চিকিৎসা বিজ্ঞানের চোখে নারীর শিশু জন্মদান প্রক্রিয়া যেন কারখানায় উৎপাদিত পণ্যের ন্যায়

কোর্সের নাম : Body Politics : Gender and Representation

কোর্স কোড : ANP-5102

তত্ত্বাবধায়ক:

ড. ফাতেমা সুলতানা শুভ্রা

সহযোগী অধ্যাপক, নৃবিজ্ঞান বিভাগ, জগন্নাথ বিশ্ববিদ্যালয়।

Dipanwita Baidya-B190405063 (Group Leader)

Mahejabin Islam-B190405059 (Group Leader)

Group Members:

Md. Sohanur Rahman-B190405028

Sawan Ahammed-B190405025

Samia Hasan-B190405019

Esmita Khatun-B190405018

Abdur Razzak-B190405017

Ananna Hossain-B190405029

Jannatul Ferdaous-B190405016

কাজ করেছে	কাজ করেনি
Dipanwita Baidya	
Mahejabin Islam	
Md. Sohanur Rahman	
Sawan Ahammed	
Samia Hasan	
Esmita Khatun	
Abdur Razzak	
Ananna Hossain	
Jannatul Ferdaous	

চিকিৎসা বিজ্ঞানের চোখে নারীর শিশু জন্মদান প্রক্রিয়া যেন কারখানায় উৎপাদিত পণ্যের ন্যায়

প্রারম্ভিক : শিশু জন্মদান বিষয়টা এখন প্রাকৃতিক নেই, এটা রোগ, চিকিৎসা, হাসপাতালকেন্দ্রিক গন্ডিভূত হয়েছে। এই চিকিৎসাকে বোঝার জন্য, আমাদের স্বীকার করতে হবে যে, এর সাথে পাশ্চাত্য চিন্তা ও চিকিৎসার বিকাশ জড়িত। তখন থেকে শরীরকে একটি যন্ত্র হিসাবে দেখা হয়েছিল। এই যান্ত্রিক রূপকটির সূত্রপাত হয়েছিল সপ্তদশ ও অষ্টাদশ শতাব্দীর ফরাসি হাসপাতালগুলিতে, যেখানে গর্ভ ও জরায়ুকে এমনভাবে ব্যাখ্যা করা হত যেন সেগুলি একটি যান্ত্রিক পাম্প, যা কিছু ক্ষেত্রে ভ্রূণকে বহিষ্কার করতে কম-বেশি সক্ষম।

প্রসূতি বিদ্যার বিকাশে, জরায়ুকে যন্ত্র হিসেবে কল্পনা করার এই প্রবণতা বাস্তব যান্ত্রিক যন্ত্রপাতির (যেমন ফরসেপ) ব্যবহারের সাথে মিশে যায়, যা ধাত্রীদের হাতে প্রসব পরিচালনার পরিবর্তে পুরুষ চিকিৎসকদের হাতে যন্ত্র ব্যবহারের পথ প্রশস্ত করে।প্রায়শই বলা হয় যে শরীরকে যন্ত্র হিসেবে দেখার এই রূপক এখনো আধুনিক চিকিৎসা পদ্ধতিতে প্রভাব বিস্তার করে। এটি এমন ধারণা তৈরি করেছে যে জন্ম প্রক্রিয়ায় প্রযুক্তির ব্যবহার ও হস্তক্ষেপ প্রয়োজনীয়। নারীর শরীরকে যন্ত্র হিসেবে কল্পনা করা হয়, আর ডাক্তারকে সেই যন্ত্রের প্রকৌশলী বা মেরামতকারী হিসেবে বিবেচনা করা হয়, যিনি "সমস্যা ঠিক করেন" । ১৯৪০, ১৯৫০ এবং ১৯৬০-এর দশকে প্রসব ও মাতৃত্বকে যান্ত্রিক প্রক্রিয়া হিসেবে দেখা হয়েছে। এখানে বলা হয়েছে যে, তখন জন্মদান ছিল একপ্রকার যান্ত্রিক প্রক্রিয়া, যেখানে মেশিন ও দক্ষ প্রযুক্তিবিদদের সাহায্যে প্রসব পরিচালিত হতো। গর্ভকালীন যত্ন (antenatal care) মূলত রক্ষণাবেক্ষণ এবং ত্রুটি নির্ণয়ের কাজের মতো হয়ে গিয়েছিল, এবং প্রসবকালীন চিকিৎসা ছিল একধরনের যান্ত্রিক মেরামতের প্রক্রিয়া। নারীদের শরীরকে মেশিনের মতো গণ্য করা হতো, কারণ তাদের গর্ভাবস্থা ও প্রসব পর্যবেক্ষণের জন্য ক্রমাগত আরও বেশি প্রযুক্তির ব্যবহার শুরু হয়েছিল।

এইটিকে দার্শনিক দৃষ্টিকোণ থেকে "কার্টেসিয়ান মডেল" নামে পরিচিত, যেখানে দেহকে একটি মেশিন হিসেবে দেখা হয় এবং চিকিৎসককে একজন প্রকৌশলী বা যান্ত্রিক মেরামতকারীর মতো বিবেচনা করা হয়। এই দৃষ্টিভঙ্গি অনুসারে, দেহ যখন "বিকল" হয়, তখন সেটিকে হাসপাতালে নিয়ে মেরামত করা হয়, যেমন গাড়ি গ্যারেজে নিয়ে গিয়ে ঠিক করা হয়। বিশেষভাবে, ইলেকট্রনিক পর্যবেক্ষণ (electronic monitoring) চিকিৎসাবিদ্যায় খুব সহজেই গ্রহণযোগ্য হয়ে ওঠে, কারণ এটি দেহকে যন্ত্র হিসেবে দেখার চিকিৎসা মডেলের সাথে পুরোপুরি খাপ খায়।শরীরকে যন্ত্র এবং চিকিৎসককে যান্ত্রিক মেরামতকারীর (মেকানিক) রূপক হিসাবে দেখার ধারণাটি বৈজ্ঞানিক চিকিৎসার প্রাথমিক বিকাশের সময়ে চিকিৎসক ও রোগীদের মধ্যে একটি প্রধান দৃষ্টিভঙ্গি ছিল। এটি আরও গভীরভাবে বিশ্লেষণ করা চিকিৎসা ইতিহাসবিদদের জন্য একটি বিষয় হতে পারে। তবে, ইতিহাস বলে যে সেই সময়ে যে পুরুষরা প্রসবের সময় ফোর্সেপ ব্যবহার করতেন, তারা সমাজে খুব বেশি মর্যাদাসম্পন্ন ছিলেন না। যেমন, এক অসন্তুষ্ট ধাত্রী বলেছিলেন যে তারা "ভাঙা নাপিত, দর্জি, বা এমনকি শূকর কসাই" ছিলেন। এটি প্রমাণ করে যে তখনকার চিকিৎসকদের সামাজিক অবস্থান অনেকাংশে একজন যান্ত্রিক কর্মীর মতোই ছিল।

এমেলে মার্টিন মনে করেন, শুধু এই রূপকটিই এখনও চিকিৎসা ব্যবস্থার প্রধান দৃষ্টিভঙ্গি হিসাবে কাজ করছে বলা খুব সরলীকৃত হবে। তিনি চিকিৎসা সংক্রান্ত রূপকের পরিধি আরও বিস্তৃত করতে চান, বিশেষ করে চিকিৎসকের কার্যপ্রক্রিয়া এবং প্রসবের সাথে নারীর সম্পৃক্ততার পুরো ব্যবস্থাটিকে বিবেচনায় রাখতে চান।বিশেষ করে এমেলে মার্টিন পরীক্ষা করতে চান যে কারখানার উৎপাদন প্রক্রিয়ার সঙ্গে সংশ্লিষ্ট রূপকগুলো কীভাবে প্রসব প্রক্রিয়ার সঙ্গে যুক্ত করা হচ্ছে এবং তা নারীদের অভিজ্ঞতাকে কীভাবে প্রভাবিত করছে।

প্রজননকে কি উৎপাদন প্রক্রিয়া হিসেবে দেখা হচ্ছে, যেমন অতীতে ঋতুস্রাব ও মেনোপজকে ব্যর্থ উৎপাদন হিসেবে বিবেচনা করা হয়েছে? যদি সত্যিই এই উৎপাদন-সংক্রান্ত রূপকটি ব্যবহৃত হয়, তবে এটি শরীর-মেশিন ও চিকিৎসক-মেকানিক রূপকের চেয়ে অনেক ভিন্ন ধরনের দৃষ্টিভঙ্গি তৈরি করে।এই রূপকের মাধ্যমে আমরা প্রশ্ন করতে পারি‌চিকিৎসক কি শুধু একজন যান্ত্রিক মেরামতকারী, নাকি তিনি কারখানার একজন তত্ত্বাবধায়ক (supervisor) বা এমনকি মালিকের মতো ভূমিকা পালন করেন? যদি চিকিৎসক তত্ত্বাবধায়কের ভূমিকা পালন করেন, তাহলে নারী একজন “শ্রমিক,” যার “যন্ত্র” (গর্ভাশয়) একটি “পণ্য” (শিশু) উৎপাদন করে।

Picture-1

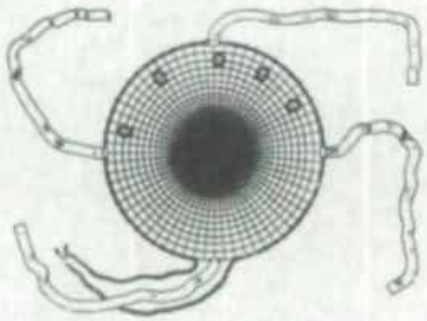


Fig. 10 Pierre Amand's sling for extracting the fetal head, introduced in the early eighteenth century. (Witkowski 1891, fig. 87, p. 139. Institute of the History of Medicine, the Johns Hopkins University.)

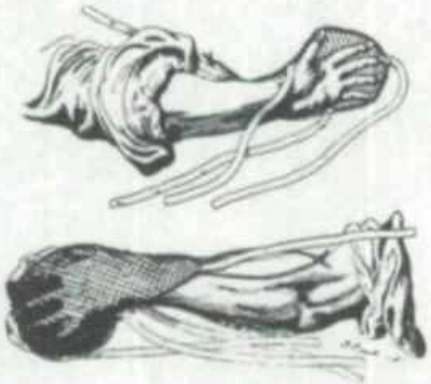


Fig. 11 The manner in which Amand's sling was applied. (Witkowski 1891, figs. 88, 89, p. 140. Institute of the History of Medicine, the Johns Hopkins University.)

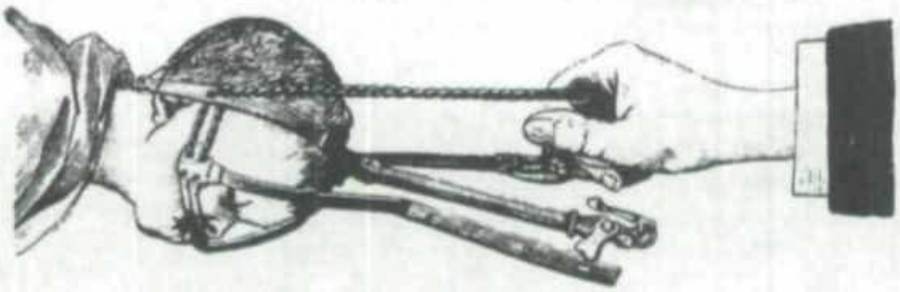


Fig. 12 The mid-nineteenth-century fetal extractor of Jules Poullet. (Witkowski 1891, fig. 129, p. 272. Institute of the History of Medicine, the Johns Hopkins University.)

এই রূপকের উপাদানগুলো বিশ্লেষণ করতে হলে আমাদের সমাজের কারখানা উৎপাদন ব্যবস্থা গভীরভাবে পর্যবেক্ষণ করতে হবে, যাতে বোঝা যায়, সেখানকার প্রক্রিয়াগুলোর কোনো অংশ কি প্রজনন ব্যবস্থার সঙ্গেও তুলনীয় কিনা তা দেখার চেষ্টা করতে হবে।পাশাপাশি চিকিৎসক-মেকানিক ও রোগী-মেশিন এই সংকীর্ণ রূপকটির বাইরে গিয়ে চিন্তা করলে আমরা আরও বৃহত্তর প্রশ্ন তুলতে পারি-শক্তি ও নিয়ন্ত্রণের একই ধরনের সম্পর্ক কি উভয় ক্ষেত্রেই বিদ্যমান? অর্থাৎ, যেভাবে শিল্প কারখানায় শ্রমিক ও তত্ত্বাবধায়কের মধ্যে ক্ষমতার ভারসাম্য কাজ করে, একইভাবে কি চিকিৎসা ও প্রজননের ক্ষেত্রেও ক্ষমতা ও নিয়ন্ত্রণের সম্পর্ক কাজ করে। এ বিষয়গুলোর মাধ্যমে এটি প্রতীয়মান হয় যে, নারী সন্তান জন্মদান কেবলমাত্র আর প্রাকৃতিক বিষয়ে সীমাবদ্ধ নেই। যেখানে একদিকে নারী অভিজ্ঞতাকে গুরুত্বহীন মনে করা হয়,অন্যদিকে সন্তান জন্মদান, গর্ভধারণ, সন্তান প্রসবের মতো বিষয়গুলোর সাথে প্রযুক্তি, হাসপাতাল, ডাক্তার, চিকিৎসা এ বিষয়গুলোও অন্তর্ভুক্ত হয়েছে।

মুল অংশ :ডেভিট নোবেল তিনি প্রযুক্তিকে বিশ্লেষণ করেন। ডেভিড নোবেলের আলোচনায় প্রযুক্তিকে কেবল একটি নিরপেক্ষ ও স্বাধীন শক্তি হিসেবে দেখার প্রচলিত দৃষ্টিভঙ্গির সমালোচনা করা হয়েছে। তিনি বলেন, আমাদের সমাজ প্রযুক্তিকে এমনভাবে উপস্থাপন করে যেন এটি মানবিক চাহিদা বা সামাজিক শক্তির সঙ্গে যুক্ত নয়, বরং এটি একটি স্বয়ংক্রিয় ও নির্ধারিত পথে বিকশিত হয়, যেখানে মানুষের ভূমিকা কেবল মানিয়ে নেওয়ার মধ্যে সীমাবদ্ধ।

তবে, মানবিক দৃষ্টিকোণ থেকে দেখলে প্রযুক্তি কেবল একটি স্বয়ংক্রিয় শক্তি নয়, বরং এটি মানুষের সৃজনশীলতা, প্রয়োজন এবং নৈতিক সিদ্ধান্তের ফল। প্রযুক্তিকে আলাদা, নিরপেক্ষ বা অনিবার্য কোনো বাস্তবতা হিসেবে দেখার প্রবণতা আমাদের এড়িয়ে যেতে হবে। বরং আমাদের বোঝা দরকার যে, প্রযুক্তি সমাজ, সংস্কৃতি এবং মানবিক মূল্যবোধের সঙ্গে গভীরভাবে যুক্ত। এটি শুধুই আমাদের উপর প্রভাব ফেলে না, আমরাও এর দিকনির্দেশনা ও ব্যবহারের নীতিগুলো নির্ধারণ করতে পারি।একটি মানবিক সমাজে প্রযুক্তির উদ্দেশ্য হওয়া উচিত মানুষের কল্যাণ, ন্যায়বিচার এবং সামাজিক মূল্যবোধকে শক্তিশালী করা, নিছক নিয়তি মেনে নেওয়া নয়। তাই প্রযুক্তির ভবিষ্যৎ আমাদের নৈতিক ও সামাজিক সিদ্ধান্তের ওপরই নির্ভর করে।

ঘড়নষব দেখিয়েছেন যে, প্রযুক্তি যখন ব্যবস্থাপকদের বা সামরিক বাহিনীর নিয়ন্ত্রণের জন্য ব্যবহৃত হয়, তখন সেটিকে কার্যকর ও চতুর হিসেবে ধরা হয়। কিন্তু যখন এটি ব্যক্তিদের উপর চাপিয়ে দেওয়া হয়, তখন সেটিকে অযৌক্তিক মনে হয়। মূল পার্থক্য হলোড়্যাদের উপর প্রযুক্তি প্রয়োগ করা হয়, তাদের বাধ্য করার ক্ষমতা রয়েছে কি না।প্রসবকালীন প্রযুক্তির ক্ষেত্রে এই ক্ষমতার সম্পর্ক স্পষ্টভাবে দেখা যায়। প্রসবকালে নারীদের নিয়ন্ত্রণের জন্য বিভিন্ন চিকিৎসা পদ্ধতি প্রয়োগ করা হয়, যা অনেক ক্ষেত্রে তাদের উপর জোরপূর্বক চাপিয়ে দেওয়া হয়। সিজারিয়ান সেকশন অভিজ্ঞ নারীরা এই ক্ষমতার ভারসাম্যহীনতাকে গভীরভাবে উপলব্ধি করেন।একটি উদাহরণ দিয়ে বোঝানো হয়েছে যে, যদি একজন পুরুষকে বলা হয় যে নির্দিষ্ট সময়ে উন্মত্ততা (erection) অর্জন ও বীর্যপাত করতে না

পারলে তাকে নির্বীজ (castrate) করা হবে, তাহলে তা কতটা অযৌক্তিক মনে হবে। কিন্তু একই রকম অবস্থা নারীদের জন্য প্রসবের সময় তৈরি করা হলে, তা অনেকের কাছে স্বাভাবিক বলে মনে হতে পারে।এই তুলনা দেখায় যে, নারীদের প্রসবকালীন অবস্থায় জোরপূর্বক চিকিৎসা প্রযুক্তির অধীনে রাখা হয়, যা পুরুষদের ক্ষেত্রে অগ্রহণযোগ্য মনে করা হতো। এটি চিকিৎসা ও প্রযুক্তির মাধ্যমে নারীদের উপর ক্ষমতা প্রয়োগের একটি উদাহরণ। নারীবাদীরা মনে করেন, জন্মপ্রক্রিয়ার ওপর নারীদের স্বাভাবিক নিয়ন্ত্রণ কমিয়ে দেওয়া হয়েছে এবং চিকিৎসকরা একচ্ছত্র নিয়ন্ত্রণ নিয়েছেন। ফলে, নারীদের মতামত ও অভিজ্ঞতাকে উপেক্ষা করা হয়(Brubaker et al, 2009)। যেহেতু গর্ভাশয়কে (uterus) একটি স্বতঃস্ফূর্ত পেশি হিসেবে দেখা হয়, তাই প্রসবের মূল কাজটি নারী নয়, বরং গর্ভাশয়ই করে থাকে।কিন্তু এতটা সহজে বর্তমানে প্রসবকে ব্যাখা করা হয় না।প্রসবকে যান্ত্রিক শ্রম হিসেবে দেখা হয়, যেখানে গর্ভাশয় ও পেটের পেশিগুলো শিশুকে বের করে আনার জন্য কাজ করে এবং জরায়ুর মুখের প্রতিরোধ ও প্রসব পথের ঘর্ষণ অতিক্রম করতে হয়।

এমেলে মার্টিন তার আলোচনার মাধ্যমে দেখাতে চেয়েছেন, যে প্রসূতিবিদ্যা বিষয়ক সাহিত্য কীভাবে "প্রসব" বা "লেবার" ধারণাকে দেখে। যেহেতু জরায়ুকে একটি অনৈচ্ছিক পেশি হিসেবে বিবেচনা করা হয়, তাই পুরো প্রসব প্রক্রিয়াকে নারীর ব্যক্তিগত অভিজ্ঞতার পরিবর্তে জরায়ুর শারীরবৃত্তীয় কার্যক্রমের দৃষ্টিকোণ থেকে ব্যাখ্যা করা হয়।এই ব্যাখ্যায় দেখা যায় যে, প্রসবকে একধরনের শারীরিক শ্রম হিসেবে চিত্রিত করা হয়, যেখানে জরায়ুর সংকোচন ও উদরের চাপকে একটি যান্ত্রিক প্রক্রিয়া হিসেবে বিবেচনা করা হয়। উদাহরণস্বরূপ, এটি ব্যাখ্যা করা হয় এভাবে: "প্রসব হলো কাজ; যান্ত্রিকভাবে, কাজ হলো প্রতিরোধের বিরুদ্ধে গতি সৃষ্টির প্রক্রিয়া। প্রসবের শক্তিগুলো জরায়ু ও উদরীয় পেশির দ্বারা নিয়ন্ত্রিত, যা ভ্রূণকে বের করে আনার জন্য কাজ করে এবং জরায়ুর মুখের প্রসারণ ও জন্মনালির ঘর্ষণের বিরুদ্ধে লড়াই করে।"এই দৃষ্টিভঙ্গি গুরুত্বপূর্ণ কারণ এটি প্রসবকে কেবল শারীরিক শ্রম হিসেবে দেখে, কিন্তু প্রসবের সঙ্গে জড়িত নারীর অভিজ্ঞতা, অনুভূতি ও মানসিক অবস্থার জটিলতাকে উপেক্ষা করে। এটি সেই একই প্রক্রিয়ার অংশ, যেখানে শ্রমিকের কাজকে ছোট ছোট যান্ত্রিক পদক্ষেপে বিশ্লেষণ করা হয়, যেমন কোনো একটি স্ক্রু লাগানোর কাজকে বিশ্লেষণ করে তার গতি ও শক্তির হিসাব করা হয়। কিন্তু প্রসব শুধু একটি শারীরিক প্রক্রিয়া নয়; এটি এক অনন্য মানবিক অভিজ্ঞতা, যেখানে শরীর, মন এবং সমাজ একসঙ্গে কাজ করে। প্রসবের ক্ষেত্রে চিকিৎসা প্রযুক্তির অতিরিক্ত ব্যবহারে নারীরা স্বাভাবিক অভিজ্ঞতা থেকে বঞ্চিত হন এবং চিকিৎসকদের সিদ্ধান্তের ওপর নির্ভরশীল হয়ে পড়েন। এতে তাদের শারীরিক ও মানসিক অভিজ্ঞতা বদলে যায়।

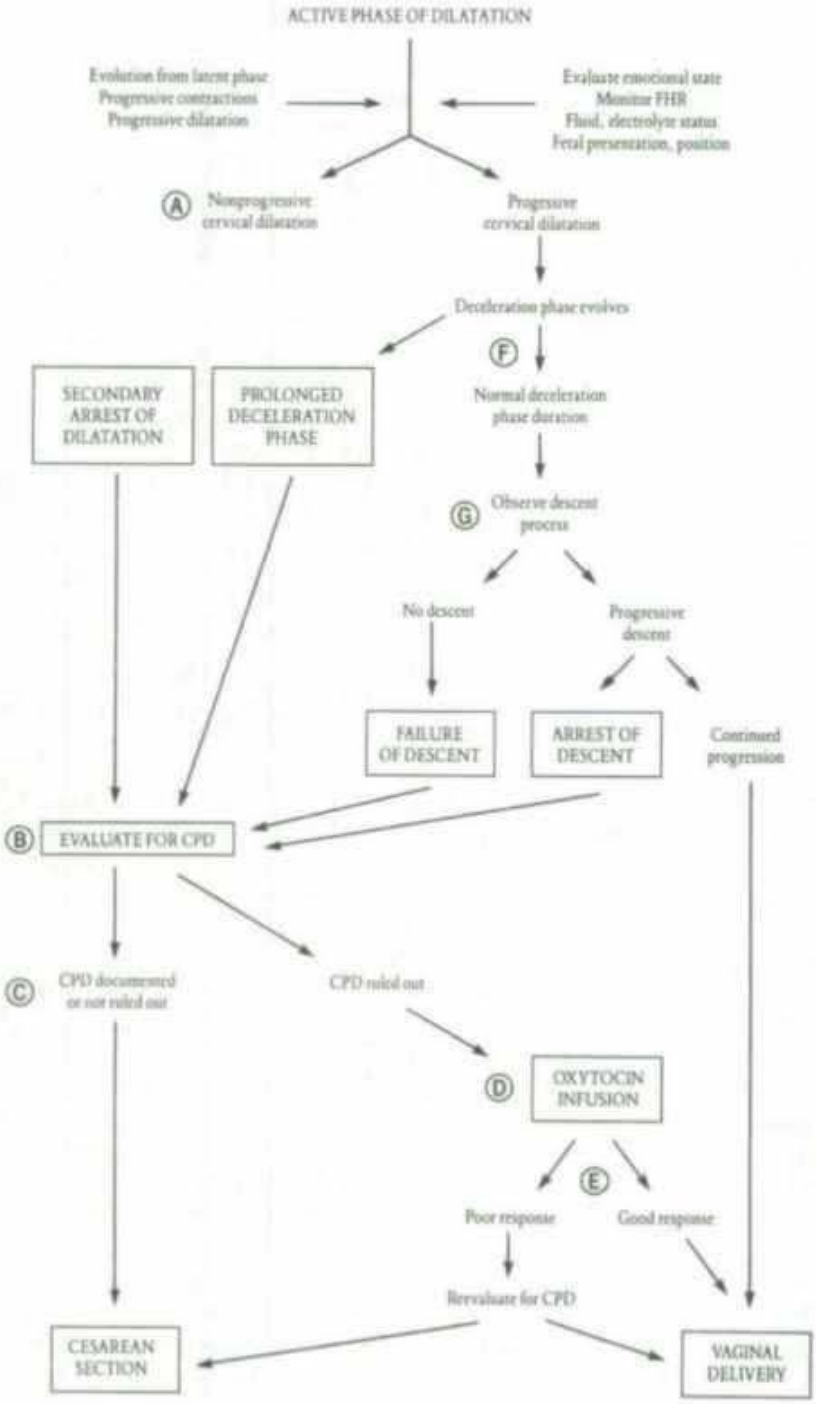
নারীবাদীরা বলেন, নারীদের তাদের নিজস্ব জন্মপ্রক্রিয়া সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেওয়ার স্বাধীনতা দেওয়া উচিত এবং কেবলমাত্র প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রেই চিকিৎসা হস্তক্ষেপ করা উচিত(Brubaker et al, ২০০৯) । সময় ও গতির গবেষণার (time and motion studies) ক্ষেত্রে লক্ষ্য থাকে শ্রমিকের প্রতিটি নড়াচড়া নিয়ন্ত্রণ করা, যাতে উৎপাদন বৃদ্ধি পায়। প্রসবকালীন সংকোচন নিয়ে ব্যবহৃত ভাষা শুনলে মনে হয়, চিকিৎসকরাও যেন একই উদ্দেশ্য নিয়ে কাজ করেন। জরায়ুর সংকোচনকে "কার্যকর বা অকেজো" হিসেবে বর্ণনা করা হয়; "ভালো" বা "খারাপ" প্রসব নির্ধারণ করা হয় নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে কতটা "অগ্রগতি" হয়েছে তার উপর ভিত্তি করে। প্রসূতিবিদ্যাবিদ ইমানুয়েল ফ্রিডম্যান তাঁর সুপরিচিত গড় জরায়ুমুখ প্রসারণের গ্রাফে দেখান, একজন নারীর জরায়ুর মুখ ৪ সেন্টিমিটার থেকে ৮ সেন্টিমিটার পর্যন্ত প্রসারিত হতে যে সময় লাগে, তা "মেশিনের সামগ্রিক কার্যকারিতার একটি ভালো মানদণ্ড" হিসেবে বিবেচিত হয়। এখানে "মেশিন" বলতে, নিশ্চয়ই, নারীর জরায়ুকেই বোঝানো হয়েছে।

এই দৃষ্টিভঙ্গি প্রসবকে মানবিক অভিজ্ঞতার পরিবর্তে যান্ত্রিক প্রক্রিয়া হিসেবে উপস্থাপন করে। একজন নারীর প্রসবকালীন শারীরিক ও মানসিক অবস্থার জটিলতা, তার অভিজ্ঞতা এবং অনুভূতির প্রতি এখানে কোনো গুরুত্ব দেওয়া হয় না। বরং প্রসবকে এমনভাবে বিশ্লেষণ করা হয়, যেন এটি একটি উৎপাদনশীল কাজ, যেখানে জরায়ুর "কার্যকারিতা" বাড়ানোই প্রধান লক্ষ্য। কিন্তু জন্মদান শুধুমাত্র শারীরিক কাজ নয়; এটি একটি গভীর মানবিক প্রক্রিয়া, যেখানে শরীর, মন ও পরিবেশ একসঙ্গে মিশে যায় । অনেকে প্রাকৃতিক বিষয়গুলোকে ইতিবাচকভাবে দেখলেও, সবক্ষেত্রে তা গ্রহণযোগ্য নয়। উদাহরণস্বরূপ, যারা চিকিৎসা না নিয়ে রোগকে স্বাভাবিকভাবে কাটিয়ে উঠতে চায় বা যারা হাসপাতালের পরিবর্তে বাড়িতে সন্তান জন্ম দিতে চায়, তাদের অনেক সময় নেতিবাচকভাবে দেখা হয় (kirli et al.2025) ।

প্রসবের ক্ষেত্রে "অগ্রগতি" একটি নির্দিষ্ট "গতির" সঙ্গে যুক্ত বলে মনে করা হয়, যেন এটি কোনো স্বাভাবিক ছন্দের পরিবর্তে একটি কারখানার কাজ, যা থামানো এবং আবার শুরু করা যায় না। তাই প্রসবকে বিভিন্ন পর্যায় ও উপপর্যায় হিসেবে বিভক্ত করা হয়েছে।প্রথম পর্যায়ে থাকে লাতেন্ট বা সুপ্ত ধাপ, যেখানে জরায়ুমুখ ধীরে ধীরে ৩ বা ৪ সেন্টিমিটার পর্যন্ত প্রসারিত হয়। এরপর সক্রিয় ধাপে জরায়ুমুখ দ্রুত ১০ সেন্টিমিটার পর্যন্ত প্রসারিত হয়। সক্রিয় ধাপ আবার তিনটি ভাগে বিভক্ত: ত্বরান্বিত হওয়ার ধাপ, সর্বোচ্চ গতি বা প্রসারণের ধাপ, এবং ধীরগতি বা মন্দীভবনের ধাপ। দ্বিতীয় পর্যায়ে শিশুর জন্মনালী দিয়ে নেমে আসা এবং জন্মগ্রহণের প্রক্রিয়া সম্পন্ন হয়। তৃতীয় পর্যায়ে গর্ভফুল (প্লাসেন্টা) আলাদা হয়ে শরীর থেকে বেরিয়ে আসে।

প্রসবের প্রতিটি ধাপ ও উপধাপকে একটি নির্দিষ্ট গতি বা "প্রগতি হার" অনুযায়ী মূল্যায়ন করা হয়, যা পরিসংখ্যানের ভিত্তিতে নির্ধারিত। যেমন, প্রথম পর্যায়ের সুপ্ত ধাপে প্রসারণের গতি প্রতি ঘণ্টায় ০.৬ সেন্টিমিটার হওয়া উচিত; সক্রিয় ধাপে ০.৬ সেন্টিমিটার, সর্বোচ্চ গতি পর্যায়ে ১.২ সেন্টিমিটার (প্রথম সন্তান) বা ১.৫ সেন্টিমিটার (পরবর্তী সন্তান); দ্বিতীয় পর্যায়ে প্রসবের গতি প্রথম সন্তানের ক্ষেত্রে ১ সেন্টিমিটার এবং পরবর্তী সন্তানের ক্ষেত্রে ২ সেন্টিমিটার হওয়া উচিত।এই হার থেকে বিচ্যুতি ঘটলে তা "বিঘ্ন" বা "অসামঞ্জস্য" হিসেবে চিহ্নিত হয়। যদি প্রসারণ খুব ধীরগতিতে হয়, তবে তা "প্রলম্বিত প্রসব" বলে গণ্য হয়; যদি নির্দিষ্ট সময়ের জন্য প্রসারণ বন্ধ থাকে, তবে তা "স্থবিরতা" বা "অবরোধ" হিসেবে ধরা হয়।প্রসূতিবিদ্যার পাঠ্যপুস্তকে এসব "অসামঞ্জস্য" সামলানোর নির্দিষ্ট পদ্ধতি দেওয়া আছে: ওষুধ প্রয়োগ (নিদ্রাহীনতা কমানোর বা সংকোচন বাড়ানোর জন্য), এক্স-রে বা আল্ট্রাসাউন্ড করে বাঁধার কারণ চিহ্নিত করা, প্রসবকে ত্বরান্বিত করতে ফোর্সেপ ব্যবহার করা বা সিজারিয়ান অপারেশনের সিদ্ধান্ত নেওয়া।

ফ্রিডম্যানের একটি গ্রাফে দেখানো হয়েছে, কীভাবে প্রসবের গতি কমে গেলে তা বিভিন্ন পথ ধরে শেষ পর্যন্ত সিজারিয়ান প্রসবে পরিণত হতে পারে এবং স্বাভাবিক প্রসবের জন্য কত কম পথ খোলা থাকে।


ACTIVE PHASE OF DILATATION
Evolution from latent phase
Progressive contractions
Progressive dilatation
Evaluate emotional state
Monitor FHR
Fluid, electrolyte status
Fetal presentation, position
A
Nonprogressive cervical dilatation
Progressive cervical dilatation
Deceleration phase evolves
F
SECONDARY ARREST OF DILATATION
PROLONGED DECELERATION PHASE
Normal deceleration phase duration
G
Observe descent process
No descent
Progressive descent
FAILURE OF DESCENT
ARREST OF DESCENT
Continued progression
B
EVALUATE FOR CPD
C
CPD documented or not ruled out
CPD ruled out
D
OXYTOCIN INFUSION
E
Poor response
Good response
Reevaluate for CPD
CESAREAN SECTION
VAGINAL DELIVERY

চিকিৎসাগত কারণকে সবচেয়ে সাধারণ যুক্তি হিসেবে ব্যবহার করা হয় চিকিৎসাকরণের জন্য। অংশগ্রহণকারীরা মনে করেন যে নিরাপত্তার জন্য সিজারিয়ান সেকশন, মাসিকের ব্যথা, বন্ধ্যাত্ব, ঝুঁকিপূর্ণ গর্ভাবস্থা এবং অকাল মেনোপজের মতো ক্ষেত্রে চিকিৎসা হস্তক্ষেপ প্রয়োজন। চিকিৎসকরাও লক্ষ্য করেছেন যে প্রসাধনী শল্যচিকিৎসার (cosmetic procedures) চাহিদা বৃদ্ধি পেয়েছে, বিশেষ করে ক্যানসারের সম্ভাব্য ঝুঁকি কমানোর জন্য। তবে চিকিৎসা কর্তৃত্ব এবং রোগী-চিকিৎসকের মধ্যে তথ্যের ব্যবধানের কারণে প্রকৃত চিকিৎসা প্রয়োজনীয়তা ও ঐচ্ছিক (elective) প্রক্রিয়ার মধ্যে পার্থক্য নির্ধারণ কঠিন হয়ে পড়েছে, যার ফলে স্বাভাবিক ঘটনাগুলোকেও চিকিৎসার আওতায় আনা হচ্ছে, যেমনড়প্রসব প্রক্রিয়া (kirli et al. ২০২৫) ।

এই চিকিৎসা পদ্ধতির কাঠামোতে নারীর অভিজ্ঞতা, তার শরীরের স্বতঃস্ফূর্ত প্রতিক্রিয়া, এবং প্রসবের স্বাভাবিক বৈচিত্র্য উপেক্ষিত হয়। বরং এখানে প্রসবকে একটি পূর্বনির্ধারিত ছকে বাঁধা হয়, যেন এটি একটি যান্ত্রিক প্রক্রিয়া, যেখানে নির্দিষ্ট সময়ের মধ্যে নির্দিষ্ট মাত্রার "অগ্রগতি" না হলে তা ব্যতিক্রম হিসেবে গণ্য করা হয়। কিন্তু প্রসব কেবল একটি শারীরিক প্রক্রিয়া নয়, এটি এক গভীর মানবিক ও ব্যক্তিগত অভিজ্ঞতা, যা সময় ও মাপজোখের বাইরে এক জটিল, অনন্য গতিতে এগিয়ে চলে।চিকিৎসা বিষয়ক লেখাগুলোতে অনেক সময় এমন ভাষা ব্যবহার করা হয়, যেন প্রসব প্রক্রিয়াকে একটা কাজ বা উৎপাদনশীলতার বিষয় হিসেবে দেখা হয়।উদাহরণস্বরূপ, যদি ডাক্তার অ্যামনিওটমি (ভ্রূণের চারপাশের পানিভর্তি থলি ফাটানো) করেন, তখন বলা হয় এতে "গর্ভাশয়ের কাজ বেড়ে যায়।" আবার, অক্সিটোসিন ওষুধ দিলে বলা হয় এটি প্রসব সফলভাবে শেষ করতে সাহায্য করে, বিশেষ করে যখন "গর্ভাশয় ক্লান্ত হয়ে পড়ে।"এমনকি কখনো কখনো গর্ভাশয় নিজেই বুঝতে পারে যে, আর চেষ্টা করে লাভ নেই যেমন যদি শিশুর অবস্থান ভুল হয় বা মাতৃজঠরের গঠন প্রসবের জন্য ঠিক না থাকে।

গর্ভাশয় অনৈচ্ছিক পেশি দ্বারা গঠিত। কিন্তু মেডিকালাইজেশন প্রসেসর মাধ্যমে একে সর্বদা নিয়ন্ত্রণের চেষ্টা করা হয়। যদি গর্ভাশয়কে একটি মেশিন হিসেবে দেখা হয়, যার নির্দিষ্ট কার্যক্ষমতার মানদণ্ড রয়েছে, তাহলে প্রসবের সময় নারীর ভূমিকা কী তা নিয়ে প্রশ্ন উঠে।প্রসবের প্রথম ধাপে নারীকে কেবল গর্ভাশয়ের সংকোচনের জন্য একটি প্যাসিভ (নিষ্ক্রিয়) বাহক বা ধারক হিসেবে বিবেচনা করা হয়। ১৯৫০ সালের (Williams Obstetrics) বইতে বলা হয়েছিল:"গর্ভাশয়ের সংকোচন স্বতঃস্ফূর্ত (involuntar)। এটি শুধু মায়ের ইচ্ছার ওপর নির্ভরশীল নয়, বরং গর্ভাশয়ের বাইরের স্নায়ুব্যবস্থার নিয়ন্ত্রণেরও বাইরে।" এর সর্বশেষ সংস্করণ (১৯৮৫), যা জনস হপকিন্স মেডিকেল স্কুলে পাঠ্যবই হিসেবে ব্যবহৃত হয়, এতে কেবল একটি বিষয় যোগ করা হয়েছে,অ্যানেস্থেসিয়া (অবেদনানাশক ওষুধ) কখনো কখনো সংকোচনে হস্তক্ষেপ করতে পারে। বইটিতে বলা হয়েছে:"গর্ভাশয়ের সংকোচন স্বতঃস্ফূর্ত এবং বেশিরভাগ ক্ষেত্রেই বাইরের নিয়ন্ত্রণের বাইরে। যদি প্রসবের খুব শুরুর দিকে কডাল বা এপিডুরাল অ্যানেস্থেসিয়া দেওয়া হয়, তবে এটি কখনো কখনো সংকোচনের গতি ও শক্তি কমাতে পারে। তবে যখন প্রসব ভালোভাবে শুরু হয়ে গেছে, তখন এটি আর তেমন প্রভাব ফেলে না।"

রোস্তস্কি ও ট্র্যাভসি (১৯৯৬) বলছেনে, নারীদরে জন্য প্রাসঙ্গকি অনকে শারীরবৃত্তীয় অভজ্ঞিতাকে বিশুদ্ধভাবে 'প্রাকৃতকি' বলে চিহ্নিত করা হয়। ফলে প্রসব, গর্ভধারণ , মাসিক, মেনোপজ এবং স্তন্যপানকে শুধুমাত্র একটি শারীরবৃত্তীয় প্রক্রয়িা হিসেবে দেখানো হয়েছে, যার কারণে নারীদের প্রজনন সংক্রান্ত অভিজ্ঞতাকে প্রকৃতি বা জীববিজ্ঞান দিয়ে সীমাবদ্ধ করা হয়েছে(Brubaker et al.2009) । নারীর প্রসব প্রক্রিয়াকে শুধু শারীরবৃত্তীয় ঘটনাক্রম হিসেবে দেখার প্রবণতা থাকলেও, বাস্তবতা অনেক বেশি জটিল এবং মানবিক।১৯৫০ সালের (ডরষষরধসং ঙনংঃবঃৎরপং) বইয়ে উল্লেখ ছিল যে, নারীর মানসিক অবস্থা ও পরিবেশ তার প্রসবের গতিকে প্রভাবিত করতে পারে। বইটি জানায় যে, যখন একজন চিকিৎসক প্রসবকক্ষে প্রবেশ করেন, অনেক সময় প্রসব ব্যথা সাময়িকভাবে থেমে যায়। একইভাবে, চরম উদ্বেগ, গভীর আবেগ বা তীব্র যন্ত্রণা গর্ভাশয়ের সংকোচনে বাধা সৃষ্টি করতে পারে।

এই পর্যবেক্ষণ আমাদের মনে করিয়ে দেয় যে, প্রসব কেবল একটি শারীরিক ঘটনা নয়, এটি এক গভীর মানসিক ও সামাজিক অভিজ্ঞতা। একজন নারী শুধু তার গর্ভাশয়ের সংকোচনের জন্য "প্যাসিভ ধারক" নন; তার অনুভূতি, নিরাপত্তা, পরিবেশ ও সম্পর্কের মান তার প্রসবের গতিপ্রকৃতি নির্ধারণে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা রাখে।তবে দুঃখজনকভাবে, সাম্প্রতিক চিকিৎসা বইগুলো থেকে এই মানবিক দৃষ্টিভঙ্গি মুছে ফেলা হয়েছে, যেন প্রসব শুধুই একটি শারীরিক প্রক্রিয়া, যার ওপর নারীর নিজস্ব অভিজ্ঞতার কোনো প্রভাব নেই। কিন্তু একজন প্রসূতি শুধু "একটি জন্মদানকারী দেহ" নন-তিনি অনুভব করেন, প্রতিক্রিয়া জানান, এবং তার আশেপাশের জগৎ তার অভিজ্ঞতাকে গভীরভাবে রূপ দেয়।

একজন চিকিৎসকের পর্যবেক্ষণ অনুযায়ী, নারীর পরিবেশ ও আবেগ তার প্রসবের সংকোচনকে প্রভাবিত করতে পারে। কিন্তু সাম্প্রতিক সংস্করণগুলোর ডরষষরধসং ঙনংঃবঃৎরপং বইয়ে এই গুরুত্বপূর্ণ তথ্য বাদ দেওয়া হয়েছে।তবে জনস হপকিন্সে ব্যবহৃত আরেকটি মানক পাঠ্যবই এখনো স্বীকার করে যে, একজন চিকিৎসকের আশ্বাসবহুল ও সদয় আচরণ অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। চিকিৎসক ও প্রসূতির মধ্যে যে সম্পর্ক গড়ে ওঠে, তা নির্ধারণ করতে পারে নারীর প্রসব কতটা স্বস্তিদায়ক হবে এবং এমনকি প্রসবের সময়কালও।বিজ্ঞানী গবেষণায় দেখা গেছে যে, পরিবেশের বিভিন্ন উপাদান যেমন আলো, শব্দ, ও স্থান পরিবর্তন-মানুষ ও প্রাণীদের উভয়ের ক্ষেত্রেই প্রসবের সময়কে প্রভাবিত করতে পারে।কিন্তু আশ্চর্যের বিষয় হলো, এই গুরুত্বপূর্ণ জ্ঞান প্রসূতি চিকিৎসায় কার্যকরভাবে প্রয়োগ করা হয় না। যদি কোনো নারীর প্রসব ধীরগতিতে হয় বা তার সংকোচন যথেষ্ট শক্তিশালী না হয় (hypotonic uterine dzsfunction), বেশিরভাগ চিকিৎসা বই কেবল শারীরিক কারণ উল্লেখ করে যেমন পেলভিস ছোট, ভ্রূণের অবস্থান ভুল, বা গর্ভাশয় অতিরিক্ত প্রসারিত।কিন্তু কোথাও বলা হয় না যে, হয়তো নারীর গভীর ভয় বা উদ্বেগই তার প্রসব বন্ধ করে দিয়েছে। অথচ গবেষণা বলছে, এমন অনেক ক্ষেত্রে সম্ভবত অর্ধেক সময় গর্ভাশয়ের এই "অকার্যকারিতার" প্রকৃত কারণ অজানা থাকে। এই দৃষ্টিভঙ্গি দেখায় যে, চিকিৎসা বিজ্ঞানে এখনো নারীকে সম্পূর্ণ ব্যক্তি হিসেবে বিবেচনা করা হয় না। তার শারীরিক অবস্থা নিয়ে আলোচনা হলেও, তার মানসিক অবস্থা, আবেগ, ও অভিজ্ঞতাকে উপেক্ষা করা হয়। কিন্তু একজন নারী শুধুই তার গর্ভাশয় নন; তার অনুভূতি, নিরাপত্তা, এবং পরিবেশ তার প্রসবের উপর গভীর প্রভাব ফেলে। প্রসূতি চিকিৎসার উচিত নারীর মানসিক ও সামাজিক বাস্তবতাকে গুরুত্বসহকারে বিবেচনা করা, যেন তার প্রসব অভিজ্ঞতা শুধুই শারীরিক প্রক্রিয়া নয়, বরং সম্মানজনক ও মানবিক হয়।

প্রসব প্রক্রিয়াকে যদি নিছক একটি শারীরিক ঘটনা বা যান্ত্রিক কার্যক্রম হিসেবে দেখা হয়, তাহলে নারীর ভূমিকা কোথায়? গর্ভাশয়ের সংকোচনকে স্বতঃস্ফূর্ত বা নিয়ন্ত্রণের বাইরে বলে বিবেচনা করার ফলে চিকিৎসা ব্যবস্থা নারীর

অভিজ্ঞতাকে উপেক্ষা করে এবং প্রসবকে কেবল বাইরের হস্তক্ষেপের মাধ্যমে পরিচালিত করার একটি বিষয় করে তোলে।চিকিৎসা বইগুলোতে নারীর শরীরের ওপর যে হস্তক্ষেপের কথা বলা হয়, তা প্রায় সবই বাহ্যিক অ্যামনিয়োটিক স্যাক ফাটানো, অক্সিটোসিন প্রয়োগ করা (যা রাসায়নিকভাবে সংকোচন সৃষ্টি করে), কিংবা সিজারিয়ান অস্ত্রোপচার, যা প্রসব প্রক্রিয়াকে সম্পূর্ণ বাইপাস করে দেয়। তবে এই দৃষ্টিভঙ্গির একটি মৌলিক সমস্যা রয়েছে। প্রথম ধাপে, যখন গর্ভাশয় সংকুচিত হয় কিন্তু পেটের পেশিগুলো সক্রিয়ভাবে অংশ নেয় না, তখন নারীর ভূমিকা প্রায় অপ্রাসঙ্গিক করে ফেলা হয়। অথচ একই সময়ে, তাকে এমনভাবে মূল্যায়ন করা হয় যেন সে নিজেই প্রসবের জন্য সম্পূর্ণ দায়ীড়বলা হয় সে "ভালো করছে" বা "সময় বেশি নিচ্ছে"; কখনো বলা হয় সে ভালোভাবে করছে না, আবার কখনো তাকে উৎসাহ দেওয়া হয় যেন সে নিজের গতি বাড়াতে পারে। এই দ্বৈততা আসলে নারীর প্রসবের ওপর নিয়ন্ত্রণ প্রতিষ্ঠারই একটি কৌশল। যদি প্রসবকে সত্যিই যান্ত্রিকভাবে দেখা হতো, তবে এটিকে নির্দিষ্ট নিয়মে চালিয়ে দেওয়া হতো এবং কোনো সমস্যা হলে শুধুই শারীরিক সমাধান খোঁজা হতো। কিন্তু বাস্তবে, নারীর প্রতিটি ধাপ খুঁটিয়ে খুঁটিয়ে পর্যবেক্ষণ করা হয়, তার "সঠিকভাবে কাজ করা" নিয়ে বিচার করা হয়, এবং তাকে নির্দিষ্ট হারে "উৎপাদন" করতে বাধ্য করা হয়।

এই দৃষ্টিভঙ্গি নারীর প্রসব অভিজ্ঞতাকে একটি মানবিক অভিজ্ঞতা হিসেবে দেখার সুযোগকে সংকুচিত করে। নারী কেবল তার গর্ভাশয়ের সংকোচন দ্বারা সংজ্ঞায়িত নন; তার অনুভূতি, নিরাপত্তা, পরিবেশ, এবং সম্মানের প্রয়োজনীয়তা তার প্রসবের উপর গভীর প্রভাব ফেলে। প্রসবকে শুধুই একটি শারীরিক ঘটনা হিসেবে নয়, বরং একজন নারীর গভীর মানবিক অভিজ্ঞতা হিসেবে দেখাই হবে প্রকৃত অর্থে সংবেদনশীল ও সম্মানজনক প্রসূতি চিকিৎসার ভিত্তি।নারীরা আগে বাড়িতেই সন্তান জন্ম দিতেন, কিন্তু ধীরে ধীরে হাসপাতালই একমাত্র গ্রহণযোগ্য স্থান হয়ে উঠেছে। ফলে, অনেক নারী নিজেদের স্বস্তিদায়ক পরিবেশে সন্তান জন্ম দেওয়ার সুযোগ হারাচ্ছেন। প্রসবের ক্ষেত্রে চিকিৎসা প্রযুক্তির অতিরিক্ত ব্যবহারে নারীরা স্বাভাবিক অভিজ্ঞতা থেকে বঞ্চিত হন এবং চিকিৎসকদের সিদ্ধান্তের ওপর নির্ভরশীল হয়ে পড়েন। এতে তাদের শারীরিক ও মানসিক অভিজ্ঞতা বদলে যায়।নারীবাদীরা বলেন, নারীদের তাদের নিজস্ব জন্মপ্রক্রিয়া সম্পর্কে সিদ্ধান্ত নেওয়ার স্বাধীনতা দেওয়া উচিত এবং কেবলমাত্র প্রয়োজনীয় ক্ষেত্রেই চিকিৎসা হস্তক্ষেপ করা উচিত(Cahill,2001) ।

প্রসবের দ্বিতীয় ধাপ নিয়ে বিভ্রান্তি রয়েছে। সাধারণভাবে, এই সময় নারীরা নিজের শরীরের শক্তি ব্যবহার করে শিশুকে বাইরে আনতে সাহায্য করেন, যাকে "পুশ" করা বলা হয়। কিন্তু চিকিৎসাবিদ্যায় এটি এত জটিল ভাষায় বোঝানো হয় যে, অনেক সময় নারীর প্রকৃত ভূমিকা স্পষ্ট হয় না। Williams Obstetrics (১৯৮৫)-এ বলা হয়েছে, যখন জরায়ুর মুখ সম্পূর্ণ খোলে, তখন শিশুকে বের করে আনার প্রধান শক্তি আসে পেটের পেশীর সংকোচন ও জোরে শ্বাস ধরে রাখার মাধ্যমে তৈরি অভ্যন্তরীণ চাপ থেকে। এটাকেই সাধারণত "পুশিং" বলা হয়।তবে, পক্ষাঘাতগ্রস্ত (প্যারাপ্লেজিক) নারীদের অভিজ্ঞতা দেখায় যে প্রসবের আসল কাজ নারীরই। যারা প্রসবের তাগিদ অনুভব করেন না, তাদের ক্ষেত্রে ডাক্তারকে সংকোচনের সময় বলে দিতে হয়, যাতে তারা চেষ্টা করেন। অন্যদিকে, যাঁরা তাগিদ অনুভব করেন, তাঁদের কখনও আরও জোরে চাপ দিতে বলা হয়, কখনও আবার থামতেও বলা হয়।অর্থাৎ, আসল কাজটা নারীরই। তিনিই সন্তান জন্মদানের কেন্দ্রে আছেন, তিনি শ্রম দেন, তিনি অনুভব করেন, এবং তিনিই প্রকৃত অর্থে "শ্রমিক" বা "লেবারার।"নারীদের জীবনচক্রে বিভিন্ন শারীরিক ও মানসিক পরিবর্তন চিকিৎসাগত হস্তক্ষেপের মাধ্যমে প্রভাবিত হয়। প্রসব, মেনোপজ, এবং প্লাস্টিক সার্জারির মতো বিষয়গুলিতে নারীদের সিদ্ধান্ত গ্রহণ প্রভাবিত হয় তাদের মানসিক অবস্থা, সমাজের প্রত্যাশা এবং চিকিৎসার অভিগম্যতার দ্বারা (kirli et al.২০২৫)

এমেলে মার্টিন বলেন, নারীদের প্রসব প্রক্রিয়া বা গর্ভবস্থার যে মেডিকালাইজেশন সেখানে পরস্পর বিরোধী পরিস্থিতির সৃষ্টি করে। একজন নারী প্রসবের সময় পরস্পরবিরোধী নির্দেশনা পেয়ে যে বিভ্রান্তি অনুভব করেছিলেন, তা তিনি এভাবে প্রকাশ করেন: তারপর সেই ভয়ংকর মুহূর্ত এলো, যখন তারা আমাকে বলছিল চাপ না দিতে, কিন্তু আমি থামতে পারছিলাম না। আপনি নিজেকে আটকাতে পারবেন না। এক মুহূর্তে তারা বলছে যে জরায়ু একটি অনৈচ্ছিক পেশী, আর পরের মুহূর্তেই বলছে চাপ না দিতে! সংক্ষেপে, চিকিৎসাবিদ্যায় দুটি ভিন্ন ধারণা দেওয়া হয় একদিকে, জরায়ুকে একটি যন্ত্রের মতো দেখানো হয়, যা শিশুকে পৃথিবীতে আনে। অন্যদিকে, নারীকে এমন একজন শ্রমিক হিসেবে দেখানো হয়, যিনি এই জন্মপ্রক্রিয়ায় কাজ করেন। কখনো কখনো এই দুই ধারণা মিলে যায়, যেখানে নারী-শ্রমিক এবং তার জরায়ু-যন্ত্র একসঙ্গে শিশুর জন্ম দেয়।তাহলে ডাক্তার কী করেন? সাধারণভাবে, তাকে প্রসবের তত্ত্বাবধায়ক বা পরিচালক হিসেবে ধরা হয়। তিনি প্রসব প্রক্রিয়া "পরিচালনা" করেন, বিশেষ করে যদি কোনো জটিলতা থাকে, যেমন আগের সিজারিয়ান। আবার, যদি মনে হয় প্রসবের গতি ধীর, তাহলে ডাক্তার ওষুধ বা যন্ত্রের সাহায্যে এটিকে ত্বরান্বিত করেন।কীরান ও'ড্রিসকোল, একজন আইরিশ চিকিৎসক, "অ্যাকটিভ ম্যানেজমেন্ট" নামক একটি পদ্ধতির জন্য পরিচিত, যা প্রসবের প্রক্রিয়া নিয়ন্ত্রণ করার জন্য একটি কঠোর নিয়ম তৈরি করেছে। তিনি এই পদ্ধতি ন্যাশনাল মাতার্নিটি হাসপাতালে চালু করেছেন, যেখানে কোনো প্রসব ১২ ঘণ্টার বেশি চলতে দেওয়া হয় না। (হাসপাতালের গ্রাফে ১২ ঘণ্টার বেশি সময়ের রেকর্ড রাখা হয় না) ।

এই পদ্ধতির মধ্যে প্রথমবার গর্ভবতী মায়েদের (প্রাইমিগ্রাভিডা) জন্য বিশেষ নিয়ম আছে। যখন প্রসব শুরু হয়, প্রথম ঘণ্টার মধ্যে মায়ের পানির থলি ভেঙে দেওয়া হয়, যদি সর্ভিক্স (জরায়ুর মুখ) খোলার গতি সন্তোষজনক না হয়। তারপর, যদি প্রসবের গতি না বাড়ে, এক ঘণ্টার পর অক্সিটোসিন নামক একটি হরমোন দেওয়া হয়, যা প্রসবকে ত্বরান্বিত করতে সাহায্য করে। এই পদ্ধতি হাসপাতালের সব সদস্যরা একইভাবে অনুসরণ করে। ১ লিটার ৫% ডেক্সট্রোজ সলিউশনে ১০ ইউনিট অক্সিটোসিন দেওয়া হয়।এই পদ্ধতিটি একটি খুব নির্দিষ্ট নিয়ম এবং সময়সীমা নির্ধারণ করে, যা গর্ভধারণের প্রাকৃতিক প্রক্রিয়াকে নিয়ন্ত্রণ করার চেষ্টা করে এবং এটি প্রসবের সময়কে নিয়ন্ত্রিত করে, মানুষের প্রকৃত অভিজ্ঞতা এবং শারীরিক অবস্থা যতটা সম্ভব একঘেয়ে ও প্রাকৃতিক পরিস্থিতির মধ্যে রেখে।

১৬শ ও ১৭শ শতকে প্রজনন শব্দের সাথে "উৎপাদন" শব্দটি সমার্থক হিসেবে ব্যবহৃত হতো, তবে এটি প্রাকৃতিক প্রক্রিয়া হিসেবে ধরা হতো, যান্ত্রিক বা মেকানিক্যাল প্রক্রিয়ার মতো নয়। হেলকিয়াহ ক্রুকের মতে, মায়ের গর্ভে বীজের মাধ্যমে নতুন জীবন সৃষ্টির প্রক্রিয়া একটি প্রাকৃতিক, অযান্ত্রিক প্রক্রিয়া ছিল, যেমন কৃষকের মাঠে বীজ ফেলা হয় এবং তা থেকে নতুন শস্য জন্মায়।দ্বিতীয়ত, ১৮শ শতকে "উৎপাদন" এবং "প্রজনন" শব্দগুলো একে অপরের সঙ্গে সম্পর্কিত ছিল, তবে সৃষ্টি বা উৎপাদন আলাদা একটি ধারণা ছিল। "প্রজনন" বা "জেনারেশন" ছিল প্রাকৃতিক প্রক্রিয়া, যেখানে পুরনো উপাদানগুলোর নতুন রূপ তৈরি হতো, কিন্তু "সৃষ্টি" বা "ক্রিয়েশন" ছিল আলাদা, যেখানে কিছু তৈরি করা হতো শূন্য থেকে।এভাবে, ১৮শ শতকের শেষ পর্যন্ত প্রজনন এবং উৎপাদন শব্দের অর্থ অনেকটাই একই ছিল, এবং এটি ছিল একটি প্রাকৃতিক ক্রিয়া, যা কোনো যান্ত্রিক উৎপাদনের সঙ্গে তুলনা করা হতো না।প্রজনন বা উৎপাদনকে এক সময় একটি প্রাকৃতিক, মানবিক এবং জীববিজ্ঞানের অংশ হিসেবে দেখা হতো, যা যান্ত্রিক বা প্রযুক্তিগত দৃষ্টিকোণ থেকে দেখা হয়নি। তবে সময়ের সঙ্গে, বিশেষত ২০শ শতকের পর থেকে, এই প্রক্রিয়াগুলোকে প্রযুক্তির দৃষ্টিকোণ থেকে দেখা শুরু হয়েছে, যেখানে "প্রডাকশন" বা উৎপাদনকে মেশিন বা প্রযুক্তি দ্বারা নিয়ন্ত্রিত প্রক্রিয়া হিসেবে বিবেচনা করা হচ্ছে। এই অংশে উৎপাদন (produce) এবং পুনঃউৎপাদন (reproduce) শব্দের পার্থক্য এবং এর ইতিহাস নিয়ে আলোচনা করা হয়েছে। ১৭শ ও ১৮শ শতকে "উৎপাদন" ছিল প্রাকৃতিক বা শিল্পের

মাধ্যমে কিছু সৃষ্টি করা, কিন্তু "পুনঃউৎপাদন" মানে ছিল নতুন করে কিছু তৈরি করা, যা আগে ছিল না বা ধ্বংস হয়েছিল (Muri, ২০১০) ।

চিকিৎসকেরা এখন "ভ্রূণের ফলাফল" (শিশুর স্বাস্থ্য) কে বেশি গুরুত্ব দেন, আর এর ফলে সিজারিয়ান সেকশন একটি পছন্দসই পদ্ধতি হিসেবে দাঁড়িয়ে গেছে, যদিও এটি প্রাকৃতিক প্রসবের পরিবর্তে অনেক বেশি চিকিৎসা সংক্রান্ত হস্তক্ষেপের প্রয়োজন।এটি সমাজে এক নতুন নীতির উত্থানকেও নির্দেশ করে, যেখানে যোনি জন্মের প্রাচীন ধারণাটি ধীরে ধীরে পিছিয়ে পড়ছে এবং এখন বিশেষ কিছু রোগীর জন্যই তা প্রযোজ্য হচ্ছে। এই পরিবর্তনকে দেখতে হলে, আমাদের প্রথাগত প্রজনন ধারণা, যেমন "মাতৃত্ব" এবং "প্রাকৃতিক প্রসব," কীভাবে চিকিৎসা প্রযুক্তির মাধ্যমে আধুনিক পৃথিবীতে পরিবর্তিত হয়েছে, তা বিবেচনা করা জরুরি।মেডিকেল বিদ্যা মনে করে, সাধারণ প্রসবও শিশুর জন্য ক্ষতিকর হতে পারে। একসময় এক ডাক্তার গর্ভাশয়কে "মৃত্যুর ক্ষেপণাস্ত্র" বলে বর্ণনা করেছিলেন, আবার অন্য একসময় প্রসবকে এমনভাবে বর্ণনা করা হয়েছিল যেন মা পিচফর্কের ওপর পড়ে যায় বা শিশুর মাথা দরজার ফাঁকে আটকে যায়। আজকাল ডাক্তাররা শিশুকে জন্মের পর মৃদু আলো এবং উষ্ণ স্নান দিয়ে তার ভয়াবহ অভিজ্ঞতা কমানোর চেষ্টা করেন। এর ফলে ডাক্তারকে এমনভাবে দেখানো হয় যেন তিনি শিশুকে 'মা'র শরীরের ক্ষতিকর প্রভাব থেকে রক্ষা করতে চান। রথম্যানের মতে, "মা এবং শিশুকে চিকিৎসা মডেলে দুটি আলাদা এবং বিরোধী অংশ হিসেবে দেখা হয়, একে একত্রিতভাবে নয়।"

এই ধরনের চিত্রের আলোকে, শিশুকে অস্ত্রোপচারের মাধ্যমে বের করা যেন তার একমাত্র রক্ষা পাওয়ার উপায় হিসেবে দেখা হয়। সিজারিয়ান হওয়ার পর অনেক নারী রাগান্বিত ও হতাশ বোধ করেন, কিন্তু তাদের বলা হয় যে তারা যেন সন্তুষ্ট থাকেন, কারণ তাদের একটি সুস্থ শিশু হয়েছে। কিন্তু প্রসবের ফলে পাওয়া শিশুর উপর গুরুত্ব দেওয়ার ফলে মায়ের নিজস্ব জন্মদানের অভিজ্ঞতাকে সম্পূর্ণ উপেক্ষা করা হয়। একজন নারী তার সিজারিয়ানের অভিজ্ঞতা বর্ণনা করতে গিয়ে বলেন যে তিনি নিজেকে হারানোর মতো অনুভব করেছেন। তিনি চেয়েছিলেন স্বাভাবিকভাবে সন্তান প্রসব করতে, কিন্তু তা সম্ভব হয়নি। তিনি দুঃখ প্রকাশ করেন যে তিনি তার শিশুর ওজন করা, প্রথমবার স্নান করানো এইসব ছোট ছোট মুহূর্ত মিস করেছেন। অস্ত্রোপচারের পর শুয়ে থাকা, নড়তে না পারা, স্বামীর সাথে রাত কাটানোর অনুমতি না পাওয়া, এমনকি খাবার না খেতে পারার অভিজ্ঞতা ছিল কষ্টদায়ক। তিনি বলেন, আমি না খেয়ে থাকার কারণে সুস্থ হয়ে উঠবো কীভাবে? তারা যখন নরম খাবার দিল, তখন মনে হলো, আমি এটা ছুঁড়ে মারি! ''

এমন অবস্থায় যখন নার্স, ডাক্তার বা পরিবারের সদস্যরা তাকে বলেন যে তিনি "সৌভাগ্যবান" কারণ তার একটি সুস্থ সন্তান হয়েছে, তখন তিনি ক্ষুব্ধ হন। পরবর্তী সন্তান জন্মের আগে একটি প্রসূতি শিক্ষার ক্লাসে, যখন এক দম্পতি বললেন যে তাদের প্রথম অগ্রাধিকার একটি সুস্থ শিশু পাওয়া, তখন তিনি রেগে যান। তিনি বলেন, এটা তো স্বাভাবিক! এটা বলার কী দরকার? যে কেউই সুস্থ সন্তান চায়! কেউ কি কখনো ভাবে, আশা করেছিলাম আমাদের সন্তান প্রতিবন্ধী হবে? এটা বোঝার চেষ্টা করুন। চিকিৎসাগত কারণকে সবচেয়ে সাধারণ যুক্তি হিসেবে ব্যবহার করা হয় চিকিৎসাকরণের জন্য। অংশগ্রহণকারীরা মনে করেন যে নিরাপত্তার জন্য সিজারিয়ান সেকশন, মাসিকের ব্যথা, বন্ধ্যাত্ব, ঝুঁকিপূর্ণ গর্ভাবস্থা এবং অকাল মেনোপজের মতো ক্ষেত্রে চিকিৎসা হস্তক্ষেপ প্রয়োজন। চিকিৎসকরাও লক্ষ্য করেছেন যে প্রসাধনী শল্যচিকিৎসার (cosmetic procedures) চাহিদা বৃদ্ধি পেয়েছে, বিশেষ করে ক্যানসারের সম্ভাব্য ঝুঁকি কমানোর জন্য। তবে চিকিৎসা কর্তৃত্ব এবং রোগী-চিকিৎসকের মধ্যে তথ্যের ব্যবধানের কারণে প্রকৃত

চিকিৎসা প্রয়োজনীয়তা ও ঐচ্ছিক (elective) প্রক্রিয়ার মধ্যে পার্থক্য নির্ধারণ কঠিন হয়ে পড়েছে, যার ফলে স্বাভাবিক ঘটনাগুলোকেও চিকিৎসার আওতায় আনা হচ্ছে, যেমন প্রসব প্রক্রিয়া।

অনেক নারী প্রসব নিয়ে ভয়, উদ্বেগ ও লজ্জার অনুভূতি পোষণ করেন, যার ফলে অনেকেই সিজারিয়ান সেকশনকে পছন্দ করেন। মনস্তাত্ত্বিক কারণগুলোও নারীদের চিকিৎসার দিকে ঠেলে দেয়, এবং কিছু ক্ষেত্রে এগুলো চিকিৎসা বিজ্ঞানের মধ্যেও স্বীকৃত হয়েছে, যেমন "টোকোফোবিয়া" (tokophobia) বা প্রসব-ভীতি। গবেষণা দেখিয়েছে যে প্রসবের প্রতি ভীতি ও সিজারিয়ান সেকশনের প্রতি ঝোঁকের মধ্যে একটি স্পষ্ট সম্পর্ক রয়েছে(kirli et al.2025)।

চিকিৎসাবিজ্ঞান প্রযুক্তির অগ্রগতির ফলে মানুষের স্বাস্থ্য ও অসুস্থতা সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত সম্পূর্ণভাবে চিকিৎসকদের উপর নির্ভরশীল হয়ে পড়েছে। নারীদের গর্ভধারণ ও প্রসবকে ঝুঁকিপূর্ণ হিসেবে উপস্থাপন করে তাদের চিকিৎসা ব্যবস্থার উপর নির্ভরশীল করা হয়েছে। প্রসব সংক্রান্ত বিভিন্ন হস্তক্ষেপ, যেমন সিজারিয়ান সেকশন, এপিডিউরাল অ্যানেস্থেশিয়া, ওষুধ প্রয়োগের মাধ্যমে প্রসব ত্বরান্বিত করা প্রকৃতপক্ষে সবসময় প্রয়োজনীয় নয়। অনেক ক্ষেত্রে এগুলো অপ্রয়োজনীয় হস্তক্ষেপ তৈরি করে, যা নতুন জটিলতার জন্ম দেয়। গবেষণায় দেখা গেছে, "ফিটাল ডিস্ট্রেস" (গর্ভস্থ শিশুর বিপদের আশঙ্কা) ভুলভাবে নির্ণয়ের ফলে অনেক অপ্রয়োজনীয় সিজারিয়ান করা হয়।

নারীরা হাসপাতালে প্রসবকে নিরাপদ মনে করলেও, বাস্তবে অনেক সিদ্ধান্ত তাদের পছন্দের বাইরে থেকে নেয়া হয়। মিডওয়াইফরা প্রসবের জন্য প্রশিক্ষিত হলেও, গুরুত্বপূর্ণ সিদ্ধান্ত চিকিৎসকরা নিয়ে থাকেন। রাজনৈতিক ও সামাজিক কারণে উচ্চ-প্রযুক্তির হাসপাতাল প্রসবকেন্দ্রিক হয়ে উঠেছে, যা নারীদের স্বাভাবিক প্রসবের সুযোগকে সীমিত করেছে (Cahill.২০০১) ।

আমাদের সমাজে, আমরা সাধারণত বাড়ির কাজ এবং কর্মক্ষেত্রের কাজকে আলাদাভাবে দেখি। কারখানার শ্রমকে আমরা বাড়ির গৃহস্থালি কাজ বা একজন নারীর সন্তান জন্মদানের শ্রমের চেয়ে আলাদা মনে করি, কারণ কারখানার শ্রম বাজারে মূল্য পায়, কিন্তু বাড়ির কাজ বা সন্তান জন্মদানের শ্রমের জন্য কোনো পারিশ্রমিক দেওয়া হয় না।এই কারণেই, অনেক গবেষণা প্রাক-শিল্প সমাজের উৎপাদন প্রক্রিয়া ব্যাখ্যা করার সময় নারীদের ঘরের ভেতরের শ্রম বা সন্তান জন্মদানের শ্রমকে উপেক্ষা করে। রেমন্ড উইলিয়ামস এই প্রসঙ্গে বলেন, পুরো মার্কসবাদী চিন্তাধারার ক্ষেত্রেও মানব প্রজনন প্রক্রিয়ার শারীরিক ও সামাজিক গুরুত্বকে সাধারণত উপেক্ষা করা হয়েছে। যদিও নারীদের শোষণ ও পরিবারের ভূমিকা নিয়ে আলোচনা হয়েছে, তবুও এই গুরুত্বপূর্ণ বিষয় নিয়ে কোনো বিস্তৃত বিশ্লেষণ নেই। অথচ মানব প্রজনন ও লালন-পালন যে সমাজ ও অর্থনীতির কেন্দ্রীয় অংশ, তা অস্বীকার করা কঠিন।

শ্রম (labor) শব্দটি ইতিহাসের এক গভীর সাংস্কৃতিক প্রতিফলন, যা নারীর সন্তান জন্মদানের অভিজ্ঞতা এবং পুরুষ ও নারীর উৎপাদনমূলক শ্রমকে একইভাবে সংজ্ঞায়িত করে। কিন্তু সমাজ এই অভিজ্ঞতাগুলোর মধ্যে যে ভেদরেখা টানে তা মূলত একটি আধুনিক বিভাজন, যেখানে গৃহস্থালি ও সন্তান জন্মদানকে প্রাকৃতিক এবং বাজারে শ্রমকে মূল্যবান হিসেবে দেখা হয়।

নৃবিজ্ঞান ও চিকিৎসাবিদ্যার ভাষ্যতে নারীর শ্রম প্রায়শই উপেক্ষিত হয়। নৃবিজ্ঞানীরা শ্রমকে শুধু অর্থনৈতিক উৎপাদনের সঙ্গে যুক্ত করেন, ফলে নারীর গৃহস্থালি শ্রম এবং সন্তান জন্মদানের ভূমিকা তাদের বিশ্লেষণের বাইরে থেকে যায়। অন্যদিকে, চিকিৎসাশাস্ত্রে নারীর সন্তান জন্মদানকে একটি নিয়ন্ত্রিত, যান্ত্রিক প্রক্রিয়া হিসেবে উপস্থাপন করা হয়, যা চিকিৎসক ও প্রযুক্তির মাধ্যমে পরিচালিত হয়, যেন এটি নারীর অভিজ্ঞতার বাইরের কোনো ঘটনা।

এই প্রেক্ষাপটে, নারীর শ্রমকে শুধু শারীরিক কর্ম নয়, বরং একটি জটিল, সংবেদনশীল এবং সামাজিক অভিজ্ঞতা হিসেবে বোঝা জরুরি। এটি কেবল একক কোনও ঘটনা নয়, বরং মানবজীবনের ধারাবাহিকতা এবং সংস্কৃতির একটি গভীর দৃষ্টান্ত।নারীবাদীরা প্রজনন বা সন্তান জন্ম দেওয়া নিয়ে উৎপাদনের মেটাফোর (উৎপাদন সংক্রান্ত ধারণা) ব্যবহার করার বিরোধিতা করেছেন। জুলিয়েট মিচেল তার বই ডড়সধহ'ং ঊংঃধঃব-এ বলেছেন যে, প্রজনন বা মা হওয়া যেন কাজের অনুকরণ হয়ে যায়, যেমন একটি পণ্য তৈরি করা হয় শ্রমিকের দ্বারা। তিনি ১৯৭১ সালে এই ধারণাটি তুলে ধরেছিলেন। তবে ১৯৮০-এর দশকের মাঝামাঝি সময়ে, তিনি হয়তো একমত হতেন যে, এখন এটা আর শুধু নকল নয়, বরং একটি বিপদজনক এবং অযৌক্তিক ধারণা হয়ে দাঁড়িয়েছে।

এই আলোচনা আমাদের কেন্দ্রীয় প্রশ্নের দিকে নিয়ে আসে: সাধারণ নারী যারা তাদের জীবন যাপন করে, তারা কি তাদের শরীর সম্পর্কে বৈজ্ঞানিক ধারণাগুলিকে গ্রহণ করে, তারা কি এগুলোকে স্বাভাবিকভাবে মেনে নেয়, নাকি এগুলোকে নিজেদের পূর্ণ অস্তিত্বের জন্য হুমকি হিসেবে দেখে প্রতিবাদ করে।

নারীর গর্ভাবস্তার মেডিকালাইজেশান : এমেলে মার্টিন এবং সাদাফ নূর এবং মির্জা তাসলিমা সুলতানা লেখকত্রয়ের দৃষ্টিভঙ্গির সমন্বয় :এমিলি মার্টিন নারীর প্রজনন প্রক্রিয়াকে কারখানায় উৎপাদন প্রক্রিয়ার সাথে তুলনা করে নারীর স্বাভাবিক গর্ভধারণ ও প্রসব ব্যবস্থায় চিকিৎসাবিজ্ঞানের মাত্রাতিরিক্ত নিয়ন্ত্রণকে ফুটিয়ে তুলেছেন। আধুনিক চিকিৎসাবিজ্ঞানের দৃষ্টিতে নারীর সন্তান জন্মদান প্রক্রিয়ায় চিকিৎসক ঐ শরীরের সুপারভাইজার যেখানে নারী হলো শ্রমিক যার যন্ত্র হলো জরায়ু এবং উৎপাদিত পণ্য হলো প্রসবকৃত সন্তান। যদিও এই প্রসব শুধুই একটি শরীরবৃত্তীয় প্রক্রিয়া নয় তবুও আধুনিক চিকিৎসাবিজ্ঞান নারীর মানসিক অবস্থা, ইচ্ছা ও অভিজ্ঞতাকে উপেক্ষা করে এবং রোস্তস্কি ও ট্র্যাভসি (১৯৯৬) বলছেনে, নারীদরে জন্য প্রাসঙ্গকি অনকে শারীরবৃত্তীয় অভজ্ঞিতাকে বিশুদ্ধভাবে 'প্রাকৃতকি' বলে চহ্নিতি করা হয়। ফলে প্রসব, র্গভধারণ, মাসকি, মনোপজ এবং স্তন্যপানকে শুধুমাত্র একটি শারীরবৃত্তীয় প্রক্রয়িা নারীশরীরকে নয়িন্ত্রণ করে প্রসব প্রক্রয়িা সম্পন্ন করে থাক।আধুনকি চকিৎিসাবজ্ঞিানরে এই দৃষ্টভিঙ্গরি মলি পাওয়া যায়'চকিৎিসাবজ্ঞিানরে অধীনে নারী শরীর-ভন্নি ভন্নি শ্রণেরি অভজ্ঞিতা" বইয়ে উল্লখেতি গবষেণায়, যখোনে প্রসব প্রক্রয়িায় সমাজরে নম্নিবত্তি ও মধ্যবত্তি নারীদরে চকিৎিসাবজ্ঞিানরে দারস্থ হওয়া না হওয়া এবং তাদরে র্সাবকি অবস্থানকে আলোচনা করা হয়ছে। চিকিৎসাবিজ্ঞানের অধীনে নারীশরীর বইয়ের উল্লেখিত গবেষণায় দেখা যায় আধুনিক সমাজের মধ্যবিত্ত নারীরা গর্ভধারণ থেকে সন্তান প্রসব সবকিছুতেই আধুনিক চিকিৎসাবিজ্ঞানের উপর নির্ভরশীল। মধ্যবিত্ত পরিবারের নারীরা সন্তান জন্মদানের মতো একটি প্রাকৃতিক প্রক্রিয়াকে অনেকটাই হারিয়ে ফেলেছেন চিকিৎসাবিজ্ঞানের দৌরাত্ম্যের কারণে। যেহেতু এই প্রক্রিয়াটি অনেক বেশী আর্থিক অথবা ব্যবসায়িক। যেমন গর্ভধারনের নিশ্চিতকরণ একটি পরিকল্পনা মাফিক প্রাকৃতিক প্রক্রিয়া হলেও মধ্যবিত্ত নারীরা প্রেগনেন্সি টেস্ট করেই বিষয়টি নিশ্চিত হন। গর্ভধারনের পর নারীর শারীরিক,জৈবিক পরিবর্তন যেমন ১ মাসের অধিক সময় মাসিক বন্ধ থাকা,মাথা ঘোরানো,বমি বমি ভাব,ক্ষুধামন্দা ইত্যাদি লক্ষনীয় হলেও তারা ডাক্তারের চেক-আপের মাধ্যমেই নিশ্চিত হন। চিকিৎসাবিজ্ঞানের দৌরাত্ম এক্ষেত্রে বয়োজ্যেষ্ঠ নারীদের অভিজ্ঞতাকেও মূল্যহীন করে দেয়।

গবেষণায় দেখা গেছে শ্রমজীবী নারীরা গর্ভধারণের পর ২/১ বার ডাক্তারের কাছে চেক-আপের জন্য গেলেও তাদের স্বাভাবিক জীবনধারণের উপায়ে তেমন কোনো পরিবর্তন আসে না। অধিকাংশ শ্রমজীবি নারীই তাদের তাদের কর্মস্থলের স্বাভাবিক কাজ চালিয়ে যান। অন্ততপক্ষে তারা ঘর-সংসারের সাধারণ কাজ চালিয়ে যান। অপরদিকে মধ্যবিত্ত শ্রেনির নারীদের ডাক্তাররা গর্ভধারনের পর রোগী বানিয়ে রাখে। তারা গর্ভধারণকে প্রাকৃতিক কোনো পরিবর্তন না ভেবে রোগ হিসেবে বিবেচনা করে। গবেষণায় দেখা যায় বেশিরভাগ নারীদেরকে চিকিৎসক বিশ্রাম নিতে বলেছেন কিছু প্রাকৃতিক বিষয়কে চিহ্নিত করে,যেমন হালকা রক্তপাত, গর্ভপাত হয়ে যাওয়ার আশঙ্কা,পেট শক্ত হয়ে যাওয়া কিংবা প্রেশার বেড়ে যাওয়া। যদিও মুরুব্বিরা পরামর্শ দেন গর্ভকালীন সময়ে শুধু শুয়ে বসে থাকা উচিত নয়, কাজ করা ভালো। কিন্তু বর্তমান প্রজন্মের নারীরা এসকল বিষয়কে জরুরি মনে করেন না এবং সম্পূর্ণ সময় ডাক্তারের পরামর্শে থাকেন। আর চিকিৎসা বিজ্ঞানের তত্ত্বাবধানে থাকা চিকিৎসকরা এসকল নারীদেরকে রোগী বানিয়ে নারী শরীরকে ল্যাবরেটরীতে পুনরুৎপাদন করে।

গবেষণায় অংশগ্রহণকারী কিছু চিকিৎসকরা গর্ভকালকে অসুখ এবং গর্ভবতী নারীকে রোগী বলেছেন। তারা গর্ভকালে এবং প্রসবের সময় আধুনিক প্রযুক্তি ও প্রক্রিয়ার ব্যবহার যেমন-আলটাসনোগ্রাম,সিজার কে অত্যাবশ্যকীয় করেছেন।তাদের মতে নারী শরীর একটি কারখানা এবং সেখানে সেলুলার লেভেলে ভীষন পর্যায়ে কাজ চলছে। এজন্য গর্ভকাল কোনো স্বাভাবিক দশা নয় বরং গর্ভবতী মাত্রই রোগী হিসেবে বিবেচ্য। তাই এই সময়ে প্রতিটি ক্ষেত্রেই চিকিৎসকের সাহায্য প্রয়োজন বলে তারা মনে করেন। কিন্তু চিকিৎসকদের এই ধারণা বা বক্তব্য ভুল প্রমাণিত হয় যখন গবেষণায় দেখা যায় শ্রমজীবি নিম্নবিত্ত নারীরা সার্বক্ষনিক চিকিৎসকের তত্ত্বাবধানে না থেকেও প্রাকৃতিক সুস্থ বাচ্চা জন্মদান করেছেন।এর থেকে প্রমানিত যে চিকিৎসকরা নিজেদের আর্থিক স্বার্থের কথা চিন্তা করে গর্ভধারনের মত একটি স্বাভাবিক বিষয়কেও শারীরিক রোগ বলে চালিয়ে দিচ্ছেন।

চিকিৎসাবিজ্ঞানের অধীনে নারীর শরীর বইয়ে উল্লেখিত গবেষণায় দেখা যায় আধুনিক মধ্যবিত্ত নারীরা স্বাভাবিক প্রক্রিয়ায় সন্তান জন্মদানের চাইতে সিজার করতে বেশী আগ্রহী। অনেক ডাক্তারই সিজারকে গর্ভবতী নারীর কাছে নিরাপদ প্রক্রিয়া বলে উপস্থাপন করেন। তারা প্রলোভমন দেখান যে সিজার একটি ব্যাথাহীন সন্তান জন্মদান প্রক্রিয়া এবং এতে করে তাদেরকে তীব্র প্রসব বেদনা সহ্য করতে হবে না। কিন্তু চিকিৎসকরা এক্ষেত্রে নিজের স্বার্থকে গোপন রাখে। ডাক্তাররা তাদের এই ব্যবসায়িক মনোভাবকে এই কথা বলে গ্রহণযোগ্যতা দেন যে, আজকাল নারীরাই নিজে থেকে বেশী আগ্রহী যেহেতু তারা প্রসব বেদনা ও জীবন ঝুঁকি নিতে চায় না।

ডাক্তাররা মনে করেন সিজারে ঝুঁকি কম এবং সুস্থ বাচ্চা জন্ম দেয়া সম্ভব। আধুনিক মধ্যবিত্ত নারীরা যেহেতু সচেতন এবং অল্প কয়েকবার গর্ভধারণ করেন সেহেতু তারা চিকিৎসা বিজ্ঞানের কল্যাণে সিজারের মাধ্যমে পরিপুষ্ট সন্তান জন্মদান করেন। কিন্তু ডাক্তারদের এই ধারণা ভুল হয় যখন গবেষণায় অংশগ্রহণকারী নারীরা স্বাভাবিক উপায়েই পরিপুষ্ট সন্তান জন্মদানের কথা জানান এবং সিজারের মাধ্যমে সন্তান জন্মদান করেছেন এমন নারীরা তাদের দীর্ঘদিন শারীরিক অসুস্থতার কথা বলেন। গবেষণায় অংশগ্রহণকারী যেসকল নারী স্বাভাবিক প্রক্রিয়ায় সন্তান জন্ম দিয়েছেন তারা সাময়িক প্রসব বেদনা সহ্য করলেও সন্তান জন্মদানের পরবর্তী সময়ে কোনো শারীরিক জটিলতার সম্মুখীন হননি। এ থেকে বোঝা যায় আধুনিক ঔষধবিদ্যা নারী শরীরকে তার স্বার্থে ল্যাবরেটরীর মতো ব্যবহার করছে।

উল্লিখিত আলোচনায় এটি স্পষ্ট যে, চিকিৎসাবিজ্ঞান নারী শরীরকে তার পূর্ণ নিয়ন্ত্রণে নিয়ে একজন নারীর স্বাভাবিক জন্মদান প্রক্রিয়াকে ব্যহত করে। এমিলি মার্টিন তার আলোচনায় চিকিৎসাবিজ্ঞানকে ঢালাওভাবে এই পরিস্থিতির

জন্য দায়ি করলেও চিকিৎসাবিজ্ঞানের অধীনে নারী শরীর" বইয়ের গবেষণায় দেখা যায় এই উদ্বুদ্ধ পরিস্থিতির জন্য নারীদের সামাজিক অবস্থান, শিক্ষা, এবং তাদের পছন্দ-অপছন্দ অনেকাংশেই দায়ী।

উপসংহার :আধুনিক সমাজে গর্ভাবস্থা, প্রসব এবং মাতৃত্বকে ক্রমশ বেশি যান্ত্রিক ও চিকিৎসাবদ্ধ (মেডিকালাইজড) করে তোলা হয়েছে। আগে যেখানে সন্তান জন্ম দেওয়া একটি স্বাভাবিক ও প্রাকৃতিক প্রক্রিয়া হিসেবে গণ্য হতো, সেখানে এখন এটি চিকিৎসকদের নিয়ন্ত্রণাধীন একটি প্রযুক্তিনির্ভর প্রক্রিয়ায় পরিণত হয়েছে। আধুনিক চিকিৎসা ব্যবস্থার ফলে মাতৃমৃত্যু ও শিশুমৃত্যুর হার কমেছে, যা নিঃসন্দেহে ইতিবাচক। তবে একইসঙ্গে, এটি নারীর জন্মদানের অভিজ্ঞতাকে অনেকাংশে তাদের হাত থেকে ছিনিয়ে নিয়েছে এবং চিকিৎসাব্যবস্থার নিয়ন্ত্রণে নিয়ে গেছে।

এই মেডিক্যাল নিয়ন্ত্রণের ফলে নারীরা তাদের প্রসব সংক্রান্ত সিদ্ধান্ত নেওয়ার ক্ষেত্রে অনেকাংশে পরনির্ভরশীল হয়ে পড়ছেন। যান্ত্রিক দৃষ্টিভঙ্গির ফলে সিজারিয়ান প্রসবের হার বাড়ছে, কারণ এটিকে দ্রুত, নির্ভরযোগ্য এবং ঝুঁকিহীন বলে ধরা হচ্ছে। কিন্তু এভাবে প্রজনন প্রক্রিয়ার উপর মাত্রাতিরিক্ত চিকিৎসা-নির্ভরতা নারীদের শারীরিক ও মানসিক অভিজ্ঞতাকে সীমিত করে তুলছে।

সর্বশেষে বলা যায়, গর্ভাবস্থা ও প্রসবকে শুধুমাত্র একটি চিকিৎসাবিজ্ঞান-নির্ভর প্রক্রিয়া হিসেবে না দেখে নারীর ব্যক্তিগত অভিজ্ঞতা, পছন্দ ও ক্ষমতার অংশ হিসেবে বিবেচনা করা প্রয়োজন। প্রাকৃতিক ও প্রযুক্তিগত দৃষ্টিভঙ্গির মধ্যে একটি ভারসাম্য রাখা জরুরি, যাতে মাতৃত্ব নারীর জন্য কেবলমাত্র চিকিৎসকদের ব্যবস্থাপনার বিষয় হয়ে না দাঁড়ায়, বরং এটি তাদের নিজস্ব শরীর ও জীবনের ওপর নিয়ন্ত্রণের একটি গুরুত্বপূর্ণ অংশ হিসেবে বজায় থাকে ।

তথ্যসূত্র:

Brubaker, S. J., & Dillaway, H. E. (2009). Medicalization, natural childbirth and birthing experiences. Sociology Compass, 3(1), 31-48.

Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. Journal of advanced nursing, 33(3), 334-342.

Kırlı, G., & Kaya, Ş. D. (2025). Medicalization of female life stages: a qualitative research. BMC Health Services Research, 25(1), 322.

Muri, A. (2010). Imagining reproduction:The politics of reproduction, technology and the woman machine. Journal of Medical Humanities, 31, 53-67.

Martin, E. (1987). The woman in the body: A cultural analysis of reproduction. Beacon Press.

সুলতানা, মির্জা তাসলিমা ও ইসলাম, সাদাফ নূর-ই. (২০০৭). চিকিৎসাবিজ্ঞানের অধীনে নারী শরীর।

আলোচনার স্বাপেক্ষে উদ্ভূত তিনটি প্রশ্নসমূহ:

- আধুনিক চিকিৎসা ব্যবস্থা কি প্রকৃতপক্ষে নারীর কল্যাণের কথা চিন্তা করে, নাকি এটি নিয়ন্ত্রণমূলক একটি কাঠামো তৈরি করেছে?তোমার মতামত দাও।

- আধুনিক চিকিৎসাবিজ্ঞানের দৃষ্টি নারীর অভিজ্ঞতাকে কতটুকু গুরুত্বহীন করেছে? এমিলি মার্টিন, সাদাফ নূর এবং মির্জা তসমিলা লেখকত্রয়ের মিলিত দৃষ্টিভঙ্গির আলোকে তুলে ধরো।

- প্রসবকালীন সময়ে প্রযুক্তির ব্যবহার কিভাবে ক্ষমতার সম্পর্ককে তরান্বিত করে এবং একইসাথে কিভাবে এটি নারীর প্রজনন অভিজ্ঞতাকে প্রভাবিত করে?