রোগীকে ঘুরিয়ে প্রশ্ন করা প্রসঙ্গে

সংশোধিত, পরিবর্ধিত সংস্করণ

ডাঃ বিভা কাঞ্জিলাল, ডি, এম এস

ডাঃ তপন কাঞ্জিলাল, ডি, এম এস

মর্ডান পাবলিকেশন্স

ঢাকা

রোগীকে সরাসরি প্রশ্ন করবেন না[১]

হোমিওপ্যাথিক সাহিত্যে বহুল ব্যবহৃত কথাটি হল, **রোগীকে সরাসরি প্রশ্ন না করে ঘুরিয়ে প্রশ্ন করুন।** কিন্তু দুঃখের কথা এই যে, এই বিষয়ে হোমিওপ্যাথিক সাহিত্যে বিষদ ব্যাখ্যা কোথাও নেই।

আমরা, যারা, রোগীর রোগিলিপি প্রস্তুত করি তাদের রোগীচিকিৎসার ক্ষেত্রে উপর্যুক্ত কথাটিকে যেমন ভালভাবে বোঝা দরকার তেমনই তা প্রয়োগের ক্ষেত্রে দক্ষতা অর্জন করতেই হবে, হোমিওপ্যাথ হিসাবে নিজেদের গড়ার জন্য। তবেই রোগিলিপিটি তার কার্যকারিতা অর্জন করে আমাদের রোগী আরোগ্যের দক্ষতাকে বিকশিত করবে।

এই বিষয়ে পারদর্শীতা অর্জন করার জন্য আমাদের প্রতিনিয়তই অর্গ্যানন, হোমিওপ্যাথিক দর্শন, হোমিওপ্যাথিক মেটিরিয়া মেডিকা, চিররোগ তত্ত্ব এবং রেপার্টরি নিয়ে চিন্তা করা উচিত যা জ্ঞানের পরিধি বাড়াতে সাহায্য করবে। এই জ্ঞান যার যতটা বৃদ্ধি পাবে সে ততই দক্ষ হবে, রোগীকে সরাসরি প্রশ্ন না করে ঘুরিয়ে প্রশ্ন করার ক্ষেত্রে। এই বিষয়ে আমাদের প্রতিনিয়তই উন্নীত ও বিকশিত করতে হবে। এর সাথে আমাদের বিবেককে সদা জাগ্রত রাখতে হবে। *সর্বদা আমাদের নিজেকে প্রশ্ন করতে হবে*—**রোগীকে আমি যে প্রশ্ন করছি তা-কী সরাসরি প্রশ্ন হচ্ছে না?**

আমাদের এই আত্ম-সচেতনতাই আমাদের একদিন এমনভাবে বিকশিত করবে যাতে আমরা রোগীদের রোগাবস্থা সম্বন্ধে যে প্রশ্নই করি না কেন তা ঘুরিয়ে প্রশ্ন করার অভ্যাসেই দাঁড়াবে।

রোগীরা সাধারণত তিনভাবে তাদের বক্তব্য বলেন—

১। **বাড়িয়ে বলে ঃ** অনেকেই মনে করে, তারা তাদের কষ্ট যত বাড়িয়ে বলবে ততই ভাল ওষুধ চিকিৎসকদের কাছে পাবে। আর তাই, তারা তাদের কষ্টের উপশম হলেও বলে, "কিছু হয়নি।" বা "কষ্ট পূর্বাপেক্ষা বেশি।" ঘটনা হচ্ছে এরাই রোগীদের মধ্যে সংখ্যাধিক।

২। **কমিয়ে বলে ঃ** রোগীরা মনে করে, চিকিৎসক যাতে কিছু মনে না করেন বা অপ্রস্তুত অবস্থায় না পড়েন তাই তারা কষ্টের কথা কমিয়ে বলে।

৩। **সঠিকভাবে বলে ঃ** এরা রোগী-মহলের ক্ষুদ্রতম অংশ। এদের কথায় নির্ভর করা যায় এবং উপর্যুক্ত দুই গোষ্ঠী অপেক্ষা বেশিরভাগ ক্ষেত্রে এদের আরোগ্য করা সহজ হয়।

হোমিওপ্যাথিক চিকিৎসকদের মধ্যে অধিকাংশেরই যতটা পর্যবেক্ষণ করার আগ্রহ এবং দক্ষতা থাকা উচিত তা কিন্তু বাস্তবে নেই। রোগীদের নিজেদের পর্যবেক্ষণ ক্ষমতা যে নিম্নমানের তার জন্য তারা দায়ী নয়। দায়ী আমরা, কারণ চিকিৎসক হিসাবে প্রতিটি রোগীকে হোমিওপ্যাথিক নীতিমালায় শিক্ষিত করে তোলাটা একমাত্র আমাদেরই কর্তব্য ও দায়িত্ব এবং সেই কাজটা আমাদের মধ্যে অধিকাংশই করেন না।

আমাদের এই কাজে অবহেলার ফলেই রোগীরা তাদের লক্ষণগুলিকে আদৌ খেয়াল করে না বা খেয়াল করার প্রয়োজন মনে করে না। তাই তাদের লক্ষণগুলি সঠিকভাবে প্রকাশ করতে পারে না। কিন্তু রোগীর রোগাবস্থার কথা বা রোগাবস্থার গুরুত্ব বা রোগাবস্থার গতি-প্রকৃতি আমাদের বুঝতে পারার একমাত্র দিঙনির্দেশক (compass) হচ্ছে রোগীর লক্ষণ যার দ্বারা রোগী তার আরোগ্যকর ওষুধটির নির্দেশ বা দাবী করে। আর এটাই যদি রোগীরা সঠিকভাবে না বলে বা বলার চেষ্টা না করে বা আমরা সংগ্রহ না করি তাহলে দুরন্ত ঝঞ্ঝাসংকুল মাঝ-দরিয়ায় দিশেহারা নাবিকেরমত আমরাও দিশেহারা হয়ে

১। কাঞ্জিলাল, তপন ঃ *রোগীকে সরাসরি প্রশ্ন করবেন না*, **Souvenir**, The Homoeopathic Seminar, HMAI, Jorasanko Thakur Bari, 28-30 December, 2001.

উদ্ভ্রান্তেরমত বেঠিক ব্যবস্থাপত্র করে আরোগ্য-যোগ্য রোগীকে আরোগ্য-আযোগ্য করে দেব। এজন্যই হোমিওপ্যাথি তার কাঙ্খিত সুনামের পরিবর্তে দুর্নামের ভাগীদার হবে, যা তার প্রাপ্য নয়।

আমাদের মেটিরিয়া মেডিকা, অর্গ্যানন, হোমিওপ্যাথিক দর্শন, চিররোগ তত্ত্ব এবং রেপার্টরিতে যতই দক্ষতা থাকুক না কেনই, যদি আমরা রোগীর কাছ থেকে সঠিক লক্ষণ সংগ্রহে ব্যর্থ হই তাহলে রোগী আরোগ্য হবে না।

এর পরেও সমস্যা আছে ঃ

১। রোগী যে লক্ষণ দেয় তা আমরা কতটা উপলব্ধি করতে পারি সেটাও একটা প্রশ্ন। এখানে একটা ঘটনা উল্লেখ না করে পারছি না। আমাদের প্রিয় বন্ধু, স্বর্গীয় ডাঃ প্রণবকুমার চ্যাটার্জী[২], ডাঃ জে এন কাঞ্জিলালের সহকারী থাকাকালীন এক রোগিণীর রিপোর্ট পান। সেই রিপোর্টে অন্যান্য কষ্টের উল্লেখের সাথে সে বলে, "প্রদর-স্রাব মাসিকের সময় বন্ধ থাকে।" সেই রোগিণীর অন্যান্য লক্ষণ লিপিবদ্ধ করলেও "প্রদর-স্রাব মাসিকের সময় বন্ধ থাকে" কিন্তু ডাঃ চ্যাটার্জী লিপিবদ্ধ করেনি। কারণ মেটিরিয়া মেডিকার জ্ঞানের স্বল্পতার জন্য তাঁর ধারণা হয়েছিল, "ওটা রোগিণীর মনগড়া কথা।" পরের দিন ডাঃ কাঞ্জিলাল ডাঃ চ্যাটার্জীর কাছে জানতে চান, "কেন ঐ লক্ষণটি সে লেখেনি?" পরে ডাঃ কাঞ্জিলাল তাকে বলেন, এটা *সিপিয়া*'র একটি উল্লেখযোগ্য লক্ষণ।

২। রোগীর ভাষা ও মেটিরিয়ার ভাষার মধ্যে মিল খুঁজে পাওয়া খুবই কঠিন কাজ।

৩। মেটিরিয়ার ভাষাকে রেপার্টরির লক্ষণশিরোনামে সঠিকভাবে রূপান্তরিত করার দক্ষতা অর্জন করাটা অত সহজ ব্যাপার নয়। প্রয়োজন ক্রমাগত, শুরু থেকে শেষ পর্যন্ত, রেপার্টরি নাড়াচাড়া করা।

৪। রেপার্টরিতে লক্ষণটি যে মানের হবে রোগীতেও লক্ষণটি ততটাই তীব্র হতে হবে।

৫। রেপার্টরিকরণ করে আমরা যে আরোগ্যকর ওষুধ পাই এবং তা যে শক্তিতে প্রয়োজন তাও ওষুধের দোকানে অনেক সময় অমিল হয়ে থাকে।

রোগী আমাদের প্রশ্নের যথাযথ উত্তর দিলেও এবং আমাদের চেষ্টার কোন ত্রুটি না থাকলেও উপর্যুক্ত প্রতিটি ধাপের কোন একটিতে অমিল হলেই কিন্তু রোগীর জন্য আরোগ্যকর ওষুধটি দিতে আমরা ব্যর্থ হবই।

সাধারণত সামাজিক গোপনীয়তার জন্য রোগীরা তাদের বংশগতিতে কী রোগ আছে তা বলতে চায় না কিন্তু চিররোগের চিকিৎসায় (অনেক সময় অচিররোগের চিকিৎসার ক্ষেত্রেও)[৩] রোগী আরোগ্যের জন্য এই বিষয়টা জানা আবশ্যক। প্রথমের দিকে রোগী তা গোপন করার চেষ্টা করলেও তাকে যখন জোর দিয়ে বলা হয়, *যদি আপনি সঠিক উত্তর না দেন তাহলে আপনি আরোগ্য হবেন না এবং চিকিৎসার ক্ষেত্রে আপনার ব্যয় করা সমস্ত অর্থই জলে যাবে।* তখন সে ধীরে-ধীরে তা প্রকাশ করে।

অনেক সময় আমাদের জেরা থেকে মুক্তি পাওয়ার জন্য তারা বলে, *আমার বংশে কোন রোগ নেই।* তখন রোগীর বাবা, ঠাকুরদা, কাকা/জ্যাঠা, পিসি ; মা, দাদু, দিদিমা, মামা, মাসি; ভাই, বোন, ছেলে, মেয়ে, স্বামী/স্ত্রী প্রতিটি ব্যক্তির বিষয়ে ধরে-ধরে জানতে চাইলে সম্পূর্ণ ইতিহাস পাওয়া যায়।

রোগীর স্ব-অর্জিত যৌনরোগের ইতিহাস বের করা আরও কঠিন কাজ হলেও তা জানার জন্য

২। আমাদের থেকে অনেক বেশি সাড়া জাগান সম্ভাবনাময় প্রতিভা, আমাদের সহযোগী, ডাঃ কাঞ্জিলালের অন্যতম সহকারী, অকালে অযত্নে ঝরে গেল; তার কাছে আমি চির-ঋণী কারণ ডাঃ কাঞ্জিলালের কর্মপদ্ধতি অনুধাবন করা ও তাকে বাস্তবে প্রয়োগ করার ক্ষেত্রে সে আমাকে প্রভূত সাহায্য করেছিল।

৩। KANJILAL, J.N.: *The miasmatic approach : Its importance in Homoeopathic prescribing.* **HG**, Vol. XLIX, No. 1, January, 1982, P.8.

রোগীর মূত্রত্যাগের সময় কখনও কোন জ্বালা-যন্ত্রণা বা জননাঙ্গে কোন ঘা ছিল কী-না প্রশ্ন করলে সে আকারে ইঙ্গিতে তা স্বীকার করে। তখনও প্রশ্ন থাকে সেই সত্যতা যাচাইয়ের। উদাহরণস্বরূপ একটি রোগীর কথা বলা যেতে পারে, অতি কষ্টে, সে স্বীকার করে, তার স্ত্রী ছাড়াও অন্য এক মহিলার সাথে তার দৈহিক সম্পর্ক ছিল। এখানে সমস্যা দেখা দিল, সেই মহিলা কোন যৌন-ব্যাধির স্বীকার কী-না। তাকে প্রশ্ন করা হয়, *ঐ মহিলার সাথে তার সম্পর্ক ভালবাসার ভিত্তিতে না অর্থের বিনিময়ে?* তখন সে স্বীকার করে, *অর্থের বিনিময়ে*। সেখান থেকে আমরা সিদ্ধান্ত টানি, তাহলে রোগী নিজেই যৌন-ব্যাধি অর্জন করেছে সেই মহিলার কাছ থেকে।

অনেক সময় চতুর রোগীরা বলে—কোন প্রকাশ্য মূত্রালয়ে মূত্রত্যাগ করার পর থেকে তার এই রোগের সৃষ্টি। *হ্যানিম্যানের চিররোগতত্ত্বের নির্দেশাবলি থেকে আমরা জানি,* **যৌন-ব্যাধি এমনভাবে সংক্রমিত হয় না**। রোগী সত্য গোপন করার জন্য এই গল্পের অবতারণা করেছে। আবার অনেক শুভবুদ্ধিসম্পন্ন রোগী একথা সরাসরি স্বীকারও করে।

আমরা অনেক সময় রোগিণীর চিকিৎসার সময় জানতে পারি, বিয়ের পূর্বে তার মাসিক নিয়মিত ও স্বাভাবিক ছিল কিন্তু বিয়ের পর থেকেই তার মাসিকের গোলযোগ সৃষ্টি হয়েছে। সেক্ষেত্রে বুঝতে হবে, সে তার স্বামীর কাছ থেকেই যৌন-ব্যাধির শিকার হয়েছে। তবে এক্ষেত্রে অনেক সময় মেয়েরা বিয়ের আগে রোগ-ভোগের কথা গোপন করে। তাই সেই বিষয়ে নিশ্চিত হয়ে নিতে হবে।

রোগী বা রোগিণীকে **একান্ত ব্যক্তিগত প্রশ্ন করার সময় সেখান থেকে তার সহযোগীদের সরিয়ে দিতে হবে** কারণ তা না হলে তারা তাদের ব্যক্তিগত গোপনীয়তা রক্ষার স্বার্থে সঠিক তথ্য দেবে না।

দিন কয়েক পূর্বের কথা, এক বৃদ্ধ রোগীকে প্রশ্ন করা হয়, *আপনি কান্নাকাটি কেমন করেন?* উত্তরে তিনি বলেন, *কাঁদব কেন? মোটেই কাঁদি না।* কিন্তু পরে তার বাবার সম্বন্ধে প্রশ্ন করতেই যে চোখের জল বের হতে শুরু হল তা তার পরেও ঘণ্টা খানেকে বন্ধ হল না। একা থাকলে সব সময় বাবার কথা মনে পড়ে এবং সে কাঁদে, যদিও তার বয়স প্রায় ৬০ বছর এবং বছর ২০ আগে তার বাবা মারা যায়।

সব থেকে কঠিন কাজ হল মানসিক লক্ষণ সংগ্রহ করা। এক্ষেত্রে আমরা যা করে থাকি, অতি সংক্ষেপে, একমাত্র সেই কথাই বলছি। রোগীকে প্রশ্ন করি, *আপনার মেজাজ কেমন?* এর উত্তরে বেশিরভাগই বলে—*আমার মেজাজ ভালই।* ৭০'এর দশকের কথা। এমনই এক রোগীকে দেখে মনে হ'ল তার মেজাজ খিট্‌খিটে কিন্তু সে বলে, *আমার মেজাজ ভালই।* তাকে যখন প্রশ্ন করি, *দেখুন, আমরা সবাই তো নিজেদের ভাল মনে করি, যদিও তা বাস্তবে সত্য নয়, তাই আপনি বাড়ি থাকলে বাড়ির লোকজনেরা আপনার উপস্থিতিটা কেমনভাবে নেয় বা তারা কী বলে?* তখন তার স্বরূপ বেরিয়ে পড়ে এবং রেগে গিয়ে বলে, *আপনি অহেতুক আমার বাড়ির ব্যাপারে হস্তক্ষেপ করছেন। তারা কী বলে না বলে তাতে আপনার কী আসে যায়?*

সন্দেহ-প্রবণ লক্ষণ পাওয়ার ক্ষেত্রে প্রশ্ন করি— *যে যাই বলে তাই কী আপনি প্রথমে বিশ্বাস করেন না তা দেখে নিয়ে তবেই বিশ্বাস করেন?* উত্তরে যারা সন্দেহ-প্রবণ তারা বলে—*কোন কিছু না দেখে কী কেউ বিশ্বাস করে?* বা *আমি আগে সবকিছু দেখেনি, তারপর তা বিশ্বাস করারমত হলেই বিশ্বাস করি।*

আবার স্থির-বিশ্বাস (fixed idea) জানার ক্ষেত্রে প্রশ্ন করি, *আপনি হয়ত একটা কাজ একরকমভাবে করতে চান কিন্তু আপনার বন্ধুরা/শুভানুধ্যায়ীরা/বাড়ির লোকেরা যদি তা অন্যভাবে করার কথা বলে এবং সেইকাজে তেমন কোন খরচের ব্যাপার নাও থাকে তাহলে কি আপনি তাদের কথাই সহজে মেনে নেবেন?* যদি সে বলে, *না, আমি যা ঠিক করব তাই করব। অন্যের কথা শোনার প্রয়োজন বোধ করি না।* বা *অনেক সময় মেনেও নিই।* তখন প্রশ্ন করি, *হয়ত সামাজিক বা পারিবারিক কারণে বাধ্য হয়েই তা*

মেনে নিলেন কিন্তু তাতে আপনার মনে কী প্রভাব হয়? উত্তরে সে বলে, *মনে-মনে একটা জেদ থেকেই যায় কিন্তু যেহেতু তা প্রকাশ করা সম্ভব নয় তাই প্রকাশ করি না।*

দ্বি-চারিতা (duel) সম্বন্ধে জানার ক্ষেত্রে প্রশ্ন করি, *কোন কারণে আপনার হয়ত কারও উপর রাগ হলে কী তাকে জানতে দেন?* উত্তরে সে বলে, *না, কখনই তা জানতে দিই না।*

এমনই অসংখ্য উদাহরণ দেওয়া যেতে পারে কিন্তু তাতে তা বইয়ের আকার নেবে। তাই পরবর্তীতে তা বিস্তারিতভাবে লেখার আশায় এবং বর্তমানে স্থানের স্বল্পতার কথা মাথায় রেখে এখানেই শেষ করছি।

ঘুরিয়ে প্রশ্ন করা প্রসঙ্গে

রোগিলিপি তৈরি করতে হলে শুধু সরাসরি প্রশ্ন না করে ঘুরিয়ে প্রশ্ন করলেই হবে না, মনটাকে সংস্কার-মুক্ত এবং কোন পূর্ব-পরিকল্পিত ধ্যান-ধারণাহীন করতে হবে।[৪] হয়ত রোগীকে কয়েকটি প্রশ্ন করে একটি ওষুধের কথা মাথায় আসল। তখন সম্পূর্ণ রেগিলিপি তৈরি না করে কেবলমাত্র সেই ওষুধটির লক্ষণগুলিকে যাচাই করতে শুরু করলে বেশিরভাগ সময়ই আমরা বিপথগামী হব।

আমাদের মেটিরিয়া মেডিকার জ্ঞানের স্বল্পতার জন্যই কোন রোগী ফর্সা, মোটা ও থলথলে হলেই মনে *ক্যাল্কেরিয়া কার্ব*'এর কথা চলে আস। রোগীটা যে *গ্রাফাইটিস* বা *থাইরয়ডিনামে*'এর হতে পারে, তার চেহারার ভিত্তিতে, তা আমাদের মাথায় আসে না। সাইকোটিক দোষ-দুষ্ট রোগীরা যে মোটা-তাজা হতে পারে তাও আমাদের মনে থাকে না।

ফর্সা, মোটা ও থলথলে রোগী না হলেও অনেক সময় *ক্যাল্কেরিয়া কার্ব*'এর প্রয়োজন হয়। উদাহরণ স্বরূপ বলা যায়—একটি বাচ্চা রোগা-পাতলা, কাল। প্রচণ্ড শীতেও সে সবসময় উলঙ্গ হয়েই থাকত। তার অন্যান্য লক্ষণ *ক্যাল্কেরিয়া কার্ব*'এরমত হওয়ায় আমরা তাকে *ক্যাল্কেরিয়া কার্ব* দিই। প্রচণ্ড শীতেও সবসময় তার উলঙ্গ থাকার প্রবণতা ছিল তাও যেমন চলে যায় সেই সাথে তার অন্যান্য কষ্টও দূর হয়। আবার বলা যায়, রোগী যদি ফর্সা, থলথলে ও মোটা হয় কিন্তু তার অন্যান্য লক্ষণ *ক্যাল্কেরিয়া কার্ব*'এরমত না হয়ে **যদি তা অন্য কোন ওষুধের সার্বিক চরিত্রের সাথে সদৃশ হয় সেখানে আরোগ্যকর ওষুটি হবে সেটিই,** *ক্যাল্কেরিয়া কার্ব* নয়। তাই আমাদের কোন ওষুধের কথা মনে হলেও সেই ওষুধটির কথা চিন্তা না করে রোগী-বিবরণটিকে লিপিবদ্ধ করতে হবে এবং *শেষ বিচারে যে ওষুধটি রোগীর সদৃশ হবে সেটিই রোগীর আরোগ্যকর ওষুধ হবে।*

১। রোগী যেমন ভগবান নয় তেমনই সে অবজ্ঞার পাত্রও নয়। তাই রোগী যা বলে তা যেমন মন দিয়ে শুনতে হবে তেমনই তার সত্যতা সম্বন্ধে নিশ্চিত হতে হবে।

২। সরাসরি প্রশ্ন করলে রোগীরা হ্যাঁ বা না'এর মাধ্যমে উত্তর দেয় বা দিতে পারে। অনেক সময় বিষয়টির গুরুত্ব না বুঝে এবং চিন্তা না করে উত্তর দেওয়ার ফলে সঠিক উত্তর না হয়ে তা বেঠিক উত্তর হয়ে থাকে।

৩। রোগী যাতে চিন্তা করে সঠিক কথাটা সঠিকভাবেই প্রকাশ করতে পারে সেই জন্যই তাকে সরাসরি প্রশ্ন না করে ঘুরিয়ে প্রশ্ন করব।

৪। রোগীকে তার প্রশ্নের সঠিক উত্তর দেওয়ার জন্য ভাবতে দিতে হবে বা ভাবতে সাহায্য করতে হবে। তার হয়ে আমরা ভেবে দেব না। উদাহরস্বরূপ বলা যায়, রোগী হয়ত একটা কষ্টের কথা বলল।

৪। HAHNEMANN, C.F.S. : **Organon of Medicine,** Roysingh & Company, Calcutta 700014, 6th edition, § 83, Pp. 172-173.