন্দর্যগুলো উপভোগ করতে শিখে নাই। গ্রামের সহজ সরল সাধারণ মানুষের সংস্পর্শে এসে বিরাটনগর কম্যুনিটি হেলথ কমপ্লেক্সের ডাক্তারের সৃজনশীলতা প্রস্ফুটিত হয়ে ওঠে। স্ত্রী নবনীকে লেখা আনিসের চিঠিতে ‘স্বপ্নের অর্কিড’ থেকে ‘চাঁদের জোছনার মতো আলো’ ছড়ানোর বর্ণনা থেকেই তার প্রমাণ মেলে। নবনীর চিঠিতে আনিস আরো লিখে, ‘আমার চিঠি পড়ে তোমার কি হাসি পাচ্ছে? মনে হচ্ছে ডাক্তারের ভেতর কাব্য ভাব চলে এসেছে? রোগ শোক ছাড়াও ইদানীং আমি আরো অনেক কিছু নিয়ে ভাবি’। প্রচলিত ডাক্তারি শিক্ষা যে আনিসের মতো ডাক্তারদের রোগ-শোকের বাইরে জীবন ও কবিতা নিয়ে খুব একটা ভাবতে শেখায় না এ থেকে তা বোঝা যায়। গ্রামের সাধারণ মানুষের সরলতা

ও গ্রাম্য প্রকৃতির সংস্পর্শেই আনিস নতুন করে ভাবতে শেখে। আমাদের দেশে বিয়ের বাজারে ডাক্তার ছেলের পসার বরাবর ভালো। দেখা যায়, ছেলের ডাক্তার পরিচয় দেখে বেশির ভাগ বাবাই তার মেয়েকে বিয়ে দেয়ার জন্য উঠেপড়ে লাগে। পারিবারিক ও সামাজিক অবস্থানে মেয়ের পরিবারে চেয়ে ছেলের পরিবারের অবস্থান নিচে থাকলেও শুধু ডাক্তার সাইনবোর্ডের কারণে মেয়ের পরিবার বিয়ে দিতে পিছপা হয় না। কিন্তু ছোটবেলা থেকে বিত্ত-বৈভবের মধ্যে বড় হওয়া মেয়ে স্বামীর পরিবারে এসে সব কিছু আগের মতো না পেয়ে মানসিক দ্বন্দ্ব ভোগে। জীবনযাত্রার নিম্নগতি সে মেনে নিতে পারে না। তার এই দ্বন্দ্ব সে তার ডাক্তার স্বামীর ওপর চাপিয়ে দেয়। এ অবস্থায় বউয়ের চাহিদা মেটাতে গিয়ে ডাক্তারকে আরো বেশি পেশাদার ব্যবসায়ী হয়ে উঠতে হয়। তা না হলে সংসারে শান্তি নষ্ট হয়। নবনীর বাবাও ঠিক একই কারণে আনিসের সাথে মেয়ের বিয়ে মেনে নেন। কিন্তু ছোটবেলা থেকে নিজের ঘর ছাড়া নবনীর ঘুম হয় না। রাতে ঘুমুতে যাওয়ার সময় এসি লাগে। শীতের সময়ও এসি লাগে। তাই আনিসের সাথে গ্রামে গিয়ে থাকা তো দূরের কথা শ্বশুরবাড়িতেই নবনী থাকে না। প্রত্যাশার সাথে না মেলার কারণে আনিসের অব্যক্ত ভালোবাসা নবনী বুঝতে পারে না। একপর্যায় তালকের সিদ্ধান্ত নেয় সে। অবশ্য উপন্যাসের শেষ দিকে এসে আনিসকে লেখা নবনীর চিঠিতে আমরা সেই সিদ্ধান্ত বদলের ইঙ্গিত পাই। আধুনিক কালে এ ডাক্তাররা নিজের

পেশা ও সুনাম কামানো নিয়ে ব্যস্ত থাকে। অর্থবিশ্বের প্রতি লোভে অন্যান্য সাংসারিক কাজ এমনকি নিজের ব্যাপারেও তারা অনেকটা উদাসীন ও আত্মভোলা হয়ে পড়ে। টাকা কামানোর নেশা না থাকলেও বাকি ব্যাপারগুলো আনিসের সাথে মিলে যায়। তার 'ডাক্তারি সুনাম ছড়িয়ে পড়া'র কারণে হাসপাতালে প্রচুর রোগী আসে। এটা আনিসের আত্মপ্রীতির কারণ। এই সুনামের নেশায় গ্রামের মানুষের সেবা করতে গিয়ে নিজের প্রতি উদাসীন থাকে সে। আর তাই 'শরীর কাঁপিয়ে' জ্বর আসার পরও সে জ্বর না মেপে, ওষুধ না খেয়ে 'হাত-পা এলিয়ে বিছানায় শুয়ে' থাকে। ইলেকট্রিকের তারের সমস্যা থাকার কারণে ঘরে বাতি জ্বলে না। অথচ তা ঠিক করার জন্য 'নেত্রকোনায়ে লোক পাঠানো'র কথাও তার মনে থাকে না। তবে আনিস দাবি করে সুনামের লোভে নয়, বরং একাকিত্ব ও নিঃসঙ্গতা থেকে বাঁচার জন্যই সে গ্রামের মানুষদের সাথে ব্যস্ত সময় কাটায়। তার ধারণা মানুষ নিঃসঙ্গতা দূর করতেই যার যার পেশা নিয়ে ব্যস্ত হয়ে পড়ে। আনিসও তার নিঃসঙ্গতা দূর করার চেষ্টায় ডাক্তারি করেন। 'চার পাশের মানুষদের নিয়ে অসম্ভব ব্যস্ত থেকে নিঃসঙ্গতা ভুলে থাকতে চায়'। আবার কর্মব্যস্ততার মাঝে সময় করে প্রায়ই সে 'মগড়া খালের পাশে শশ্যান ঘাটে' যায়। সেখানে 'শ্বেত পাখরের মেঝে'তে সুন্দর বসার ব্যবস্থা আছে। আনিস 'লোক লাগিয়ে মেঝে পরিষ্কার করিয়েছে'। 'উত্তর দক্ষিণ পূর্ব পশ্চিম সব দিকেই চাপা' স্বভাবের আনিস মাঝে মাঝে এখানে এসে বসে। জোছনার সাহচর্যে একাকিত্ব দূর করার বৃথা চেষ্টা করে।



তেতুল বনে জোছনা। হুমায়ূন আহমেদ
প্রথম প্রকাশ : ফেব্রুয়ারি ২০০১
প্রকাশক : অন্যপ্রকাশ, ঢাকা

উত্তর-উপনিবেশি ডাক্তারদের মধ্যে একাকিত্ব ও নিঃসঙ্গতা খুবই সাধারণ। যে যত বড় ডাক্তার তার নিজস্ব জগৎটাও তত ছোট। কাছের মানুষদের সাথে তাদের দূরত্ব দিন দিন বাড়তে থাকে। এমনকি মেডিক্যাল কলেজের সহপাঠী বা ডাক্তারি পেশার সহকর্মীদের সাথে সম্পর্কটাও সময়ের সাথে সাথে দুর্বল হয়ে পড়ে। আনিসকেও আমরা তার ডাক্তার সহপাঠী বা সহকর্মীদের কারো সাথেই যোগাযোগ রাখতে দেখি না। একবার রোগী দেখতে গিয়ে এক সহকর্মীর সাথে আনিসের দেখা হয়। কিন্তু তাদের মধ্যে খুব একটা কথাবার্তা হয় না। অন্তত পেশার খাতিরে তাদের মধ্যে যে সম্পর্ক থাকা উচিত তা-ও যে নাই এ থেকে তা সহজেই বোঝা যায়। বছরখানেক আগে স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের

একজন অবসরপ্রাপ্ত উপপরিচালকের সাথে দেখা করেছিলাম। তিনি পেরিফেরাল নার্ভ পলসিতে (একধরনের স্নায়ুবৈকল্য রোগ) আক্রান্ত। রোগের কারণে ঠিকমতো হাঁটতে পারেন না। সারা দিন বাসায় বসে নিঃসঙ্গ সময় কাটান। একসময়ের দাপুটে সরকারি চিকিৎসক খুব আফসোস করে জানালেন, অসুস্থ হওয়ার পর বিগত চার বছরে তার কোনো সহকর্মী তাকে দেখতে আসেননি। তিনি রোগ সারাতে বাংলাদেশের স্বনামধন্য একজন নিউরোমেডিসিন ডাক্তারের শরণাপন্ন হন। কিন্তু একসময়ের সহকর্মী সেই ডাক্তারও খুব একটা সময় নিয়ে তার কথা শোনেন নি বলে অভিযোগ করেন তিনি। তার দুই সন্তান। দুজনই স্থায়ীভাবে বিদেশে থাকেন। শেষ বয়সে এসে নিজের নিঃসঙ্গতার কথা বলতে গিয়ে তার চোখে পানি আসে।

দুই

উপনিবেশকালের শিক্ষাব্যবস্থার মৌলিক সমস্যা হচ্ছে দর্শন ও দৃষ্টিভঙ্গিত। পুঁজির বিকাশের স্বার্থেই উপনিবেশব্যবস্থার জন্ম। এ ব্যবস্থার অধীন শিক্ষাক্রমে তাই মানবতাবোধের চাইতে ব্যক্তিগত সমৃদ্ধি ও সুনাম লাভের শিক্ষাই বেশি প্রাধান্য পায়। ব্রিটিশরা চলে গেলেও আমাদের দেশে তাদের প্রচলিত শিক্ষাব্যবস্থা বদলের কোনো উদ্যোগ নেয়া হয়নি। তাই আমাদের ডাক্তারি শিক্ষাক্রমেও মানবতাবোধ, সামাজিক দায়বদ্ধতা ও মানুষের প্রতি দায়িত্ব ও কর্তব্য সম্পর্কে যে ধারণা দেয়া হয় তা অপ্রতুল। আনিসের মধ্যেও সমাজের প্রতি দায়িত্ববোধ এড়িয়ে চলার একটা প্রবণতা

আমরা দেখি। হুমায়ূন আহমেদ তাকে মানুষের প্রতি সহানুভূতিশীল হিসেবে চিত্রায়িত করেছেন, তবে তার চরিত্রের বোবা অংশটি কয়েকবারই বের হয়ে আসে। বিরাটনগরের চেয়ারম্যান জহির খাঁ ‘দুষ্ট প্রকৃতির লোক’। এই লোক গ্রামে নানা ধরনের খারাপ কাজ করে বেড়ায়। যেই তার প্রতিদ্বন্দ্বী হয়ে ওঠে তাকেই সে নানা কৌশলে সরিয়ে দেয়। কিন্তু বিরাটনগরের এই সব অন্যায্য কাজ নিয়ে আনিসের কখনো মাথাব্যথা ছিল না। তার ধারণা ‘সে ডাক্তার মানুষ, সে রোগের নিদান দিবে। এর বেশি কিছু না’।

বিরাটনগর চিকিৎসাশাস্ত্রে শিক্ষার্থীদের শেখানো হয় আধুনিক চিকিৎসাই স্বাস্থ্য রক্ষার একমাত্র সঠিক ও নির্ভরযোগ্য পদ্ধতি। সব চেয়ে নির্ভরযোগ্য দাবি করতে গিয়েই আধুনিক ডাক্তারি শিক্ষা স্বাস্থ্যব্যবস্থার জন্য বড় হুমকি হয়ে দাঁড়িয়েছে বলে কোনো কোনো মহল মনে করেন। সব চেয়ে নির্ভরযোগ্য অথচ তা শরীরের ওপর দখলদারি নিশ্চিত করে। বিশ্বস্বাস্থ্য সংস্থার সংজ্ঞা অনুযায়ী স্বাস্থ্য হচ্ছে শারীরিক, মানসিক, সামাজিক ও আধ্যাত্মিকভাবে পুরোপুরি ভালো থাকা। প্রচলিত ডাক্তারি শিক্ষাক্রমে শারীরিক ও মানসিক সুস্থতা রক্ষায় ডাক্তারের করণীয় সম্পর্কে আলোকপাত করা হয়। কিন্তু সামাজিক ও আধ্যাত্মিক সুস্থতায় ডাক্তারের ভূমিকা কী হবে তার নির্দেশনা কোথাও নেই। এমনকি স্বাস্থ্যব্যবস্থার সংস্কার, গ্রামীণ স্বাস্থ্যের উন্নয়ন বা রোগবালাই ও চিকিৎসা বিষয়ে উচ্চতর গবেষণার ব্যাপারে শিক্ষার্থীদের আগ্রহী করে তোলারও কোনো প্রায়স নেই। সে কারণে আমাদের দেশে ভূরি ভূরি

ডাক্তার থাকলেও স্বাস্থ্য
আন্দোলন ও
চিকিৎসাশাস্ত্রে উচ্চতর
গবেষণাকাজে তাদের খুব
একটা আগ্রহ লক্ষ করা
যায় না। মানুষ হিসেবে
'খাঁটি সোনা' হলেও
আনিস এই শিক্ষাব্যবস্থার
অধীনে পাস করা
ডাক্তার। হয়তো বা এ
কারণেই বিরাটনগরের
স্বাস্থ্যব্যবস্থার উন্নয়ন বা



আধুনিককালে ডাক্তাররা নিজের পেশা ও সুনাম কামানো নিয়ে ব্যস্ত থাকেন

গ্রামের মানুষদের স্বাস্থ্যসচেতন করার
কোনো উদ্যোগ আনিসকে নিতে দেখা
যায় না। 'অল্প বয়স্ক গম্ভীর ধরনের এই
ডাক্তার' রোগী দেখতে 'গভীর গ্রামে'
যেতেও আগ্রহী না। বরং 'রোগীদের
হাসপাতালে আসার ব্যাপারে উৎসাহিত'
করার পক্ষপাতী সে।

তবে কিছু কিছু ক্ষেত্রে আনিসের
মানবতাবোধের পরিচয় পাওয়া যায়।
অবস্থা ভালো না এমন রোগীকে শহরে
পাঠাতে না পেরে তার মনটা খারাপ হয়ে
যায়। আবার ইমাম সাহেব অসুস্থ
শোনার পর শরীরে জ্বর নিয়ে
অনেকখানি হেঁটে তাকে দেখতে যায়
আনিস।

অ্যালার্জিক কারণে মিঠাপুরের কিশোর
কাদেদের স্বাস্থ্যনাশী ফুলে বন্ধ হয়ে যায়।
তার চিকিৎসার জন্য আনিসের সহকর্মী
সাইফুদ্দিন ডাক্তারের ডাক পড়ে। রোগ
সারাতে না পেরে রোগীর শেষ অবস্থা
ঘোষণা করে সে ভিজিটের টাকা নিয়ে
সরে পড়ে। রোগীর চিকিৎসা নিশ্চিত
করতে কাছাকাছি কোনো ডাক্তারের
কাছে পাঠানো তো দূরের কথা আনিস
এই রোগী দেখতে গেলে সে তাকে
নিরুৎসাহিত করে। এটা উত্তর-

ঔপনিবেশিক ডাক্তারদের আরেকটা বড়
সমস্যা। কোনো রোগীর রোগ সারাতে
না পারলে তারা তাকে সচরাচর অন্য
কোনো ডাক্তারের কাছে পাঠায় না।
যদিও বা পাঠায়, তবে তার কর্মস্থল
থেকে অনেক দূরে। কারণ রোগী যদি
অন্য ডাক্তারের চিকিৎসায় সুস্থ হয়ে যায়
তবে তার পয়সা কমে যেতে পারে।
কিন্তু তাকে ছোট ডাক্তার মনে করতে
পারে।

মতি ধারণা করেছিল আনিস ডাক্তার
বেশি দিন বিরাটনগর থাকবে না।
শহরমুখী হওয়ার প্রবণতার কারণেই
বিরাটনগরে ডাক্তাররা বেশি দিন থাকে
না। সে কারণেই হয়তো মতির এ
ধারণা। পুরো উপন্যাসজুড়ে অবশ্য
আনিসের গ্রামে থাকার প্রবণতা লক্ষ
করা যায়। তবে শেষের দিকে এসে
ট্রপিক্যাল মেডিসিনে পিএইচডি করার
স্কলারশিপ' পেয়ে আনিসও সিদ্ধান্ত নেয়
'বিরাটনগরে থাকার কাল শেষ হয়েছে'।
'মানুষের ভালোবাসার বন্ধন' কেটে
'নিজেকে নিয়ে ব্যস্ত' থাকার সময়
এসেছে। এভাবেই বিরাটনগরের
সাইকেল ডাক্তারের 'গ্রামে ডাক্তারি'
জীবন শেষ হয়। ■

পৃথিবীর প্রথম চক্ষু চিকিৎসাবিজ্ঞানী তথা আলোক বিজ্ঞানের জনক

ইবনুল হায়সাম

শেখ মিজানুর রহমান

‘লিকুল্লি দাইয়ি দাওয়াউন’ প্রত্যেক রোগেরই ওষুধ আছে। হজরত মুহাম্মদ সা:–এর এ ঘোষণাই মুসলমানদের চিকিৎসাবিজ্ঞানে গবেষণা করার অনুপ্রেরণা জুগিয়েছে। এ কথা আজ সর্বজনবিদিত যে, ইসলামের প্রাথমিক যুগের মুসলিম বিজ্ঞানীরা অষ্টম শতাব্দী থেকে ত্রয়োদশ শতাব্দী পর্যন্ত যে অভাবনীয় উন্নতি করেছিলেন, তার মধ্যে চিকিৎসাবিজ্ঞানই সর্বপ্রধান। যুগের স্বনামধন্য চিকিৎসক ইবনে মাসুরিয়া, আল কিন্দি, আল রাজি, আবুল কাশিম জাহরাবি, ইবনে আন নাফিস, সাবিত ইবনে সিনান, ইবনুল হায়সাম ও

চিকিৎসাবিজ্ঞানের কিংবদন্তি মহানায়ক ইবনে সিনা মিলে এ বিদ্যাকে এমনভাবে সুপ্রতিষ্ঠিত করলেন যা স্পর্শ করা গেলেও অতিক্রম করা সম্ভব নয়। মুসলিম চিকিৎসাবিদরা মানবদেহ নিয়ে বিজ্ঞানসম্মত গবেষণা করেন, আবিষ্কার করেন দুরারোগ্য ব্যাধির নিরাময়, আবিষ্কার করেন সার্জিক্যাল যন্ত্রপাতি। মুসলমানদের এ স্বর্ণযুগের এবং বর্তমান সভ্যতায় তাদের অনস্বীকার্য অবদান দ্বিধাহীনচিন্তে স্মরণ করে আজকের পৃথিবী। রেভারেন্ড বসওয়ার্থ স্মিথের মতো একজন ধর্মপ্রান পাদ্রিও তাই নিঃসঙ্কোচে স্বীকার করেছেন– ‘Islam

গবেষক ও প্রাবন্ধিক: নির্বাহী সম্পাদক, ইবনে সিনা হেলথ ম্যাগাজিন, sk.mizan@yahoo.com

is the most complete, the most sudden and the most extraordinary revolution that has come over any nation on earth'. (Mohammad and Mohammedanism London, 1874 Page-105)

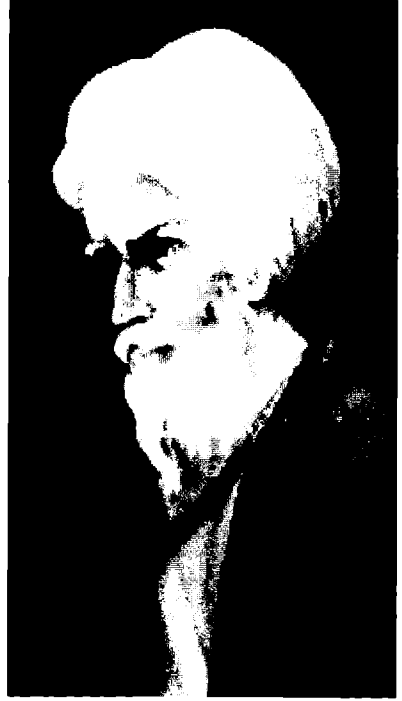
মনীষী হামবোল্ড আরো এক ধাপ অগ্রসর হয়ে উল্লেখ করেছেন—

'The Arabians are to be considered the proper founders of the physical Sciences, in the signification of the term which we are now accustomed to give it'. (Alexander von Humboldt, Cosmos, Vol.11)

বিশ্বসভ্যতায় চিকিৎসাবিজ্ঞানের উৎকর্ষে যাদের অবদান অবিস্মরণীয় তাদের অন্যতম ইবনুল হায়সাম। যাকে 'অপটিক (চক্ষুচিকিৎসা) তথা আলোক বিজ্ঞানের জনক' বলা হয়। মহান এই চিকিৎসাবিজ্ঞানী ইবনুল হায়সামের জীবনালেখ্য এবং তাঁর অমর অক্ষয় কিত্তীগুলো সকলের জন্য অব্যাহত করার মহান প্রয়াস রইল।

ইবনুল হায়সামের পরিচয়

আবু আলী আল-হাসান ইবনিল হায়সাম আল-বাসরি-আল মিসরি যাকে মধ্যযুগীয় ল্যাটিন গ্রন্থ একাধারে Alhazen (আল হাজেন), Avennathan (আভেন্নাথান) এবং Aventan (আভেনতান) বলে তাদের গ্রন্থে উল্লেখ করেছে অর্থাৎ পাশ্চাত্যের বেনামীকরণের কষাঘাতে প্রায় হারিয়ে যেতে বসেছিল ইসলামি সভ্যতার তথা আধুনিক সভ্যতার অন্যতম জনক ইবনিল



হায়সাম। তিনি আরবদের মধ্যে অন্যতম শ্রেষ্ঠ গণিতবিদ এবং নিঃসন্দেহে সর্বশ্রেষ্ঠ পদার্থবিদ ছিলেন। জ্যোতির্বিদ, চিকিৎসাবিদ ও দার্শনিক হিসেবে তার যথেষ্ট খ্যাতি রয়েছে।

যত দূর জানা যায়, ইবনুল হায়সাম ৩৫৪-৯৬৫ সালে বসরায় জন্মগ্রহণ করেন। ঐতিহাসিকদের মধ্যে কেউ কেউ বলেছেন তাঁর জন্মতারিখ ৩৫৫/৯৬৫-৬৬ সালে। এ সময়ে বাগদাদে খলিফা ছিলেন আল মুতিলিল্লাহ (৯৪৬-৭৪ খৃঃ)। বসরায় জন্মস্থান বলে ইবনুল হায়সামের নামের সাথে আল বাসরিও সংযুক্ত হয়। তিনি তৎকালিন বিশ্বের শ্রেষ্ঠতম বিদ্যানগরী বসরাতেই শিক্ষা লাভ করেন এবং সেখানে সরকারী রাজস্ব বিভাগের একটি পদে নিযুক্ত হন।

কিন্তু জ্ঞানসাধক ইবনুল হায়সাম চাকরিরত অবস্থাতেই বিজ্ঞানের নানা বিষয়ে পড়াশোনা করেন। ফলে চাকরিতে অন্যমনস্কতার অভিযোগে বরখাস্ত হন। বরখাস্ত হওয়ার পর তিনি জ্ঞানান্বেষণের জন্য তখনকার দিনে জ্ঞান-বিজ্ঞানের জন্য বিখ্যাত নানা স্থান পরিদর্শন করেন। এই ভ্রমণরত অবস্থায় তিনি প্রকৌশল বিজ্ঞান সম্বন্ধে বিশেষ জ্ঞান লাভ করেন এবং ওই বিষয়ে একখানি গ্রন্থও প্রণয়ন করেন।

জ্ঞান অন্বেষণে মিসর গমন

ইবনুল হায়সাম মিশরের ভৌগোলিক এবং প্রাকৃতিক অবস্থান সম্বন্ধে নানা গ্রন্থ পাঠ করে সেখানকার নীলনদের ওপর বাঁধ দিয়ে নদের প্রবাহ নিয়ন্ত্রণ সম্ভব এবং এর মাধ্যমে সেখানে উন্নত চাষাবাদের জন্য বহু দিনের পরিকল্পিত একটি বৈজ্ঞানিক পরিকল্পনা খলিফার কাছে নকশাসহ উপস্থাপন করেন। এ সময়ে মিসরের খলিফা ছিলেন ফাতিমীয় বংশের আল হাকিম (৩৮৬-৪১১/৯৯৬-১০২১)। হায়সাম নকশাটি খলিফা আল হাকিমের কাছে পাঠান। খলিফা তাকে মিসরে আমন্ত্রণ করেন। ইবনুল হায়সাম মিসর এসে নীলনদ পর্যবেক্ষণ করেন এবং বর্তমানে যে স্থানে 'আসওয়ান' বাঁধ স্থাপিত হয়েছে সে স্থানই বাঁধের উপযুক্ত স্থান বলে নির্ণয় করেন। পরে যন্ত্রপাতির অভাবে এবং তৎকালে বিজ্ঞানীদের প্রতি এক শ্রেণীর আলেমদের বিভিন্ন অনীহা ও নির্যাতনের কারণে তিনি কাজটি করতে অপারগতা প্রকাশ করেন। তিনি গোপনে মিসর ত্যাগ করে সিরিয়া চলে যান এবং খলিফার মৃত্যুর পর পুনরায় মিসরে ফিরে আসেন, এর পরে আমৃত্যু মিসরেই বাস করেন।

বিজ্ঞানের বিবিধ ধারায় ইবনুল হায়সাম

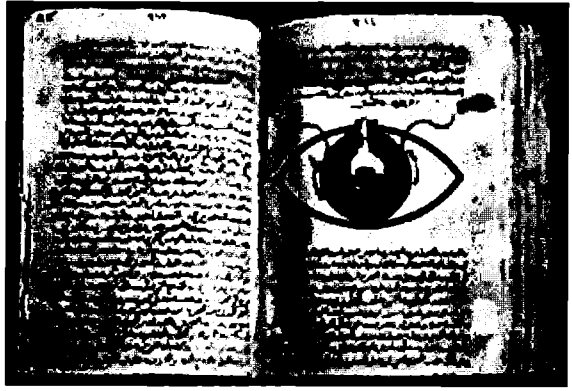
বিজ্ঞানী ইবনুল হায়সাম বহুমুখী প্রতিভার অধিকারী ছিলেন। তাত্ত্বিক ও প্রায়োগিক বিজ্ঞানে তার নাম অবিস্মরণীয়। ইস্তাম্বুলের (তুরস্ক) প্রখ্যাত অধ্যাপক ইসমাইল পাশা (মৃ: ১৯০২) ইবনুল হায়সামের গ্রন্থাবলির যে তালিকা তৈরি ও প্রকাশ করেছেন তার মধ্যে ১১টি গ্রন্থ পদার্থবিজ্ঞান বিষয়ে রচিত, অঙ্কশাস্ত্রের গ্রন্থের সংখ্যা ৪১। এ ছাড়া বিশ্বের বিভিন্ন লাইব্রেরিতে তাঁর আরো ১৩টি পদার্থবিজ্ঞানের গ্রন্থ পাওয়া গেছে। ইবনুল হাইসাম পদার্থবিজ্ঞান আলোচনায় যে বিরাট আলোড়ন সৃষ্টি করেছিলেন তা আধুনিক বিজ্ঞানীদের বিশ্বয়াভিভূত করেছে। এ সম্পর্কে তার প্রস্তাবিত সমস্যা ও সমাধান এই বিংশ শতাব্দীতেও বিজ্ঞানীরা horribly prolix বলে অভিহিত করেছেন। বর্তমান কালের নামজাদা বিজ্ঞানী J F Allen F R S-এর কথায় Al Hazen could be said to have a 20th Century mind in a 10th Century setting.

Optic (চক্ষুবিজ্ঞান) তথা আলোকবিজ্ঞানের জনক ইবনুল হায়সাম

সৃষ্টির জগতে ইবনুল হায়সামকে উদ্ভাসিত করে রেখেছে Optic তথা আলোকবিজ্ঞান বিষয়ে তার ঐতিহাসিক অবদানের মহিমা। এই শতাব্দীর বিখ্যাত ঐতিহাসিক ও বিজ্ঞান গবেষক অধ্যাপক সারটন যথার্থই বলেছেন, 'Ibn al Haitham is the greatest Muslim physicist and one of the greatest students of

optics for all times who must also be rated among the most prodigious figures in the world of Scholarship'.

ঐতিহাসিক বায়হাকী তাকে দ্বিতীয় টলেমি বলে উল্লেখ করেছেন। আধুনিক বিশ্বসভ্যতা



তাকে অপটিক্সের (চক্ষুচিকিৎসা) জনক বলে চিহ্নিত করেছে। ইবনুল হায়সামই সর্বপ্রথম দৃষ্টিশক্তি, তার রোগব্যাদি এবং তার প্রতিফলন ও প্রতিসরণ বিষয়ে গ্রিকদের ভুল ধারণা নিরসন করেন এবং হাতে-কলমে পরীক্ষার দ্বারা প্রমাণ করেন যে, আমাদের চোখে আলোক রশ্মি বাহ্য পদার্থ থেকেই প্রতিফলিত হয়, চক্ষু থেকে আলো বের হয়ে বাহ্য বস্তুকে দৃষ্টিগোচর করে না। তার আগে ইউক্লিড, অ্যারিস্টটল, টলেমি প্রভৃতি গ্রিক বিজ্ঞানী ও দার্শনিক প্রচার করেন যে, আলোর রশ্মি কোনো বস্তুর ওপর পতিত হলেই বস্তুটি দৃষ্টিগোচর হয়। তৎকালে এই মতবাদ স্বতঃসিদ্ধ তথা অবিসংবাদিত সত্য বলে প্রতিষ্ঠা পায়। ইবনুল হায়সাম সর্বপ্রথম তার কিতাবুল মানাজির গ্রন্থে এই মতবাদ ভ্রান্ত বলে প্রচার করেন এবং প্রমাণ করেন যে, প্রকৃতপক্ষে কোনো বস্তু থেকে আলোক রশ্মি চোখের ওপর পতিত হলেই সেই বস্তুটি দৃষ্টিগোচর হয়। ইবনুল হায়সামের এই ভাবিত্বিক মতবাদ বিজ্ঞান জগৎকে সঠিক পন্থার সন্ধান দেয় এবং মতবাদটি পরবর্তীকালে বিজ্ঞান জগতে সঠিক মতবাদ বলে গৃহীত হয়। তার

সমসাময়িক বৈজ্ঞানিক আল বেরুনি এবং ইবনে সিনাও এই মতবাদ গ্রহণ করেন। ইবনুল হায়সামের কিতাবুল মানাজির পরবর্তীকালে Greater work than those of Euclid and Ptolemy বলে স্বীকৃতি পায়। অধ্যাপক সারটনের মতে, 'Kitab al-Manazir must be listed among the listed Classics, indeed it influenced Scientific thought for Six Centuries'.

বিজ্ঞান জগতে তার মূল্যায়ন

সে কালের মুসলিম বিজ্ঞানীদের বহু গ্রন্থের মধ্যে কিছু কিছু গ্রন্থ বিশেষ স্থান অধিকার করেছিল, যেমন- বিশ্বব্যাপী আলোড়ন সৃষ্টিকারী আল বেরুনির 'কানুনে মাসউদি', ইবনে সিনার 'কানুন ফিত-ত্বিব', আল খাওয়ারিজমির 'এলমুল জাবর ওয়াল মুকাবিলা' প্রভৃতি। হায়সামের 'কিতাবুল মানাজির'ও বিশ্বের অন্যতম আলোড়ন সৃষ্টিকারী গ্রন্থ। এ সম্বন্ধে ইহুদি বৈজ্ঞানিক জোসেফ বিন জুদাহ বিন আর্কানন 'কিতাবুল মানাজির'কে ইউক্লিড ও টলেমির গ্রন্থের চেয়েও শ্রেষ্ঠ বলে অভিমত প্রকাশ

করেন। তার ফলে ইউরোপের নবজাগরণের যুগে গ্রন্থটি ব্যাপক প্রচারিত হয় ও অসাধারণ প্রভাব বিস্তার করে। পাশ্চাত্যের মনীষী ও বৈজ্ঞানিকগণ মুক্তকণ্ঠে পুস্তকটির উচ্ছসিত প্রশংসা করেন। তন্মধ্যে ইংল্যান্ডের স্যার উলফেঙ্ডেন, পোল্যান্ডের অধ্যাপক রায়বিকির, আমেরিকার অধ্যাপক মারটন, অস্ট্রেলিয়ার অধ্যাপক স্যার মলিফ্যান্টের প্রমুখ মনীষী 'কিতাবুল মানাজির'য়ে আলোর প্রতিফলন, প্রতিসরণ এবং বিষদভাবে চোখের গঠন, সুবিধা-অসুবিধা, রোগব্যাধি সম্পর্কে আলোচনার জন্য লেখক হায়সামকে উচ্ছসিত ভাষায় প্রশংসা করেন।

আধুনিক বিজ্ঞান অঙ্গনে প্রচলিত হয়ে আছে যে, আলোর গতি নির্ধারণ ও আবিষ্কারক এ মাইকেলসন। আলোর প্রতিফলন, প্রতিসরণ ও প্রতিবিম্ব আবিষ্কারক লিডেন বিশ্ববিদ্যালয়ের গণিতের অধ্যাপক স্লেল, দে কার্টে প্রমুখ। অথচ এই তথ্য আদৌ সত্য নয়।

অধ্যাপক স্লেলের (১৫৯১-১৬৫০) জন্মের ৬২৬ বছর আগে ইবনুল হায়সাম জন্মগ্রহণ করেন। আলো ও চক্ষু সম্বন্ধে তার আগে আর কেউ ব্যাপক গবেষণা করতে পারেননি। আলো সম্বন্ধে তিনি নিম্নোক্ত গ্রন্থগুলো রচনা করে গেছেন। 'মাকালাতু ফিল জুয়ে' গ্রন্থে তিনি আলো কী তা বিস্তারিত বর্ণনা করেছেন। 'রিসালাতুল ফিশ শাফাক' গ্রন্থে তিনি বায়ুমণ্ডলের উর্ধ্বসীমা নির্ণয়সংক্রান্ত বিষয়ে আলোচনা করেন।

'মাকালাতু ফি কাওয় ফজ্জহে ওয়াল হাসাতি' গ্রন্থে তিনি রংধনু বস্তুর ছায়াপথ গ্রহণ সংক্রান্ত বিষয়ে আলোচনা

করেন।

'মাকালাতু ফিল মাবাইয়াল জুহবিকা বিলকুতু' ডাই অপট্রা প্রস্তুত পদ্ধতি বর্ণনায় আলোর প্রতিফলন, প্রতিসরণ, প্রতিবিম্বের স্বরূপ প্রভৃতি সম্বন্ধে আলোচনা করেন।

'মাকারাতু ফিল মারইয়ান জুহরিকা বেদদাওয়ালেব' ও 'মাকালাতুল ফিল জুয়েল কামার' প্রভৃতি গ্রন্থে আলো সম্বন্ধে ব্যাপক বৈজ্ঞানিক আলোচনায় অকাট্য যুক্তি প্রদর্শন করা হয়েছে। তবে তার সব অবদানের শীর্ষে অবস্থান করছে মানুষের চক্ষু, তার গঠন ও রোগ ব্যাধির বর্ণনা। 'Emergence of Physiological optics' শীর্ষক এক গবেষণায় Gul a Russell ইবনুল হায়সামের অনবদ্য অবদানের স্বীকৃতি দিয়ে বলেছেন, His most original anatomical Contribution was his description of the functional anatomy of the eye as an optical system.

প্রতিটি গ্রন্থেরই ইউরোপীয় চাহিদানুযায়ী যথা খৃশি ইংরেজি নাম দেয়া হয়েছে এবং লেখকের নাম বাদ দিয়ে ইউরোপে প্রচার ও প্রকাশ করা হয়েছে। এসব ল্যাটিন অনূদিত গ্রন্থ ইউরোপে অধ্যয়নের উদ্দেশ্যেই অনুবাদ ও প্রকাশ করা হয়েছে। আলোর গতি, প্রতিফলন, প্রতিসরণ প্রভৃতি সবই তো ইবনুল হায়সামের আবিষ্কার। ৬২৬ বছর পর লে প্রমুখ এসব তত্ত্বের আবিষ্কারক হয়ে গেলেন কী করে? স্লেল হায়সামের সূত্র ধরে শিক্ষা লাভ করে এর উৎকর্ষ, উন্নয়ন, প্রভৃতি সব কিছুই করতে পারেন, কিন্তু তারা কোনোভাবেই আবিষ্কারকের নামটি জাল করতে পারেন না। এটা নিঃসন্দেহ অন্যায় আবদার



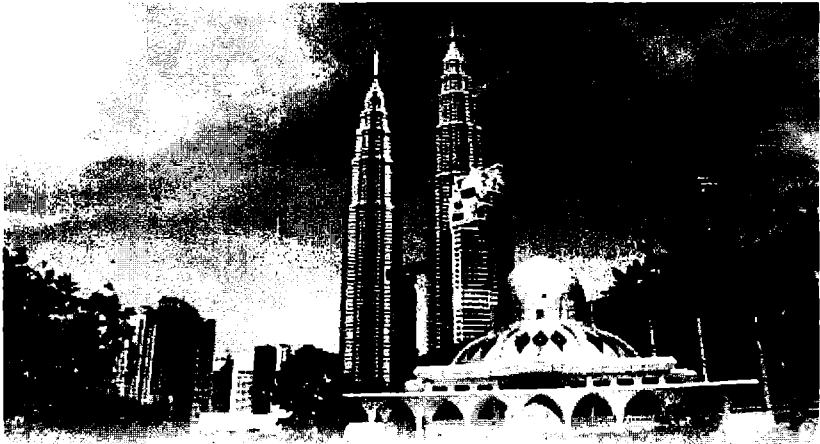
দেখা যায়। এ মতবাদ ইবনুল হায়সামের আগে ধর্মগ্রন্থের মতো বিশ্বাস করা হতো। তখন সবাই তা বিনা প্রশ্নেই মানতেন। টলেমি, ইউক্লিড, অ্যারিস্টটলের এই মতবাদ সম্পূর্ণ ভুল প্রমাণ করে দিয়ে ইবনে হায়সাম প্রচলিত বিজ্ঞান জগৎটার বিরুদ্ধে বিরূপ সমালোচনার ঝুঁকি নিলেন। তিনি সত্য প্রকাশের ক্ষেত্রে একটুও বিচলিত বোধ করেননি। তিনি পরিষ্কারভাবে তার নতুন আবিষ্কার 'কিতাবুল মানাজির'-এ জানিয়ে দিলেন,

ছাড়া আর কিছুই নয়। 'কিতাবুল মানাজির'-এর একটি মূল্যবান তত্ত্বকথা এই যে, চোখ থেকে আলোর রশ্মি কোনো বস্তুর ওপর পড়লেই সেই রশ্মির সাহায্য বস্তুকে আমরা দেখতে পাই এটা সত্য নয়। প্রতিটি বস্তু থেকে আলোকছটা আমাদের চোখে পড়লেই আমরা বস্তুকে দেখতে পাই, এটিই সত্য। মূলত এ জন্যই আমরা দিনে দেখি আর রাতে আলো ছাড়া দেখতে পাই না। অথচ ইউক্লিড, অ্যারিস্টটল, টলেমি প্রমুখ প্রাচীন গ্রিক বৈজ্ঞানিকদের মতে, চোখ থেকে বিচ্ছুরিত আলোর প্রতিফলনে বস্তু

বস্তু থেকে আলোকছটা আমাদের চোখে পড়লেই আমরা বস্তুকে দেখতে পাই। ক্রুসেডের আঘাতে ইউরোপীয় খ্রিষ্টান জগৎ অন্তত এই শিক্ষা ভালোভাবেই লাভ করেছিল যে, মুসলিম সভ্যতা বা আরব সভ্যতাকে সম্পূর্ণ হীনবল করতে না পারলে তাদের সভ্যতা কিছুতেই গড়ে উঠবে না। মুসলিম সভ্যতা পতনের পর যখন মুসলমানরা অতি দ্রুত অশিক্ষিত ও গরিব হতে শুরু করে এবং অন্য দিকে ইউরোপীয় বণিক গোষ্ঠী ধনসম্পদে, জ্ঞানবৃদ্ধিতে, ক্ষমতা-মর্যাদায় রাতারাতি স্ফীত হয়ে পৃথিবীর একচেটিয়া আধিপত্য বিস্তার শুরু করে। তখন ইউরোপীয়রা

উপলব্ধি করে যে, সারা বিশ্বে কর্তৃত্ব বিস্তার ও স্থায়িত্বের জন্য বিজ্ঞানই হবে মূল হাতিয়ার; কিন্তু এই বিলুপ্ত বিজ্ঞান একমাত্র মুসলিম অধ্যুষিত ভূখণ্ড ছাড়া পৃথিবীর আর কোনো অঞ্চলেই খুঁজে পাওয়া যাবে না। অনুর্বর আরব থেকেই উর্বর বিজ্ঞানের স্বর্ণখনি এই সুযোগে লুটে আনতে হবে। এখন মুসলিম জগৎ পরাভূত, মৃতপ্রায়। ওরা জেগে উঠলে একটা পাণ্ডুলিপিও ছুঁতে দেবে না। তা ছাড়া বুঝতে পেরে মুসলমানরা যদি পাণ্ডুলিপি না দেয়ার আন্দোলন গড়ে তোলে, তাহলে ইউরোপের অনুবাদ আন্দোলন ব্যর্থ হবে। এজন্য এক দিকে তারা মুসলিম বিজ্ঞান গ্রন্থগুলো সংগ্রহ করে, অন্য দিকে মুসলমানদের বিজ্ঞান থেকে দূরে রাখার জন্য অজস্র অর্থব্যয়ে একশ্রেণীর আলেমকে বিজ্ঞান হারাম ঘোষণার ধ্বংসাত্মক কাজে লাগিয়ে দেয়। এ ধরনের ভাড়াটিয়া আলেমরা যখন বাগদাদ মসজিদের ইমাম ওবায়দুল্লাহর নেতৃত্বে ইবনে হায়সামের বিজ্ঞান গ্রন্থ দক্ষীভূত করে দিয়ে ইসলামের মহিমা প্রচার করেছিল; অপর দিকে ঠিক তখনই ইউরোপীয় অধ্যাপক রামুস ইবনে হায়সামের সর্বশ্রেষ্ঠ গ্রন্থ ‘কিতাবুল মানাজির’ সংগ্রহের জন্য সারা মধ্যপ্রাচ্যের গ্রামগঞ্জের দোকানে দোকানে খুঁজে ফিরছিল। শেষমেশ একটি কাগজের দোকানে পুঁটলি বাঁধা অবস্থায় কালি-কলির মাঝ থেকে পুস্তকটি তিনি খুঁজে বের করেন। এই গ্রন্থের সংস্পর্শে সারা ইউরোপ নবজাগরণে সজীব হয়ে উঠেছিল। চিত্রে রামুস-এর সংগ্রহীত পাণ্ডুলিপি ‘কিতাবুল মানাজির’-এর একটি পৃষ্ঠা দেয়া হলো। ওই পৃষ্ঠার চিত্রে সামন্তরাল সূর্যরশ্মি অধিবৃত্তাকৃতি আয়নার ওপর পড়ে

কিভাবে প্রতিফলিত হয় তা জ্যামিতির মাধ্যমে দেখানো হয়েছে।
ইস্তাম্বুলে আয়ামোফিয়া লাইব্রেরিতে একত্রে সাতটি খণ্ডেই ৬৭৮ পৃষ্ঠায় সমাপ্ত ‘কিতাবুল মানাজির’-এর সম্পূর্ণ পাণ্ডুলিপিই সংরক্ষিত আছে। ‘কিতাবুল মানাজির’-এর
প্রথম খণ্ড : দৃষ্টি সম্বন্ধে আলোচনা।
দ্বিতীয় খণ্ড : চোখে কিভাবে দেখা যায় তার আলোচনা।
তৃতীয় খণ্ড : দৃষ্টিভ্রমের কারণ সম্পর্কে আলোচনা।
চতুর্থ খণ্ড : পালিশ করা বস্তু থেকে কিভাবে প্রতিফলন ঘটে তার আলোচনা।
পঞ্চম খণ্ড : প্রতিবিম্বের অবস্থা আলোচনা।
ষষ্ঠ খণ্ড : প্রতিফলন ও প্রতিফলনের জন্য চোখে যেসব বিভ্রম ঘটে তার আলোচনা।
সপ্তম খণ্ড : স্বচ্ছ বস্তু থেকে প্রতিসরণের দ্রষ্টব্য সম্বন্ধে পর্যবেক্ষণ।
১৬৩০ থেকে ১৭০০ খ্রিষ্টাব্দের পূর্ব পর্যন্ত বৈজ্ঞানিক কেপলারসহ ইউরোপের বৈজ্ঞানিকরা আলোর কোনো প্রকার গতিতে সময়ের দরকার হয় না বলেই মনে করতেন।
অর্থাৎ তত দিন পর্যন্ত মুসলিম বৈজ্ঞানিকদের গ্রন্থের কোনো ল্যাটিন অনুবাদের তত্ত্ব তাদের হাতে পড়েনি বলে মনে করতে হবে। সেই অবস্থায় যখন সেই তথ্য তাদের হাতে হস্তগত হবে, তখন যিনি এর বিশ্লেষণ ও পর্যালোচনা করবেন, তখন সেই বৈজ্ঞানিকের ইচ্ছা না থাকলেও আবিষ্কারক হিসেবে ইউরোপের শক্তিশালী প্রচারের তোলে তার নামই বাজতে থাকবে।
তাতে আর বিচিত্র কী? ■



মালয়েশিয়ায় ইসলামিক হসপিটাল কনসোর্টিয়াম কনফারেন্সের অভিজ্ঞতা

ড. আবু খলদুন আল-মাহমুদ

গত ২৫-২৬ অক্টোবর মালয়েশিয়ার প্রশাসনিক রাজধানী পুত্রাজায়ায় মালয়েশিয়ার সরকার এবং সে দেশের ইসলামিক হসপিটাল কনসোর্টিয়ামের যৌথ উদ্যোগে এক আন্তর্জাতিক সেমিনার ও ওয়ার্কশপ অনুষ্ঠিত হলো। এ বছর কনফারেন্সের থিম ছিল Dilemma in Medical Practice : Islamic and Conventional. ইতঃপূর্বে ২০০৩ থেকে ২০০৭ সালের শুরু পর্যন্ত মালয়েশিয়ায় অবস্থানকালে আমার পেশার সাথে সংশ্লিষ্ট প্রায় সব পেশাজীবী

সংগঠন, যেমন- মালয়েশিয়ান ইসলামিক মেডিক্যাল অ্যাসোসিয়েশন (IMAM), মালয়েশিয়ান অ্যাসোসিয়েশন অব ক্লিনিক্যাল বায়োকেমিস্ট্রি (MACB), মালয়েশিয়ান সোসাইটি অব বায়োকেমিস্ট্রি অ্যান্ড মলিকুলার বায়োলজি (MSBMB)-এর সদস্য থাকাকালে বেশ কিছু বৈজ্ঞানিক কনফারেন্সে অংশগ্রহণের সুযোগ হয়েছিল। হসপিটাল কনসোর্টিয়ামের প্রতিষ্ঠাকালীন সভাগুলোতে উপস্থিত থাকার সুযোগও আমি পেয়েছিলাম। বিগত সময়ে মালয়েশিয়ায় অবস্থানকালে

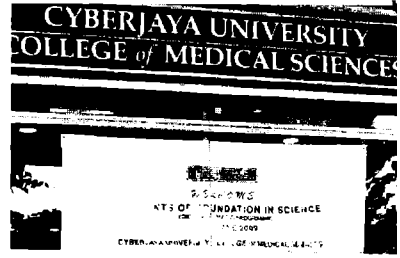
অধ্যাপক ও বিভাগীয় প্রধান, বায়োকেমিস্ট্রি বিভাগ, ইবনে সিনা মেডিকেল কলেজ, ঢাকা

সেখানকার সফল হাসপাতাল প্রশাসক ডা: রামলি সাদের সাথে ব্যক্তিগত ঘনিষ্ঠতাও ছিল। সেই নস্টালজিয়ার টানে আর বিশ্বব্যাপী বিভিন্ন পেশা ও ব্যবসার ইসলামায়নের অগ্রগতি দেখতে আমি এবার KHIM Conference-এ যেতে অগ্রহী হলাম। যোগাযোগ করতেই ডা: রামলি আমাকে অফিসিয়ালি ইনভাইট করলেন, সাথে একটি paper present করার দায়িত্বও ধরিয়ে দিলেন। যাওয়ার বেলায় আমার নিজ কর্মস্থল ইবনে সিনা ট্রাস্ট এবং BIIT থেকে সহযোগিতা পেলাম। মালয়েশিয়ান এয়ারলাইন্সের যাত্রার সময়টা বড় কষ্টকর। মধ্যরাত পেরিয়ে ফ্লাইট। এখানে আত্মাহর রহমতে কেন জানি না তারা আমাকে Economy Class-এর টিকিট দিয়েই Business Class-এ upgrade করে দিলেন। দুই বছর পর মালয়েশিয়ায় গিয়ে কুয়ালালামপুর আন্তর্জাতিক বিমানবন্দরকে আগের মতোই ঝকঝকে কর্মতৎপর পেলাম। কুয়ালালামপুরে ন্যাশনাল ইউনিভার্সিটি মালয়েশিয়ার মেডিক্যাল এডুকেশনের শিক্ষক অধ্যাপক ডা: আবদুস সালাম ভাইয়ের সালক সেলাটানের বাসায় উঠলাম। পরদিন ভোরে পুত্রাজায়ায় কনফারেন্স। সালাম ভাইয়ের বাসা থেকে KLIA Transit ট্রেনে পুত্রাজায়া স্টেশনে নামতেই KHIM-এর স্বেচ্ছাসেবক দু'জন মালয়ি তরুণ আমাকে সাদরে গ্রহণ করলেন। একই স্থানে ইন্দোনেশিয়ার YARSI University'র অধ্যাপক ড. জুরনালিস উদ্দিন আমাদের সহযাত্রী হলেন। সম্মেলনের স্থান নির্ধারিত ছিল Perbadanan Putrajaya

Auditorium-এ। এটা পুত্রাজায়া ফেডারেল চিফ জাস্টিসের প্রাসাদের সামনে। সম্মেলনস্থলে আমাদের সাদরে গ্রহণ করলেন সম্মেলন প্রস্তুতি কমিটির চেয়ারম্যান KHIM-এর সাধারণ সম্পাদক ডা. ইসহাক মাসুদ। যথাস্থানে আসন নিতে গিয়ে দেখি সম্মেলনের উদ্বোধনী অধিবেশনের প্রধান অতিথি প্রধানমন্ত্রী অফিসের মন্ত্রী দাতো ড. আহমাদ জাহিদ হামিদি ইতোমধ্যে এসে গেছেন। দরজায় দাঁড়িয়ে বিদেশী অতিথিদের নিজে বরণ করলেন। বললেন, এই সম্মেলনে এসে চিকিৎসা পেশা এবং Healthcare businessকে যারা ইসলামাইজ করার চিন্তা করেন তাদের সাথে পরিচিত হওয়ার একটা সুযোগ পেয়েছি। তাঁর বিনয়ী উচ্চারণে মুগ্ধ হলাম। দাতো আহমাদ হামিদির উদ্বোধনী বক্তব্যের বিষয় ছিল “Reinventing the new paradigm of healthcare given for the ummah”। মন্ত্রী রীতিমতো প্রস্তুতি নিয়ে লিখিত এবং power point presentationসহ আলোচনা রাখলেন। তিনি যে বহু সময় নিয়ে পড়াশোনা করে বক্তব্য তৈরি করেছেন তা তাঁর প্রাঞ্জল উপস্থাপনায় বোঝা গেল। তিনি যা বলতে চাইলেন তার সারমর্ম হচ্ছে প্রচলিত হাসপাতালের রিসিপশন ডেস্কের ওপর কিছু কুরআনের আয়াত ঝুলিয়ে রাখলে, কথায় কথায় বিসমিল্লাহ, আলহামদুলিল্লাহ পড়লেই সেটি ইসলামি হাসপাতাল হয়ে যায় না। ইসলাম একটি জীবনধর্মী, সেবামূলক জীবনব্যবস্থা। ইসলামে মানবসেবার মূল দর্শন যদি CEO থেকে শুরু করে সব চিকিৎসক ও কর্মীর আত্মায় না থাকে তবে সাইনবোর্ডে যা-ই থাক তা ইসলামি

হাসপাতাল হওয়া দুরূহ। তিনি কুরআনের আয়াত 'কুনতুম খাইরা উম্মাতিন উখরিজাত লিন্‌নাস' উল্লেখ করে বলেন মুসলমান হিসেবে আমরা কতটা সফল তা বোঝা যাবে আমাদের দ্বারা মানবতার কল্যাণ কতটা হল তার ভিত্তিতে। তিনি আরো বলেন, (করুণ ও শরীর দুইয়ের সুস্থতার সমন্বয়েই মানবের সুস্থতা) কাজেই ইসলামিক হাসপাতালকে আধুনিক চিকিৎসাপ্রযুক্তির উৎকর্ষের সাথে সাথে আত্মার চিকিৎসায় দক্ষ চিকিৎসক ও স্বাস্থ্যকর্মীর সমাবেশ ঘটাতে হবে।

দাতো হামিদির আলোচনার পর চা-বিরতি। চা-বিরতিতে পরিচিত হলাম ইসলামাবাদের আন্তর্জাতিক ইসলামি মেডিক্যাল কলেজের অধ্যক্ষ প্রফেসর ডা. ইকবাল খান, ইয়লা বিশ্ববিদ্যালয়ের সায়েন্স ও টেকনোলজি ফ্যাকাল্টির ডিন সালেহ তালেক, FIMA'র প্রাক্তন সভাপতি এবং জর্ডানের আম্মানের ইসলামিক হাসপাতালের চিফ ফিজিশিয়ান ডা. আলী মিশাল, কুয়ালালামপুর হাসপাতালের প্লাস্টিক সার্জারির চিফ প্রফেসর দাতো আহমাদ রিদওয়ান, থাইল্যান্ডের পাত্তানি প্রদেশের মুসলিম প্রফেশনাল ফোরাম নেতা ডা. আরেফিন থাইপ্রতান প্রমুখের সাথে। এরপর ইসলামাবাদের ইন্টারন্যাশনাল ইসলামিক মেডিক্যাল কলেজের অধ্যক্ষ প্রফেসর ডা. ইকবাল খান 'The Contribution of Early Muslim Scholars in Medicine' বিষয়ে সমৃদ্ধ, তথ্যবহুল ও যুগোপযোগী এক আলোচনা রাখলেন। প্রফেসর ইকবাল একাধারে একজন কার্ডিওথোরাসিক ও ভাসকুলার সার্জন; অন্য দিকে একজন ইসলামি পণ্ডিত



ব্যক্তি। পাকিস্তান কলেজ অব ফিজিশিয়ানস অ্যান্ড সার্জন্সের কর্ণধার হওয়া ছাড়াও তিনি সেখানে সার্জারির পোস্টগ্রাজুয়েট প্রোগ্রামে ইসলামিক মেডিক্যাল এথিকস কোর্স অন্তর্ভুক্ত করতে সক্ষম হয়েছেন। তাঁর বক্তব্য যেন ইতিহাসের অনেক বড় বইকে এক জিপ ফাইলে (zip file) উপস্থাপন করার মতো। কিভাবে মুসলমানদের হাতে পড়ে গ্রিক-চৈনিক-ভারতীয় চিকিৎসাবিজ্ঞান আধুনিকতার ছোঁয়া পেল এবং ইউরোপীয় রেনেসাঁয় অবদান রাখল তা তিনি তুলে ধরলেন। সাথে এটাও তুলে ধরলেন যে, সে যুগের মুসলিম বিজ্ঞানীরা কত ইসলামমুখী এবং কুরআনের জ্ঞানে সমৃদ্ধ ছিলেন। ক্যাম্পবেলের থেকে উদ্ধৃতি দিয়ে বললেন, "the European

medical system is Arabian not only in origin but also in its structure. The Arabs are the intellectual forbearers of the Europeans” । তার আলোচনায় ইবনে বাখতিসু, হুনাইন ইবনে ইসহাক, আল-রাজী, আল জাহরাবি, ইবনে সিনা, ইবনে রুশদ, ইবনে মাইমুন, ইবনে আল-নাফিসা, ইবনে ফিরনাস প্রমুখ বিজ্ঞানীর জীবন ও কর্ম মূর্ত হলো । প্রত্যেকের জন্মস্থান, কর্মস্থান এবং লেখার যত নিদর্শন বিভিন্ন জাদুঘরে আছে তা তিনি দেখালেন । ফলে পুরো একটি ঘণ্টা দর্শকশ্রোতাদের মন বা চোখ ভিন্ন দিকে ঝাওয়ার কোনো সুযোগ পায়নি । সর্বশেষে তিনি বর্তমান সময়ের শ্রেষ্ঠ মুসলিম বিজ্ঞানীদের কাজ ও ছবির সাথে পরিচয় করিয়ে দিলেন । সেখানেই জানলাম আমেরিকার সবচেয়ে বড় সরকারি মেডিক্যাল রিসার্চ প্রতিষ্ঠান ন্যাশনাল ইনস্টিটিউট অব হেলথের মহাপরিচালক ড. আলিয়াস একজন practicing muslim । উপসংহারে তিনি মুসলমান পেশাজীবীদের আরো বেশি গবেষণা করতে এবং Service oriented হতে আহ্বান জানালেন । এর পরের আলোচনা ইন্দোনেশিয়ার প্রফেসর হেদায়েত নুর ওয়াহিদের । তিনি জার্কাতা বিশ্ববিদ্যালয়ের প্রাক্তন অধ্যাপক, দাওয়াহ ও শরিয়া বিশেষজ্ঞ । ইন্দোনেশীয় মুসলিম প্রফেশনাল ফোরামকে সংগঠিত করা ছাড়াও সেখানকার PKS (Party Keadilai Sejahtera অর্থাৎ Justice and Peace party)-এরও সাবেক সভাপতি । তিনি পাঁচটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয়কে অগ্রাধিকার দিতে মুসলিম পেশাজীবীদের আহ্বান জানালেন ।

এগুলো হচ্ছে- প্রথমত, আমাদের প্রযুক্তির ব্যবহারকারী না হয়ে প্রযুক্তির প্রবর্তক হতে হবে; দ্বিতীয়ত, মুসলমান পেশাজীবীদের সমস্যা (আইডিয়াগত) তৈরির বদলে সমস্যা সমাধানের বিষয়ে আন্তরিক ও সচেষ্ট হতে হবে; সব নতুন কিছুকে না বলার বদলে শরিয়তের সাপেক্ষে গ্রহণযোগ্যতাকে বিবেচনা করতে হবে; তৃতীয়ত, আমাদের আরো সেবামুখী হতে হবে; চতুর্থত, আমাদের আত্মপ্রত্যয়ী হতে হবে যে, আমরাই পারি, এবং আমাদের তরুণ প্রজন্মের মনে এই প্রত্যয় জাগতে হবে । পঞ্চমত, এবং সবচেয়ে গুরুত্বপূর্ণ হচ্ছে, আমাদের সব কাজে Ethics এবং Moralityকে মূর্ত করতে হবে । তিনি বলেন যে, প্রাথমিক যুগে মুসলিমদের আখলাক উদ্ভূত আচরণই তাদের অমুসলিমদের চেয়ে ভিন্নতর, উন্নততর করে অন্য মানুষের কাছে উপস্থাপন করত । সেই মুসলিমরা ছিলেন চুম্বকের মতো । তাদের কাছে মানুষ আসতে আকর্ষণ বোধ করত এবং ইসলাম কবুল করত । এখন আমাদের দেখলে মানুষ বিকর্ষিত হয় । অধ্যাপক হিদায়ার বক্তব্যের পর আবার চা-বিরতি । সবাই দ্রুত চা-পান সারলেন । কারণ এর পরই বিশ্বের অন্যতম সেরা মুসলিম চিকিৎসা পেশাবিদ প্রফেসর ড. ওমর হাসান কাসুলির বক্তৃতা । প্রফেসর ওমরের বক্তব্যের শিরোনাম “Islamic Medicine: The misunderstood concept” । অধ্যাপক ওমর কাসুলি সেই ইসলামী স্কলারদের অন্যতম যারা সত্তরের দশকে ইসমাইল রাজী আল-ফারুকীসহ শিক্ষাব্যবস্থার ইসলামায়নের কাজ শুরু করেন । এ বিষয়ে ১৯৭৩-এ বাদশাহ

ফয়সালের পৃষ্ঠপোষকতায় সৌদি আরবে অনুষ্ঠিত প্রথম সম্মেলন থেকে পরবর্তী সব সম্মেলনে তিনি উপস্থিত ছিলেন। এই চিন্তা বাস্তবায়নের প্রথম পদক্ষেপ মালয়েশিয়ার ইসলামি বিশ্ববিদ্যালয় প্রতিষ্ঠায় তিনি এবং আবদুল হামিদ আবু সুলায়মান একসাথে কাজ করেন। উগান্ডায় জনগ্রহণকারী এবং হার্ভার্ড বিশ্ববিদ্যালয় থেকে এমপিএইচ, পিএইচডি ডিগ্রিধারী এই মনীষী বহু বছর আমেরিকার বিভিন্ন বিশ্ববিদ্যালয় ও রিসার্চ ইনস্টিটিউটে কাজ করেছেন। ওমর কাসুলি যদিও মূলত একজন মেডিক্যাল ডাক্তার কিন্তু জ্ঞান ও চিন্তার বিস্তৃত ক্ষেত্রে তিনি পাণ্ডিত্য রাখেন। মাতৃভাষা ছাড়াও সাতটি আন্তর্জাতিক ভাষায় তিনি অনর্গল বক্তৃতা দিতে পারেন। মালয়েশিয়ানদের কাছে এই ব্যক্তিত্ব অত্যন্ত আপন। সেখানকার মেডিক্যাল শিক্ষার পুরো কারিকুলামকে ইনি ইসলামায়ন করেছেন। কাসুলি তার বক্তৃতায় ইসলামিক মেডিসিন সম্পর্কে প্রত্যাশিত ধারণা, ভুল ধারণা ব্যাখ্যা করে বাস্তবতার কথা তুলে ধরেন। অনেকের ধারণা ইসলামিক মেডিসিন মানে রাসূল সা: যেসব চিকিৎসা দিতেন, যেমন— মধু, কালিজিরার তেল ইত্যাদি; কারো ধারণা ইসলামিক মেডিসিন মানে ইউনানি বা হেকিমি চিকিৎসা; কেউ বা মনে করেন আধুনিক চিকিৎসাপদ্ধতি ইসলামি নয়। ওমর কাসুলি ব্যাখ্যা করেন এভাবে যে, আধুনিক চিকিৎসাব্যবস্থাই ইসলামি চিকিৎসাব্যবস্থা হতে পারে যদি তাতে ইসলামি আখলাক সংযুক্ত হয়। তবেই নববী সম্পর্কে তিনি বলেন যে, রাসূল সা: তিনভাবে চিকিৎসা করেছেন; প্রথমত, তিনি সে সময়কার প্রচলিত কিছু

হার্বস প্রেসক্রাইব করেছেন (যা সূন্নাতে গাইরে তাশারিয়্যার অন্তর্ভুক্ত); দ্বিতীয়ত, তিনি রোগীর আরোগ্যের জন্য দোয়া করেছেন; তৃতীয়ত, তিনি রোগীর আত্মার চিকিৎসাও দিয়েছেন। Prophetic medicine-এর দ্বিতীয় ও তৃতীয় যে মাধ্যম অর্থাৎ রোগীর জন্য দোয়া এবং আত্মার চিকিৎসা অবশ্যই বর্তমান সময়েও অত্যন্ত প্রযোজ্য। আধুনিক প্রযুক্তি প্রয়োগের সাথে ডাক্তার এই দুটো কাজ করলে তিনি ইসলামিক চিকিৎসক হয়ে যাবেন। তবেই নববী ও তবেই কুরআনের বর্তমান প্রায়োগিকতা বর্ণনা করার পর মুসলমানদের হাতে চৈনিক-ভারতীয়-গ্রিক মেডিসিন কিভাবে আধুনিক যুগে এলো তা তিনি ব্যাখ্যা করেন। প্রফেসর ওমর কাসুলির বক্তব্যের পরে মালয়েশিয়া আন্তর্জাতিক ইসলামি বিশ্ববিদ্যালয়ের ডেপুটি ভাইস চ্যান্সেলর এবং মেডিক্যাল ফ্যাকাল্টির প্রাক্তন ডিন প্রফেসর দাতো মুহাম্মাদ তাহির আজহার আলোচনা রাখেন 'Inculcating Islamic values in Medical training' বিষয়ে। গত ১০ বছরে মালয়েশিয়ার ইসলামি বিশ্ববিদ্যালয়ের মেডিক্যাল ফ্যাকাল্টির ছাত্রদের ইসলামি দর্শনের আলোকে যেভাবে মেডিসিন পড়ানো হচ্ছে তার অভিজ্ঞতা তিনি বর্ণনা করলেন। তিনি একটি সুন্দর কথা বললেন, 'Without morality we can not help ethics, without ethics we can not help religion'। তাঁর ভাষায় ভালো মুসলিম ডাক্তার তৈরি করতে হলে শুরু করতে হবে ভর্তিপ্রক্রিয়ার সময় থেকে। শুরুতেই চরিত্রবান ও উন্নত নৈতিক ঐতিহ্যসম্পন্ন ছাত্র নেয়া উচিত। এমন শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানের শিক্ষকদেরও হতে হবে

ইসলামি জ্ঞান ও নৈতিকতায় উজ্জীবিত । দাতো তাহিরের বক্তৃতার পর তাঁকে আমি একটি প্রশ্ন করলাম, যা অনেকের দৃষ্টি আকর্ষণ করে । উন্নয়নশীল দেশের প্রাইভেট মেডিক্যাল কলেজগুলোকে আর্থিকভাবে viable করতে ছাত্রদের কাছ থেকে চড়া বেতন ছাড়াও এককালীন প্রচুর অর্থ Development fee হিসেবে নিতে হয় । এ অবস্থায় যেসব ছাত্রের ভর্তির যোগ্যতা হয় তাদের অনেকেরই পিতা-মাতার আয়ের উৎস অস্বচ্ছ বা অসৎ । এমন অনৈতিক Background-এর ছাত্র নিয়ে কিভাবে ইসলামি নৈতিকতাসম্পন্ন ডাক্তার তৈরি করা যাবে । এ প্রশ্নের উত্তরে দাতো বললেন, মনে রাখতে হবে যে ইসলামমনা মেডিক্যাল শিক্ষকদের ‘দায়ি ইলাল্লাহর’ মতো কাজ করতে হবে । ছাত্র যেই Background থেকেই আসুক তার সামনে ইসলামের শিক্ষাকে মূর্ত করতে হবে । এটাও তো একটা বাস্তবতা যে খোদ নূহ নবীর ছেলেও কাফেরদের দলে যোগ দিয়েছে । লুত আ:-এর স্ত্রী বিভ্রান্ত হয়েছেন, আর আবু জেহেলের ছেলে ইসলামের জন্য শহীদ হয়েছেন । মুসলিমের নৈতিক দায়িত্বের মিশন কখনো থেমে থাকতে পারে না । তিনি ইবনে খলদুনের মুকাদ্দামা থেকে সুন্দর উদাহরণ দিলেন যে, মানুষের ব্যক্তিত্ব বিকাশে পাঁচটি উপাদান লাগে, তা হচ্ছে- প্রথমত, তার উত্তরাধিকার; দ্বিতীয়ত, যে রিজিকে সে বর্ধিত হয়; তৃতীয়ত, তার অর্জিত শিক্ষা; চতুর্থত, তার বন্ধু মহল এবং পঞ্চমত, তার সামনে বিদ্যমান সুযোগ । দাতো তাহির বলেন যে, এর মধ্যে প্রথম দুটি পরিবর্তন করা না গেলেও পরের তিনটিকে আমরা প্রভাবিত করতে পারি । যদি আমাদের

শিক্ষাপ্রতিষ্ঠানগুলোর সার্বিক পরিবেশ উন্নত মূল্যবোধসম্পন্ন হয় তবে এখানে যে কেউ আসুক তার নৈতিক মান বাড়বে । জটিল এই প্রশ্নের এত সুন্দর জ্ঞানগর্ভ উত্তর দাতো তাহির দিলেন যা থেকে আমি বুঝলাম যে একজন মেডিসিনের প্রফেসর ইসলাম ও সমাজ সম্পর্কে কত প্রখর জ্ঞান রাখেন । দাতো তাহিরের বক্তৃতার পর জোহর নামাজের বিরতি । এরপর বিদেশীদের paper presentation । সেখানে আমাকে দুটো paper present করতে হলো । একটি বাংলাদেশে চিকিৎসাসেবা প্রদানে সরকারি-বেসরকারি অবদান, বিশেষভাবে ইসলামমনা হাসপাতালগুলোর অবদান প্রসঙ্গে । আমি ভূমিকায় বলি যে, যদিও আমাদের আন্ডারগ্রাজুয়েট মেডিক্যাল শিক্ষার সময় ইসলামিক মেডিক্যাল এথিক্স বা সার্বিকভাবে Ethics & morality তেমন পড়ানো হয় না, তবু by tradition আমাদের চিকিৎসা পেশাজীবীরা যেকোনো বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিতে ইসলামের নৈতিকতা দিয়ে প্রভাবিত হন । কারণ ইসলাম আমাদের অন্তরে বদ্ধমূল । এখানে বেসরকারি হাসপাতালগুলোর মাঝে ইসলামমনা ডাক্তারদের প্রতিষ্ঠিত হাসপাতালগুলোর প্রত্যক্ষ ও পরোক্ষ প্রভাব সম্পর্কে বললাম । এই অধিবেশনে আমি ছাড়াও ইন্দোনেশিয়ার তিনজন, থাইল্যান্ডের একজন paper present করলেন । বিকেলের চা বিরতির পর ডা. সিদ্দিক ফাদিল বক্তব্য রাখলেন, Administration: Islamic concept- leading the right way বিষয়ে । ট্র্যাডিশনাল ম্যানেজমেন্টের চেয়ে ইসলামি



ম্যানেজমেন্ট কত মানববান্ধব তা তিনি তুলে ধরলেন। এখানে প্রশাসক বলে কথিত কোনো পদ নেই, বরং সেবক হিসেবে যে বেশি অগ্রণী তাঁরই অধিকার প্রশাসন ব্যবস্থাপনার। এখানে প্রশাসক-কর্মী সম্পর্ক অত্যন্ত প্রাণবন্ত এবং বন্ধুপ্রতিম। রাসুল সা: এবং তাঁর সাহাবারা জনগণ আর কর্মীদের সাথে সহকর্মীর মতোই কাজ করেছেন। পরবর্তী যুগে ইসলামের শিক্ষা থেকে দূরে সরে গিয়ে আয়েশী শাসকচক্রের অভ্যুদয়।

রাতের ডিনার টক ছিল প্রফেসর ড. রিদওয়ান ওসমানের। তাঁর বিষয় ছিল ‘The challenge and future of contemporary Muslim civilization’ তাঁর বক্তব্যে চ্যালেঞ্জের চাইতে সম্ভাবনা এবং আশাবাদই বেশি ছিল। যার সারকথা এই যে আমরা যদি একটি Innovative জাতি হিসেবে ঐতিহ্য ফিরিয়ে আনতে পারি তবে আমাদের ভবিষ্যৎ উজ্জ্বল। ইজতিহাদের অভাব কিভাবে আমাদের পিছিয়ে দিয়েছে তা

তিনি তুলে ধরলেন। বর্তমান সময়ে মুসলমানদের সামনে সবচেয়ে বড় চ্যালেঞ্জ হিসেবে দুনিয়াপ্রীতিকে তিনি চিহ্নিত করেন। তিনি এটা বলেন যে, সোনালি যুগের মুসলিম পেশাজীবীরা তাদের শ্রম ও মেধা দিয়ে উম্মাহ ও মানবতার খেদমত করতে চাইতেন। তাই তাদের দ্বারা এত আবিষ্কার হয়েছে। আর আমরা আমাদের সমস্ত মেধা শুধু দুনিয়াবি কামাইয়ে ব্যয় করছি। এসবই আমাদের Productivity নষ্ট করছে। আমাদের Product quality fall করছে।

রাতে ঝাঁওয়ার সময় ইন্দোনেশীয় অধ্যাপক জুরনালিস উদ্দিন আমাকে প্রশ্ন করলেন, বাংলাদেশের বৃহত্তর জনগণ কি সুদকে আকর্ষণীয়ভাবে গ্রহণ করেছে? আমি তাঁর প্রশ্নে একটু অবাक হলাম। তিনি বললেন, গ্রামীণ ব্যাংক ও ইউনুস সাহেবের সফলতা কি এটাই প্রমাণ করে না যে, এ দেশের গ্রামের মানুষ সুদ পছন্দ করে। আমি তাঁর প্রশ্নের উত্তরে বললাম যে, এ দেশে গ্রামে একটি কথা

প্রচলিত আছে— যদি কারো ক্ষেত্রে পোকাকার আক্রমণ ঘটে তবে সেই ক্ষেত্রে দশজন সুদখোরের নাম টাঙিয়ে দিলে ঘেন্নায় পোকারাও চলে যায়। আমি আরো বললাম, দক্ষিণ-পূর্ব এশিয়ার প্রথম তফশিলভুক্ত ইসলামি ব্যাংক আমাদের দেশেই চালু হয়েছে এবং গত পঁচিশ বছরে এ দেশের অধিকাংশ বেসরকারি ব্যাংক হয় ইসলামি ব্যাংকিংয়ে এসেছে নয়তো ইসলামি উইন্ডো চালু করেছে। এটাই প্রমাণ করে যে মানুষ সুদবিহীন অর্থব্যবস্থা পছন্দ করে। তিনি আমার কথায় খুব খুশি হলেন। ড. ইউনুস সাহেবের নোবেলপ্রাপ্তি যে আমাদের দেশের গ্রামীণ মানুষের সুদপ্রীতি সম্পর্কে এক ভ্রান্তির জন্ম দিয়েছে তা আমি সেখানে বেশ বুঝতে পারলাম।

দ্বিতীয় দিন সকালে প্রথম আলোচনা ছিল FIMA'র প্রতিষ্ঠাতা সভাপতি এবং জর্ডানে আম্মানের ইসলামিক হসপিটালের CEO ডা. আলী মিশালের। তিনি দুটো paper present করলেন। ১৯৮২ সালে প্রতিষ্ঠিত আম্মানের হাসপাতালের সাফল্য ও চ্যালেঞ্জের অভিজ্ঞতা প্রসঙ্গে একটি, অন্যটি ইসলামিক হসপিটালগুলোর এক্যবদ্ধ কোয়ালিটি কন্ট্রোল বা বেঞ্চমার্কিং প্রসঙ্গে। ড. আলী মিশাল মেডিসিনে উচ্চতম ডিগ্রি নিয়ে দীর্ঘ দুই দশক আমেরিকার ইলিনয়েস বিশ্ববিদ্যালয়ের এন্ডোক্রাইনোলজি এবং মেটাবলিজম বিভাগে অধ্যাপনা করেন। ইসলাম ও জন্মভূমির আকর্ষণে আমেরিকার নাগরিকত্ব, লোভনীয় চাকরির মোহ ত্যাগ করে আম্মানে এসে সহকর্মীদের নিয়ে প্রায় শূন্য হাতে ইসলামি

মূল্যবোধের ভিত্তিতে হাসপাতাল প্রতিষ্ঠা করেন। অত্যন্ত মানবপ্রেমী দৃষ্টিভঙ্গি নিয়ে কাজ করে আজ ২৫ বছরের ব্যবধানে এটি এখন ৩৪২ শয্যার সে অঞ্চলের শ্রেষ্ঠ মাল্টিস্পেশালাইজড হাসপাতাল। বেসরকারিভাবে পরিচালিত হলেও এখানে ইমার্জেন্সি বিভাগে কোনো জীবনবিপন্ন রোগীকে অর্থাভাবে বিনা চিকিৎসায় ফিরিয়ে দেয়া হয় না। এখানে ১০০ জন বিশ্বমানের কনসালট্যান্ট সার্বক্ষণিক কর্মরত আছেন। এ ছাড়া ইসলামমনা আরো ৩০০ জন (যারা সরকারি চাকরি করেন) ভিজিটিং কনসালট্যান্ট হিসেবে কাজ করেন। এখানে যোগদানকারী যেকোনো ডাক্তারকে ইসলামি মেডিক্যাল এথিক্সের ওপর ৮০ ঘণ্টার কোর্স করতে হয়। এখানকার ট্রেনিং এমআরসিপি এবং এফআরসিএসসহ বিভিন্ন উচ্চশিক্ষায় গণ্য হয়। তাদের ভিশন হচ্ছে 'working towards excellence and provision of the Islamic model in medical care, medical practice, medical education, training and research'। হাসপাতালটি ইসলামিক সেন্টার সোসাইটি নামক সেবা সংস্থা যাদের পুরো জর্ডানে ৫০০ কাউন্সিলর আছে, তাদের মধ্য থেকে গণতান্ত্রিকভাবে নির্বাচিত গভর্নিং বডি দিয়ে চালিত। প্রতি সপ্তাহে ডাক্তার, ম্যানেজার, স্বাস্থ্যকর্মী সবার সমন্বয়ে পর্যালোচনা সভার মাধ্যমে মানবসেবার ইনডেক্স বাড়ানোর চেষ্টা করা হয়। এথিক্স কমিটি প্রতিটি মেডিক্যালি ইনডিকেটেড গর্ভপাত, অ্যাসিস্টেড ফার্টলাইজেশন, ব্রেন ডেথ, সেক্স সিলেকশন এবং রিসার্চের বিষয় মনিটর

করেন ।

এই অসাধারণ চেষ্টার ফলে শূন্য হাতে শুরু করা হাসপাতাল আজ জর্ডানের বৃহত্তম সেবা প্রতিষ্ঠান । যার সম্পদ ২.৫ বিলিয়ন ডলারের ওপর । গোটা আরব বিশ্বের রোগী আজ এই হাসপাতালমুখী । প্রযুক্তিগত উৎকর্ষে তারা অনন্য । আলী মিশালের পাশে এসে দাঁড়িয়েছেন ফিলিস্তিন, মিসর, আরব, পাকিস্তানসহ গোটা বিশ্বের অনেক বড় বড় ডাক্তার, যাদের বিশ্বমানের ডিগ্রি থাকার পরও ইসলামের স্বার্থে ব্যক্তিস্বার্থ কোরবানির মানসিকতা আছে । তার বক্তৃতার সাথে Multimediaতে ওই হাসপাতালের বিভিন্ন কর্মকাণ্ডের দৃশ্য দেখে মনে হচ্ছিল যেন স্বর্ণযুগের আন্দালুসিয়া, ইস্কান্দারিয়া বা সমরখন্দের কোনো হাসপাতাল, একুশ শতকের প্রযুক্তি নিয়ে আর ইসলামি আত্মা নিয়ে পুনর্জন্ম লাভ করেছে । তিনি মুসলিম বিশ্বের সেবাকর্মীদের জন্য বড় চ্যালেঞ্জ হিসেবে শাসক চক্রের বাধাকে উল্লেখ করলেন । প্রায়ই তাদের হাসপাতালকে সরকার থেকে বাধাগ্রস্ত করা হয় । তবে আশার বিষয়, এর আগে দু'বার সরকার হাসপাতালটির নিয়ন্ত্রণ নিতে চাইলেও আদালত ইসলামিক সেন্টার সোসাইটির পক্ষে রায় দিয়েছে । আর্থিক সমস্যা তাদের নেই, কারণ হাসপাতাল সার্বিকভাবে লাভজনক (কিছু বেড এবং ইমার্জেন্সি ফ্রি হলেও কেবিন এবং বিশেষায়িত সার্ভিস থেকে প্রাপ্ত আয়ে যথেষ্ট লাভ থাকে) ।

ড. আলী মিশালের দ্বিতীয় আলোচনা ছিল ইসলামি হাসপাতালগুলোর ঐক্যবদ্ধ কোয়ালিটি কন্ট্রোল বা বেঞ্চমার্কিং ব্যবস্থা সম্পর্কে । তিনি বলেন যে, এখন বিশ্বব্যাপী ইসলামের পুনর্জাগরণ চলছে ।

এ অবস্থায় বিশ্বের বিভিন্ন দেশে ইসলামপ্রিয় ডাক্তার এবং অন্য উদ্যোক্তারা অনেক হাসপাতাল তৈরি করছেন ইসলামের মানবসেবা ব্রতে উদ্বুদ্ধ হয়ে । এসব হাসপাতাল যদি ঐক্যবদ্ধ কনসোর্টিয়াম গঠন করে, তাহলে একে অপরকে টেকনিক্যাল ও বুদ্ধিবৃত্তিক সহায়তা দিতে পারবে । হাসপাতালগুলোর মাঝে বিশেষজ্ঞ বিনিময় ও রোগী রেফারেল পদ্ধতি চালু করা যাবে । কেন্দ্রীয়ভাবে কনসোর্টিয়াম হাসপাতালগুলোর মান নিয়ন্ত্রণ করবে । এখানে মান বলতে প্রযুক্তিগত সম্পদ অর্জন, অবকাঠামো ও জনশক্তির উন্নয়নসহ ট্র্যাডিশনাল কোয়ালিটি কন্ট্রোলের প্যারামিটারগুলো ছাড়াও ইসলামি কোয়ালিটি কন্ট্রোল প্যারামিটার, যেমন— রোগীদের সন্তুষ্টি, ডাক্তার-রোগী সম্পর্ক, ডাক্তার-কর্মচারীদের সৌহার্দ্য, ব্যবস্থাপক-কর্মীদের সেবার আন্তরিকতা এসব যাচাই করে হাসপাতালকে গ্রেড দেয়া যেতে পারে । তিনি অনেকগুলো বেঞ্চমার্কিংয়ের Questionnaire এবং তার ভিত্তিতে A+, A, A-, B ইত্যাদি ক্যাটাগরির হাসপাতালের নমুনা দেখালেন ।

দ্বিতীয় চা বিরতির পর মালয়েশিয়ার সফল হাসপাতাল পরিচালক এবং বিশিষ্ট প্রশিক্ষণ বিশেষজ্ঞ ডা. রামলি সাদ 'The Reality in Hospital Administration' বিষয়ে আলোচনা রাখলেন । ডা. রামলি ১০ বছর ইউনিভার্সিটি সায়েন্স মালয়েশিয়ার হাসপাতাল পরিচালক ছিলেন । তিনি একজন রেডিওলজিস্ট এবং হাসপাতাল পরিচালক । তিনি ASTD (American Society of

Training & Development)

কর্তৃক Accredited ট্রেনার।

Ibadah friendly Hospital

কনসেপ্টের প্রবর্তক তিনি। তার ভাষায়,

'Ibadah friendly Hospital

(IFH) is one which has

excellent clinical services and

focus in giving total patient

care and wellness through

high value added Islamic

moral of the staff'। তার মতে

ইসলামি সভ্যতার সবচেয়ে আকর্ষণীয় ও

মানববান্ধব অবদান ছিল বড় বড়

ইসলামিক হাসপাতাল তৈরি। এসব

হাসপাতাল ছিল মধ্য এশিয়া, কর্ডোভা,

গ্রানাডা ও মিসরের বিভিন্ন স্থানে। আজ

নতুন করে এজাতীয় হাসপাতাল নির্মাণ

সম্ভব হলে তা মানব জাতির কাছে

ইসলামের সৌন্দর্য উত্তমভাবে তুলে

ধরবে। তিনি ইবাদাহ-ফেডলি

হাসপাতালের উপাদান হিসেবে বলেন

যে, এমন হাসপাতালে সেবার মান হতে

হবে সর্বোত্তম; কর্মীরা দায়িত্ব পালনে

সর্বোচ্চ আন্তরিক হবেন; কর্মীরা

হাসপাতালের দায়িত্বকে নিজের

ইবাদতের অংশ মনে করবেন;

ম্যানেজাররা সবসময় ইসলামি

মূল্যবোধকে লালন করবেন; রোগীর

কল্যাণই হবে সর্বোচ্চ অগ্রাধিকার, এবং

সর্বোপরি এই হাসপাতাল সবসময়

মানুষ, পরিবেশ ও স্রষ্টার মাঝে সম্পর্ক

স্থাপনে কাজ করবে। এখানে

ম্যানেজাররা কখনো তাদের পদকে

দুনিয়াবি সুযোগ মনে করবে না।

সবসময় এটাকে আল্লাহর খলিফা

হিসেবে হক্কুল ইবাদ আদায়ের বাহন

মনে করবে।

লাঞ্চ বিরতির পর একটি আকর্ষণীয়

ওয়ার্কশপ হলো প্রফেসর ড. ওমর

কাসুলি এবং ডা. ইসহাক মাসুদের

পরিচালনায় 'Understanding

Medical Ethics from Islamic

Perspective'। এতে ড. কাসুলি

অসংখ্য Ethicolegal case study

তুলে ধরেন এবং তার সম্ভাব্য ইসলামি

সমাধান দেখান। এই ওয়ার্কশপে আরো

অংশ নেন FIMA'র বর্তমান সভাপতি

মালয়েশিয়ান ইসলামিক মেডিক্যাল

অ্যাসোসিয়েশনের প্রাক্তন সভাপতি ডা.

মুসা নুরুদ্দীন। মালয়েশিয়ায় ইসলামি

ডাক্তারদের সংগঠিত করতে তার ভূমিকা

অসাধারণ। তিনি সেই স্টাডি সার্কেলের

সদস্য ছাত্রজীবনে যার পরিচালক ছিলেন

আনোয়ার ইব্রাহিম। মুসা নুরুদ্দীন

মালয়েশীয় মুসলিম প্রফেশনাল

ফোরামেরও একজন কর্ণধার। তিনি

ওয়ার্কশপে সে দেশে Invitro

fertilization এবং Assisted

reproduction সম্পর্কে আইন

প্রণয়নে আলেম, চিকিৎসক ও

আইনবিদরা কিভাবে একসাথে কাজ

করেছেন তা দেখান।

সবশেষে ডা. ইসহাক মাসুদ সংক্ষিপ্ত

দোয়া মুনাজাত করে আমাদের বিদায়

দিলেন। প্রাণবন্ত ও জীবন্ত ইসলামের

বাস্তবায়নের নমুনা দেখে সন্তুষ্টচিত্তে

বেরোলাম। আমাকে এরপর আতিথ্য

দিলেন ডা: মুসা নুরুদ্দীন।

কুয়ালালামপুরে তাঁর আতিথেয়তা এবং

তার সাথে আলাপচারিতা এবং পরে

কেলানতান রাষ্ট্রের মুখ্যমন্ত্রী নিক

আজিজার PS নিক আজলানের বাড়িতে

বেড়ানোর সুযোগে সেখানকার

সাম্প্রতিক রাজনীতি সম্পর্কে যা

জানলাম তা পরে ভিন্ন লেখায় প্রকাশ

করব ইনশাআল্লাহ। ■

*With the best
compliment of*



Radiant Pharmaceuticals Limited



ACI Pharmaceuticals Limited



Orion Pharmaceuticals Bangladesh



Navana Pharmaceuticals Ltd

আপনার চোখের চিকিৎসায়

ভিশন আই হসপিটাল

বিস্তারিত: ০১১৯৯-৮৩৩১০৬

বাড়ি # ৩/এ, পশ্চিম ধানমন্ডি, সাতমসজিদ রোড, ঢাকা-১২০৭

(ধানমন্ডি ২৭ নং (পুরাতন) রোডের পশ্চিম প্রান্তে ব্যাংক এশিয়ার সামনে)



মডার্ন সাইকিয়াট্রিক হসপিটাল (প্রাঃ) লিঃ

MODERN PSYCHIATRIC
HOSPITAL PVT. LTD.

আমাদের
সেবা সমূহ:

ফর্মুলায় মন সারাক্ষণ

- সকল ধরনের মানসিক রোগ চিকিৎসায় সুব্যবস্থা
- মানসিকতা / মানসিক নির্ভরশীলতার চিকিৎসা
- আত্মহত্যার সুঁচি গ্রহণ রোগীর জন্য বিশেষ ব্যবস্থাপনার চিকিৎসা সেবা প্রদান
- বাস থেকে বিশেষ ব্যবস্থাপনার রোগী গ্রহণ
- বিভিন্ন ধরনের মনোবৈদ্য সমস্যার সুচিকিৎসা ও পরামর্শ প্রদান
- সাইকোথেরাপী ও কাউন্সেলিং এর ব্যবস্থা
- মূল্যায়ন ও পুঙ্খ রোগীর জন্য নিরাপদ ও নিরীহবিশি পরিবেশে গুরুত্ব সহকারে ভর্তি করা
- মুক্তিযুদ্ধের পরীক্ষা (IQ Test)
- ক্রিমিনাল, প্রাণ ও ম্যারিটাইল থেরাপী
- এপি / নন-এপি ওয়ার্ড ও ক্যাথিসের এর সুব্যবস্থা
- দীর্ঘস্থায়ী মানসিক ও মানসিকতা রোগীদের জন্য মুক্তি চিকিৎসা থেরাপী চিকিৎসা ব্যবস্থা
- নিষ্ক্রম কলেজ থেকে উত্তম সনদসহ
- স্বাধীনভাবে মনোরোগ বিশেষজ্ঞ ডাক্তারগণের সেবার
- সুস্থাতন রোগীদের নিয়মিত কন্সাল্টিং।

Contine®

Theophylline 200, 300, 400 mg
Tablet & Syrup

**Tested & Trusted Theophylline
Brand in Bangladesh**



ARISTOPHARMA LTD.

Rupa

Rupatadine 10 mg Tablet

**The novel drug for
allergic respiratory disorders**



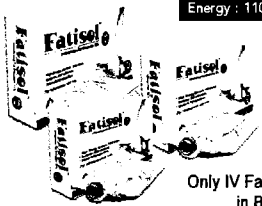
www.aristopharma.com

Fatisol

Intravenous Fat Emulsion 10%

An IV fat emulsion for instant energy

Energy : 1100 kcal/L



**500 ml
250 ml
100 ml**

**Only IV Fat Emulsion
in Bangladesh**

POPULAR

HARTSOL
Hartmann's Solution

Isonic to
Blood Plasma

- Severe burns
- Shock and after surgery
 - Hypovolaemic shock
 - Haemorrhagic shock
- Metabolic acidosis
- Dehydration
 - Diarrhoea
 - Vomiting
- Poisoning
- Ketonuria

Counterbalance the loss of plasma volume in

DIASOL

Diarrhoeal Treatment Saline

Protect the patient confidently when dehydration is ACUTE

In acute dehydration during...

- Diarrhoea
- Vomiting
- Cholera
- Profuse sweating

Libra Infusions Limited

Plot 17, Shapour Road, East Nazimuddin, Dhaka 110, Bangladesh

An Innovation with Quality



THE SAFEST PROTON PUMP INHIBITOR



Pregnancy



All age group
(From 1 month)



Hepatic impaired
Patients



Renal impaired
Patients



Cardiac patients



With other
Medicine



Renata Limited

ROXIM[®] Capsule

Cefixime 200 & 400 mg

International Standard Cefixime

Rabeca™ 20 Tablet

Rabeprozole Sodium 20 mg

The **Fastest** Acting PPI



- Ensures maximum activity within shortest time
- Attains optimal acid-suppression since 1st dose
- Can be taken with or without food
- Ensures round-the-clock acid control
- Effectively relieves day-time and night-time heartburn
- US FDA pregnancy category B

Since 1958



SQUARE
PHARMACEUTICALS LTD.
BANGLADESH

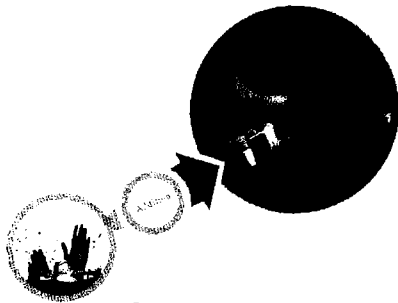
www.squarepharma.com.bd

facebook.com/SquarePharmaBD

twitter.com/SquarePharmaBD



A simple addition



*Overcomes
the resistance*

can make a
significant difference ...

Cefaclav®

Cefuroxime 125 mg + Clavulanic Acid 31.25 mg,
Cefuroxime 250 mg + Clavulanic Acid 62.5 mg,
Cefuroxime 500 mg + Clavulanic Acid 125 mg Tablets;
Cefuroxime 125 mg + Clavulanic Acid 31.25 mg /5 ml PFS



Incepta Pharmaceuticals Ltd

www.inceptapharma.com

This is circulated with the prior approval of the
Licensing Authority (Drug Administration)

24 HOurs

গ্যাস্ট্রোইনটেস্টাইনাল

লিভার ইমার্জেন্সী সার্ভিস

স্বাস্থ্য সেবা প্রতিষ্ঠান ৩০ বকুলপুর রাস্তা টিউবস, ঢাকা

থেরাপিউটিক এন্ডোস্কোপি অপারেশনের বিকল্প

বিনা কষ্টে কোন রকম কাটা ছেঁড়া ছাড়াই এন্ডোস্কোপির মাধ্যমে খাদ্যনালির রক্তক্ষরণ, খাদ্যনালি থেকে ফরেন বডি (যেমন- পয়সা, কৃত্রিম দাঁত, হাড় ইত্যাদি) বের করা কিংবা স্টেন্ট বসানোর মতো জটিল অপারেশনের বিকল্প চিকিৎসা করা যায়।



ইআরসিপি'র মাধ্যমে অপারেশন ছাড়াই পিওনালির পাথর অপসারণ, কৃমি বের করা ও ক্যান্সারে টিউব (Stent) বসাতে নির্ভরযোগ্য প্রতিষ্ঠান



Crescent & Gastroliver
General Hospital

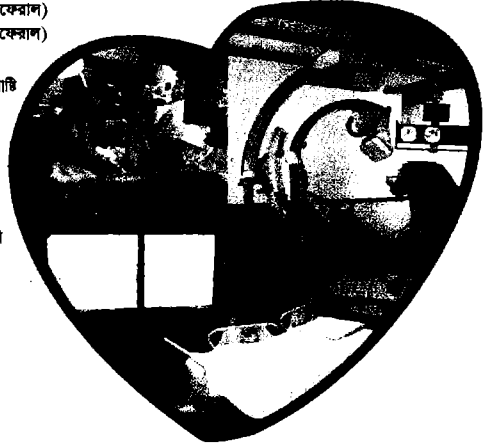
25/1, Green Road, Dhanmondi, Dhaka.
(Eastern end of Dhanmondi Road # 7)
Phone : 0088-621612, 9671571, Mobile : 01926 100 100

ডা. আবু হেনা আবিদ জাফর
মেডিকেল ডিরেক্টর
মোবাইল - ০১৯১১ ২৬৮৮১৬

শহীদুল্লাহ মাসুদ
ম্যানেজার
মোবাইল - ০১৭১১ ২৬২৪৭৩

ইউরো বাংলা হার্ট হাসপাতালের সেবাসমূহ

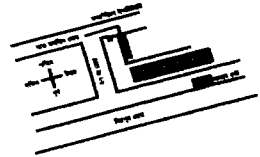
- কার্ডিয়াক ইমার্জেন্সী
- আধুনিক যন্ত্রপাতি সমৃদ্ধ লিবিইউ এবং আইসিইউ
- ক্যাংগারাম রেসিডেন্স
- এনজিওগ্রাম (করোনোগ্রা, রেনাল, পেরিকেরাল)
- এনজিওপ্লাস্টি (করোনোগ্রা, রেনাল, পেরিকেরাল)
- পেসমেকার ইমপ্লান্টেশন
- এ্যাণ্ডার্টিক এবং পালমোনারী ডালভিউসোপোর্টি
- পিটিএমসি
- এএসডি/ভিএসডি ডিভাইস ক্রোজার
- যে কোন কার্ডিয়াক সার্জারী
 - বিটিং হার্ট সার্জারী
 - বাইপাস সার্জারী
 - হার্টের ডাঙ্ক বদল ও জনগত ছিদ্র বন্ধ করা
- ডানকুলার সার্জারী
- চেইট সার্জারী
- সবধরনের জেনারেল ও ব্রেস্ট সার্জারী
- নিউরোমেডিসিন ও স্ট্রোক ইউনিট
- ২৪ ঘণ্টা ডায়াগনোস্টিক সেবাসমূহ
 - প্যাথলজি, ইসিজি, ইটিটি, ইকো,
 - কালার ডপলার,
 - ক্যারোটিড ডপলার, হক্টার মনিটর,
 - পোর্টেবল এক্সরে ও আলট্রাসোনোগ্রাম



Euro Bangla Heart Hospital

One Stop Cardiac Service with ICU Facilities
A unit of **BIOPHARMA LTD.**

5/7 Block-D, Lalmatia, Dhaka-1207. Phone: 02-8159711-12
01926-500500, E-mail: ebhl@dhaka.net



ডা. আবু বকর সিদ্দিক
মেডিকেল ডিরেক্টর
মোবাইল-০১৯১৮ ১৮৩৫০১

মো: আবুল সামাদ
ম্যানেজার
মোবাইল-০১৫৫২ ৩৩৪০৩৮

মো: আবুল কালাম আজাদ
সিনিয়র সহকারী ম্যানেজার
মোবাইল-০১৯১৫ ১৯৩২৭৭

FULL SPECTRUM

Activity . . .

Meropenem

Fulspec

IV Injection 500 mg & 1 g

For monotherapy in any severe bacterial infections



- Is superior to Imipenem
- Shows high efficacy in SSTIs
- Is highly effective in Intra-abdominal infections
- Shows high efficacy in meningitis
- Shows excellent efficacy in childhood infections



For Health, Vigour and Happiness

ACME

Dhamrai, Dhaka, Bangladesh

ISO 9001:2008 Certified Company

www.acmeglobal.com