

अपाङ्गता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग

प्रस्तुतकर्ता

नेत्रबहादुर शाही

परीक्षा क्रमाङ्क :- २८०८३६

त्रि.वि दर्ता नं.:- ९-१-५८-७३-२००१

त्रिभुवन विश्वविद्यालय, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या शिक्षा विभाग
स्नातकोत्तर तह (एम.एड.) द्वितीय वर्षको पाठ्यभार पूरा गर्नका लागि प्रस्तुत शोधपत्र

त्रिभुवन विश्वविद्यालय

शिक्षा शास्त्र केन्द्रिय विभाग

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या शिक्षा विभाग

फाल्गुन, २०७७

प्रतिबद्धता पत्र

प्रस्तुत शोधपत्रमा स्रोत र सन्दर्भ सूचीका रूपमा प्रयोग गर्ने बाहेक अरुले लेखेका शोधलाई जस्ताको तस्तै हुबहु नक्कल गरिएको छैन । यदि गरिएको पाईएमा यो शोधपत्रलाई बदर गरेमा मञ्जुर हुनेछु ।

शोधकर्ता

.....

नेत्रबहादुर शाही

सिफारिस पत्र

त्रिभुवन विश्वविद्यालय, शिक्षाशास्त्र केन्द्रीय विभाग अन्तर्गत स्वास्थ्य तथा जनसंख्या शिक्षा विभाग, एम.एड दोस्रो वर्षको ५९८ पाठ्याशंको प्रयोजनार्थ प्रस्तुत अपाङ्गता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग शीर्षकको शोधपत्र नेत्रबहादुर शाही द्वारा मेरो निर्देशनमा तयार पारिएको शोधपत्र मूल्याङ्कनका लागि सिफारिस गर्दछु ।

मिति : २६ फेब्रुअरी २०२१

उपप्रा. शान्ति प्रसाद खनाल
शोध निर्देशक
स्वास्थ्य शिक्षा विभाग

स्वीकृति पत्र

नेत्रबहादुर शाही द्वारा प्रस्तुत जुम्ला जिल्ला चन्दननाथ नगरपालिका र तातोपानी गाउँपालिको अपाङ्गता भएका महिलाहरुको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको ज्ञान तथा उपयोग सम्बन्धि अध्ययन शिर्षकको शोधपत्र स्वास्थ्य शिक्षाको स्नाकोत्तर तहका लागि उपयुक्त ठहरिएकाले स्वीकृत प्रदान गरिएको छ ।

मूल्याङ्कन समिति

हस्ताक्षर

१. उप. प्रा. पिताम्बर आचार्य

विभागीय प्रमुख

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या शिक्षा विभाग

केन्द्रीय शिक्षा विभाग कीर्तिपुर

.....

अध्यक्ष

२. उप. प्रा. शान्ति प्रसाद खनाल

शोध निर्देशक

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या शिक्षा विभाग

केन्द्रीय शिक्षा विभाग, कीर्तिपुर

.....

सुरपरिवेक्षक

३. प्रा.डा. दिपबहादुर अधिकारी

शिक्षा शास्त्र केन्द्रीय विभाग

त्रि.वि कीर्तिपुर

.....

बाह्य परिवेक्षक

मिति : १२ मार्च २०२१

कृतज्ञता ज्ञापन

प्रस्तुत अध्ययन अपाङ्गता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग शीर्षकको शोधपत्र लेखनका क्रममा उचित परामर्श र कुशल निर्देशन गर्नुहुने शोध निर्देशक आदरणीय गुरु शान्ति प्रसाद खनाल ज्यू प्रति हार्दिक कृतज्ञता ज्ञापन गर्दछु ।

यस्तै अध्ययनका क्रममा शोध कार्यकै लागि आवश्यक सल्लाह सुझाव दिनुहुने स्वास्थ्य तथा जनसंख्या शिक्षा विभागका विभागीय प्रमुख उपप्राध्यापक आदरणीय गुरु पिताम्बर आचार्य ज्यू लगायत स्वास्थ्य तथा जनसंख्या शिक्षा विभाग सम्पूर्ण गुरुहरुप्रति म अत्यन्तै आभारी छु । तथ्याङ्क संकलनमा सहयोग गर्नुहुने अध्ययन क्षेत्रका अपाङ्गता भएका महिलाहरुलाई हार्दिक आभार प्रकट गर्दछु ।

प्रस्तुत शोधपत्र तयार पार्ने सिलसिलामा मलाई प्रत्यक्ष रुपमा सहयोग गर्नुहुने दाजु खम्बा शाही, श्रीमति शिवा शाही र सम्पूर्ण शुभचिन्तकहरु प्रति समेत आभार प्रकट गर्दछु ।

मिति : २६ फेब्रुअरी २०२१

नेत्रबहादुर शाही

शोधकर्ता

शोधसार

प्रस्तुत अध्ययन अपाङ्गता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग सम्बन्धी शीर्षकमा तयार गरिएको छ । यस अध्ययनको मुख्य उद्देश्य अपाङ्गता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगको विश्लेषण गर्नु रहेको छ । यो अध्ययन जुम्ला जिल्ला चन्दननाथ नगरपालिका र तातोपानि गाउँपालिकाको ९० जना अपाङ्गता भएका महिलालाई गरिएको छ । यस अध्ययनमा उत्तरदाताको जनगणना विधिको प्रयोग गरी उत्तरदाता छनोट गरिएको छ । यो अध्ययन व्याख्यात्मक र परिमाणात्मक अनुसन्धान ढाँचामा आधारित छ । यस अध्ययनमा तथ्याङ्कलाई तथ्याङ्कशास्त्रीय विधिको प्रयोग गरि शीर्षक, उपशीर्षकहरूमा विभाजन गरी तालिकाको माध्यमद्वारा सहज र बुझ्न सकिने गरी व्याख्या विश्लेषण गरिएको छ ।

यस अध्ययनमा अपाङ्गता भएका महिलाहरूको उमेर १५-२० वर्ष उमेरमा (५० प्रतिशत), महिनावारी भएको समयमा (५६.६६ प्रतिशत) उत्तरदाताहरूले नरम कपडा प्रयोग गर्ने (५६.६६ प्रतिशत) महिनावारी भएको समयमा स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिने (२५.५५ प्रतिशत) ३ पटक गर्भ जाँच गर्ने (३८.८९ प्रतिशत) रहेको पाइयो । त्यसैगरी गर्भावस्थामा गर्भजाँच गर्न (२८.८९ प्रतिशत) स्वास्थ्य चौकीमा, (४६.६६ प्रतिशत) स्वास्थ्यचौकीबाट औषधी लिने गरेको, प्रसुति हुँदा (३४.४४ प्रतिशत) महिलाहरू घरमा हुने गरेको, घरमा सुत्केरी गराउँदा (५४.८४ प्रतिशत) महिलाहरूले स्थानीय महिलाको सहयोग लिने गरेको पाइयो । जन्मान्तरका सम्बन्धमा (५० प्रतिशत) महिलाहरूले २ वर्षको जन्मान्तर राखेको पाइयो । धेरैजसो (३९.९२ प्रतिशत) महिलाहरूले स्वयंमसेवीकाबाट परिवार नियोजन सम्बन्धी सेवा लिने गरेको देखिन्छ । सबैभन्दा बढी (३७.७७ प्रतिशत) महिलाहरूले ३ महिने सुई प्रयोग गर्ने गरेको पाइयो । अधिकांश (४८.७२ प्रतिशत) ले स्वयंमसेविकाको सल्लाह लिने गरेको पाइयो । घरदेखि स्वास्थ्य संस्थासम्म जान १ घण्टा भन्दा बढि लाग्छ भन्ने महिलाहरू (५७.७८ प्रतिशत), (४४.४४ प्रतिशत) महिला स्वास्थ्य संस्था पुगेको आधा घण्टापछि मात्र सेवा लिएको, (५५.५५ प्रतिशत) महिलाहरूका अनुसार नकारात्मक व्यवहार गर्ने गरेको, तल्लो पेट दुख्ने सम्बन्धी समस्या भएका (२६.६७ प्रतिशत), स्वास्थ्य समस्या (७७.७८ प्रतिशत) ले कसैलाई पनि नदेखाउने गरेको पाइयो । स्वास्थ्य संस्थामा स्वास्थ्य जाँच गराउन जाँदा लगभग (३८.८९ प्रतिशत) महिलाले घण्टौं लाइनमा बस्नुपर्ने, यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी छैन भन्ने (६२.२२ प्रतिशत) उत्तरदाता पाइयो । विभिन्न समस्याहरूले गर्दा अपाङ्गता

भएकामहिलाहरुको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगमा बाधा गरेको निष्कर्ष निकाल्न सकिन्छ ।

विषय सूची

	पेज नं.
प्रतिबद्धता	क
सिफारिस	ख
स्वीकृति पत्र	ग
कृतज्ञता ज्ञापन	घ
शोधसार	ङ
विषय सूची	छ
तालिका सूची	ज
सङ्क्षिप्त शब्दावलीको पूरा रूप	ठ
परिच्छेद एक परिचय	१-७
१.१ अध्ययनको पृष्ठभूमि	१-३
१.२ समस्याको कथन	३-५
१.३ अध्ययनको उद्देश्य	५
१.४ अध्ययनको महत्त्व	६
१.५ अध्ययनको परिसीमाहरू	६
१.६ मुख्य शब्दावलीहरूको अर्थ तथा परिभाषा	७
परिच्छेद दुई सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन र अवधारणात्मक ढाँचा	९-२३
२.१ सैद्धान्तिक साहित्यको पुनरावलोकन	९-१६
२.२ प्रयोगात्मक साहित्यको पुनरावलोकन	१६-२२
२.३ अध्ययनको अवधारणात्मक ढाँचा	२३
परिच्छेद तीन अध्ययनको विधि र प्रक्रिया	२४-२५
३.१ अध्ययनको ढाँचा र विधि	२२४
३.२ जनसङ्ख्या, नमुना र नमुना छनौट विधि	२४
३.३ अध्ययन क्षेत्र	२४
३.४ तथ्याङ्क सङ्कलनका साधन र प्रक्रिया	२४

३.५ तथ्याङ्क सङ्कलन प्रक्रिया	२५
३.६ तथ्याङ्कको व्याख्या र विश्लेषण प्रक्रिया	२५
परिच्छेद चार : तथ्यांकको विश्लेषण र व्याख्या	२६-२७
४.१ सामाजिक आर्थिक अवस्था	२६
४.१.१ उमेर	२६
४.१.२ धर्म	२७
४.१.३ महिलाको शैक्षिक अवस्था	२७
४.१.४ परिवारको प्रकार	२८
४.१.५ आम्दानीको स्रोत	२९
४.१.६ अपाङ्गता परिचयपत्र	२९
४.१.२ अपाङ्गताको प्रकार	३०
४.१.३ यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग	३०
४.२.१ विवाहको उमेर	३१
४.२.२ महिनावारी भएको समयमा प्रयोग गरिने सामग्री	३२
४.२.३ महिनावारी भएको समयमा स्वास्थ्य संस्थाबाट लिइने सेवा	३२
४.२.४ गर्भावस्थामा गर्भ जाँच गर्न जाने संस्था	३३
४.२.५ गर्भ जाँच गर्ने समय सम्बन्धी विवरण	३३
४.२.६ गर्भावस्थामा प्रयोग गरिने औषधी लिने संस्था	३४
४.२.७ प्रसूती हुँदा जाने ठाउँ सम्बन्धी विवरण	३४
४.२.८ घरमा सुत्केरी गराउँदा लिने सहयोग	३६
४.२.९ दुई बच्चा बीचको जन्मान्तर	३७
४.२.१० परिवार नियोजनको सेवा	३८
४.२.११ अस्थायी साधनको प्रयोग	३८
४.२.१२ स्वास्थ्य कार्यकर्ताको सल्लाह	३९
४.२.१३ घरदेखि स्वास्थ्य संस्था पुग्न लाग्ने समय	४०
४.२.१४ स्वास्थ्य संस्थामा पुगेपछि सेवा प्राप्त गर्न लाग्ने समय	४०
४.२.१५ स्वास्थ्य कार्यकर्ताको व्यवहार	४१
४.३ यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या तथा समस्या	

समाधान गर्न गरिनुपर्ने पहलहरू	४२
४.३.१ यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या	४२
४.३.२ यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या देखा परेको समय	४३
४.३.३ यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या नदेखाउनुको कारण	४५
४.३.४ स्वास्थ्य संस्थामा भोगेको समस्या	४५
४.४ अध्ययनको प्राप्तिको शारांस	४८
परिच्छेद पाँच : निष्कर्ष र सुझाव	४८-५०
५.१ निष्कर्ष	४८-४९
५.२ सुझावहरू	४९-५०
५.२.१ नितिगत तह	४९
५.२.२ अभ्यास तह	४९
५.२.३ अनुसन्धान तह	५०

सन्दर्भ सूची

अन्तर्वार्ता सूची

तालिका सूची

पेज नं.

तालिका १ : उमेरगत विवरण	२६
तालिका २ : धर्मगत विवरण	२७
तालिका ३ : महिलाको शैक्षिक अवस्था सम्बन्धी विवरण	२८
तालिका ४ : परिवारको प्रकार सम्बन्धी विवरण	२८
तालिका ५ : आम्दानीको स्रोत सम्बन्धी विवरण	२९
तालिका ६ : अपांगताको परिचयपत्र	२९
तालिका ७ : अपांगताको प्रकार	२९
तालिका ८ : विवाहको उमेर सम्बन्धी विवरण	३१
तालिका ९ : महिनावारी भएको समयमा प्रयोग गरिने सामग्री सम्बन्धी विवरण	३१
तालिका १० : महिनावारी भएको समयमा स्वास्थ्य संस्थाबाट लिइने सेवा	३२
तालिका ११ : गर्भावस्थामा गर्भ जाँच गर्न जाने संस्था सम्बन्धी विवरण	३३
तालिका १२ : गर्भ जाँच गर्ने समय सम्बन्धी विवरण	३४
तालिका १३ : गर्भावस्थामा प्रयोग गरिने औषधी लिने संस्था सम्बन्धी विवरण	३५
तालिका १४ : प्रसूती हुँदा जाने ठाउँ सम्बन्धी उत्तरदाताको वितरण	३६
तालिका १५ : घरमा सुत्केरी गराउँदा लिने सहयोग सम्बन्धी विवरण	३७
तालिका १६ : दुई बच्चाबीचको जन्मान्तर सम्बन्धी विवरण	३७
तालिका १७ : परिवार नियोजनको सेवा सम्बन्धी विवरण	३८
तालिका १८ : अस्थायी साधनको प्रयोग सम्बन्धी विवरण	३८
तालिका १९ : स्वास्थ्य कार्यकर्ताको सल्लाह सम्बन्धी विवरण	३९
तालिका २० : घरदेखि स्वास्थ्य संस्था पुग्न लाग्ने समय सम्बन्धी विवरण	४०
तालिका २१ : स्वास्थ्य संस्थामा पुगेपछि सेवा प्राप्त गर्न लाग्ने समय सम्बन्धी विवरण	४१
तालिका २२ : स्वास्थ्य कार्यकर्ताको व्यवहार सम्बन्धी विवरण	४१
तालिका २३ : यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी देखिएका समस्या सम्बन्धी विवरण	४३
तालिका २४ : यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी देखिएका समस्याको समय सम्बन्धी विवरण	४३
तालिका २५ : यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्याको पहिचान	

सम्बन्धी विवरण	४४
तालिका २६: यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या नदेखाउनुको कारणको विवरण	४५

संक्षिप्त शब्दावलीको पूरा रूप

एच.आइ.भि.	:	ह्युमन इम्युनो डिफिसियन्सी भाइरस
एन.डि.एच.एस्.	:	नेपाल डेमोक्राफि हेल्थ सर्भिस
एम.एड.	:	मास्टर्स अफ एजुकेसन
गा.पा.	:	गाउँपालिका
न.पा.	:	नगरपालिका
नं.	:	नम्बर
यू.एस.ए.	:	युनाइटेड स्टेट अफ अमेरिका
वि.सं.	:	विक्रम संम्वत्
सि.इ.वि.	:	चाइल्ड इभन बर्थ

परिच्छेद एक

परिचय

अध्ययनको पृष्ठभूमि

सन् १९९४ मा इजिप्टको राजधानी कायरोमा सम्पन्न जनसङ्ख्या तथा विकास सम्बन्धमा अन्तराष्ट्रिय सम्मेलनमा यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्यको बारेमा जानकारी एवम् शिक्षा दिने विषयमा छलफल भई कार्यान्वयन पक्षमा लैजान सहभागी राष्ट्रहरूका सरकारी तथा गैर सरकारी निकायहरूले प्रतिबद्धता समेत व्यक्त गरेपछि मात्र यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्यको विषयवस्तुलाई प्राथमिकता दिई यौन तथा प्रजनन् स्वास्थ्यका विषयमा विशेष जोड दिन थालेको पाइन्छ, (बुढाथोकी, २०६८) । यौन मानव जीवनको प्रत्येक पक्षसँग जोडिएको अति महत्त्वपूर्ण विषय हो । यसले एउटा व्यक्तिको जैविक अवस्थालाई जनाउँछ । यसलाई आम रूपमा महिला, पुरुष वा यी दुई विचको अवस्थामा वर्गीकरण गर्न सकिन्छ । अमेरिकन साइकोलोजिकल एसोसिएनका अनुसार- यौन भन्नाले एउटा व्यक्तिको जैविक अवस्थालाई जनाउँछ । यसलाई आम रूपमा महिला, पुरुष वा यी दुई विचको अवस्थामा वर्गीकरण गर्न सकिन्छ । यौन मानव जीवनको प्रत्येक पक्षसँग जोडिएको अति महत्त्वपूर्ण विषय हो । यसको विषयवस्तु, कला, संस्कृति, साहित्य, दर्शन, धर्मग्रन्थ, कानून, इतिहास, समाज तथा राजनीतिशास्त्र आदि सबै क्षेत्रमा उल्लेख भएको पाइन्छ (कार्की, २०६५) ।

खाना खाने, सुत्ने कुराको समय हुन्छ त्यस्तै सेक्स पनि समयमा गर्दा नै राम्रो हुन्छ । त्यस्तै यौन सम्पर्क गर्न सही उमेर, सही समय, सही वातावरणमा सही व्यक्तिसँग यौन सम्पर्क गर्दा डराउनु पर्ने, लजाउनु पर्ने हुँदैन । यसरी यौनमा द्वैध चरित्र देखाउँदा कतिपय मानिसहरूमा अनावश्यक कौतुहलता जाग्ने अनि भिन्न गुम्स्याएर राखेको यौन कुण्ठा बाहिर आउँदा अपराध पनि गर्ने गर्दछन । त्यसैले यौन विषयमा समाज अलिक खुला हुन सकेमा बलात्कार जस्ता अपराधमापनि कमी आउने देखिन्छ (लुकेको समाज, २०१४) ।

पूर्वीय सभ्यतामा धर्म, अर्थ, काम, मोक्ष यी चारै विषयलाई सफलता साथ अघि बढाउनुलाई पुरुषार्थ वा मानवीय पौरख मानिन्थ्यो । यी सबै विषयलाई सफलता साथ अघि बढाउनलाई पूर्वयौनको बारेमा औपचारिक शिक्षा दिइन्थ्यो । बात्सयन र जयदेव जस्ता मनिषीहरूले 'कामसूत्र' शास्त्रलाई दाम्पत्य जीवनका आधार ग्रन्थ मानिन्छ । त्यही पश्चिमी जगतमा यौन मनोविज्ञानका रूपमा विकसित हुँदै आयो । त्यसै समयमा सिगमण्ड फ्रायड र एडसार जस्ता यौन मनोविश्लेषकहरू विश्व विख्यात भए । त्यस विषयमा नेपालको साहित्य र शिक्षा अहिले केही गह्रुङ्गा पाइलाहरू

सहित अधि बढ्न लागेको छ । पूर्वयौनका बारेमा वस्तुगत र भावनागत स्वास्थ्य जानकारी हुनु किशोर किशोरीहरूमा आवश्यक छ (पश्रीत, २०६७) ।

प्रजनन भन्नाले १५-४९ वर्ष सम्मको महिलाहरूको सन्तान उत्पादन गर्ने प्रक्रियालाई बुझाउँछ । यस प्रक्रियालाई विशेष गरी प्रजननदरलाई जैविक, आर्थिक, सामाजिक, सांस्कृतिक, भौगोलिक तथा राजनीतिक तत्वहरूले प्रभाव पारिरहेका हुन्छन् । यसरी जैविक तत्वविच प्रभाव पार्ने तत्वहरू प्रजनन अवधि, प्रजनन क्षमता, अस्थायी बाँझोपनको अवधि, किशोर अवस्थाको बाँझोपन, बंशाणुक्रम तथा गर्भपतन जस्ता तत्वहरूले प्रजननदरलाई उच्च र न्यून बनाउने क्रममा प्रभाव पारिरहेका हुन्छन् । महिलामा प्रजननदर उच्च रही जनसङ्ख्या वृद्धि हुन सहयोग पुऱ्याएको हुन्छ भने आर्थिक तत्वविच परिवारमा उच्च स्तरको आम्दानी छ । त्यस्तो परिवारमा पोषणयुक्त खानेकुराका कारण इस्ट्रोजन नामको हर्मन कम उत्पादन भई प्रजनन क्षमता न्यून हुन्छ भने आएस्रोत कम भएका महिलाहरूमा पोषणयुक्त खानेकुराको अभावमा प्रजनन क्षमता उच्च रहने देखिन्छ । सामाजिक र आर्थिक तत्व विचमा विवाहको उमेर, शिक्षाको स्तर, स्वास्थ्य सुविधा जस्ता तत्वहरूले प्रभाव पार्ने हुँदा जुन महिलाहरूले २० वर्ष पछि विवाह गर्छन् त्यस्तो महिलामा प्रजनन अवधि छोटो र १५ वर्ष वा १५ वर्ष अगाडि विवाह गर्ने महिलाको प्रजनन अवधि बढी हुन गई प्रजननदर उच्च रहने गर्दछ (विष्ट र जोशी, २०६८) ।

यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यले जीवन योजना र प्रजनन स्वास्थ्य व्यवहार र प्रक्रियाको निर्णय गर्न, साथै उनीहरूलाई अनिच्छित गर्भधारण, यौन प्रसारित रोगहरू, असुरक्षित यौन सम्पर्क, यौनशोषण, असुरक्षित गर्भपतनबाट सुरक्षा दिन र शारीरिक विकासलाई सराहना गराउन र लैङ्गिक समताप्रति सचेत पार्न आवश्यक सीपहरू प्रदान गर्न मद्दत गर्दछ । प्रजनन स्वास्थ्यका सम्बन्धमा विश्व स्वास्थ्य संघले दिएको परिभाषामा प्रजनन स्वास्थ्य शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक सुख सुविधाको पूर्णता रहेको अवस्था हो । रोग तथा दुर्बलता नहुनु मात्र प्रजनन स्वास्थ्य होइन, यसमा प्रजनन प्रणाली र यसका कार्य तथा प्रक्रियासँग सम्बन्धित सबै कुराहरू पर्दछन् । यसमा प्रजनन प्रणाली र यसका कार्य तथा प्रक्रियासँग सम्बन्धित सबै कुराहरू पर्दछन् (कार्की, २०६७) ।

नेपालमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यको उपयोगको स्थितिलाई नियालेर हेर्ने हो भने विद्यालयको पछिल्लो परिवर्तन भएको माध्यमिक विद्यालय तहको पाठ्यक्रममा प्रजनन तथा यौन स्वास्थ्यका विभिन्न विषयवस्तुका पाठ्यांशहरू समावेश गरियो । यसरी समावेश गर्दा समाजले पचाउन

नसकिने तथा सामाजिक, सांस्कृतिक मूल्य मान्यता विपरितका शिक्षा भित्र्याइयो साथै विद्यालयलाई वेश्यालय बनाउने भए भन्ने आरोप पाठ्यक्रम निर्माताहरूले सामना गर्नु पर्‍यो पछि यो विषय विद्यार्थीको एउटा रूचि, आवश्यकता र आकर्षित विषयको रूपमा स्थापित भएको छ। हाल माध्यमिक विद्यालयको परिवर्तित पाठ्यक्रम प्रारूप २०७२ अनुसार आधारभूत र मावि तहको अनिवार्य स्वास्थ्य, जनसङ्ख्या तथा वातावरण शिक्षा विषयमा यौन शिक्षा सम्बन्धी पाठ्यांश समावेश गरिएको पाइन्छ (राना, २०६५)।

अपाङ्गता एक शारीरिक अवस्था हो। सामाजिक बहिष्कारण, अवसरको पहुच नहुनु, सोही अनुसारका भौतिक सरंचनाले अवरोध हुनु सहितका विभिन्न समस्याहरू यसमा हुन्छन्। “शारीरिक अपाङ्गता स्नायु, मासपेशी र जोनर्नी तथा हड्डीको बनावट एवं सञ्चालनमा समस्या भएको कारणबाट कुनै व्यक्तिको अङ्गको सञ्चालन, प्रयोग र हिँडडुलमा समस्या आउनु हो (नेपाल सरकार अपाङ्गता स्रोत पुस्तिका २०७१) नेपालको कुल जनसंख्या २ करोड ६४ लाख ९४ हजार ५ सय ४ छ। जसमध्ये ५१ दशमलव ५ प्रतिशत महिला छन्। त्यसैगरी पुरुष ४८ दशमलव ५ प्रतिशत छन्। संसारमा नेपालका सामाजिक सूचकहरू दक्षिण एसिया क्षेत्रका लागि औसतभन्दा तल नै छन्। नेपालको कूल जनसंख्याको १.९४ प्रतिशत अर्थात् पाँच लाख १३ हजार ३२१ जना) अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू रहेका छन्। सो अपाङ्गता भएका कूल जनसंख्याको ८९.३२ प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रमा बसोबास गर्छन् (केन्द्रीय तथ्यांक विभाग, २०६८)। अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई भरपुर शिक्षा, स्वास्थ्य र पुनर्स्थापनामा खासै प्रथमिकता नदिदा केहीले सडकमा जीवन वेतित गरिरहेका छन्। प्रजनन स्वास्थ्यमा अपाङ्गता भएका महिलालाई त्यो शिक्षा र ज्ञान खासै पुगेको देखिदैन। (राष्ट्रिय अपाङ्ग महासंघ नेपाल वेवसाईट, २०५६)। तसर्थ यस विषयमा रहेर जुम्ला जिल्ला, चन्दननाथ नगरपालिका र तातोपानि गाउँपालिकामा रहेका अपाङ्गता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग सम्बन्धी अध्ययन गरिएको छ।

समस्याको कथन

नेपाली समाजमा यौनको तथा अपाङ्गको बारेमा सङ्कुचित धारणा रहेकोछ (महर्जन, २०६८) । अपाङ्गता भएका महिलाहरूको प्रजनन अधिकारलाई सुनिश्चित गर्न सम्पूर्ण अस्पतालमा अपाङ्गतामैत्री प्रसुतिकक्षको व्यवस्था गर्ने भन्ने उल्लेख छ, (अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको मानवअधिकार सम्बन्धी राष्ट्रिय सम्मेलन काठमाण्डौ घोषणापत्रम, २०७५) स्वास्थ्यमा अपाङ्गता भएका किश्वरीहरू र युवतीहरूको अधिकारको बारेमा प्रतिवेदन सार्वजनिक गरिएको छ । त्यस प्रतिवेदनमा विश्वभरि, युवा युवती र अशक्तता भएका केटीहरूले सेवाहरू र शिक्षामा पहुँच गर्न ठूलो प्रतिबन्धको सामना गर्छन् । यौन र प्रजनन स्वास्थ्य र अधिकारहरू दुवै यौन र प्रजननमा निर्णय लिन सक्षम हुनुको साथै सुविधाहरू र सेवाहरू को पहुँच को लागी यी सम्बन्धित छ (संयुक्तराष्ट्र मानव अधिकार उच्चायोग २०१७) । अशक्तता भएका व्यक्तिहरूमा यौन र प्रजनन स्वास्थ्य स्वास्थ्यको बारेमा ज्ञान अक्सर अपर्याप्त छ । किशोर र युवा शारीरिक अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूमा सामाजिक रूपले कम सक्रिय छन् । उनिहरूमा घनिष्ठ सम्बन्ध विकास गर्न कठिनाईहरू छन् (नेपाल नेशनल काउन्सिलमा, २०१२)

अपाङ्गता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यका विषयवस्तुहरूको बारेमा यथार्थ ज्ञानको पर्याप्तता छैन । सामाजिक रूपमा विभिन्न समुदायमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग सम्बन्धी ज्ञानको कमी रहेको छ । जसका कारणले जनसंख्या वृद्धि हुँदै गइरहेको पाइन्छ । सामाजिक रूपमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी सरकारी स्तरबाट प्रभावकारी चासो दिइएको देखिदैन । महिलाहरूको प्रजनन स्वास्थ्यका कारणले विभिन्न महिलाहरू अल्पायुमै मृत्यु हुने गरेको पाइन्छ भने अर्कातिर विभिन्न यौनजन्य रोगहरूको प्रकोप बढ्दो क्रममा देखिएको छ । यौन शिक्षा र प्रजनन स्वास्थ्यको बारेमा यथार्थ ज्ञानको अभावका कारणले यौनिक रूपले सक्रिय महिलाहरू असुरक्षित तथा अस्वस्थकर यौन व्यवहार तथा गतिविधिमा संलग्न हुन्छन् । परिणाम स्वरूप महिलाहरू विभिन्न किसिमका यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य समस्याबाट ग्रसित हुन्छन् । यसर्थ नेपाली समाजमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको जैविक, सामाजिक, सांस्कृतिक, मनोवैज्ञानिक, आर्थिक तथा नैतिक पक्षका बारेमा अध्ययन अनुसन्धान नगरिनु एक मुख्य समस्याको रूपमा रहेको छ । समाजमाअझै पनि विभिन्न किसिमका यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी गलत धारणाहरू विद्यमान रहेका छन् । छोरा जन्माउने महिलालाई राम्रो दृष्टिकोणले हेरिनु, छोराछोरी भगवान्ले दिएका हुन् भन्ने ठान्नु आदि यौन सम्बन्धी व्याप्त रूढिग्रस्त धारणाहरू रहेका छन् । त्यसैले आजको

युगमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग सम्बन्धी अध्ययन एक मुख्य समस्याको रूपमा देखिएको छ ।

यसै सन्दर्भमा जुम्ला जिल्लाको सन्दर्भमा अपागता भएका महिलाहरूमा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग सम्बन्धी धेरै अध्ययन भएको देखिदैन । अपागता भएका महिलाहरूमा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग न्यून मात्रामा रहेको छ । यसर्थ चन्दननाथ नगरपालिका र तातोपानि गाउँपालिकामा रहेका अपागता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग को अवस्था कस्तो छ, भनी यसलाई एक समस्याको रूपमा अध्ययन गर्न लागिएको हो । यस अध्ययनमा अपागता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको प्रयोगको अवस्था कस्तो रहेको छ ? यिनि सेवाको प्रयोगमा के कस्ता समस्याहरू रहेका छन् ? जस्ता समस्याहरूलाई यस अध्ययनमा मुख्य समस्याको रूपमा अध्ययन गरिएको छ ।

अध्ययनको उद्देश्य

यस अध्ययनको मुख्य उद्देश्य यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगको विश्लेषण गर्नु रहेको छ, भने यसका अन्य उद्देश्यहरू निम्नानुसार रहेका छन् ।

- (क) अपाङ्गता भएका महिलाको सामाजिक आर्थिक अवस्थाको अवस्था पहिचान गर्नु ।
- (ख) अपाङ्गता भएका विवाहित महिलामा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगको अवस्था पत्ता लगाउनु ।
- (ग) अपाङ्गता भएका महिलामा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगका क्रममा देखिएका समस्याहरूको पहिचान गर्न ।

अध्ययनको महत्व

प्रस्तुत अध्ययनमा विवाहित महिलाहरूको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्यको उपयोग सम्बन्धी अध्ययनको पनि आफ्नै महत्व रहनेछ । यस अध्ययनका उपयोगनिम्न बुढामा उल्लेख गरिन्छ ।

- (क) यस अध्ययनले अपागता भएका महिलाको सामाजिक आर्थिक अवस्था सम्बन्धी तथ्याङ्क उपलब्ध गराउने छ ।
- (ख) अपागता भएका महिलाका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगको अवस्थाबारे जानकारी दिनेछ ।

- (ग) अध्ययन क्षेत्रका अपाङ्गता भएका महिलामा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग नहुनुका कारणहरूको बुझ्न मद्दत गर्नेछ ।
- (घ) सरकारी तथा गैरसरकारी संघ संस्था, योजनाकार, तथा पाठ्यक्रम निर्माताहरूका लागि महिला लक्षित ठोस तथा प्रभावकारी नीति तथा रणनीति निर्माण गर्न यो अध्ययन गर्न उपयोगी रहने छ ।
- (छ) यो अध्ययन भावि अध्ययन गर्ने अध्ययन कर्ताहरूको लागि शोध सन्दर्भ सामाग्रीको रूपमा सहयोग गर्नेछ ।

अध्ययनको परिसीमा

यस अध्ययनका परिसीमाहरू निम्नानुसार रहेका छन् :

१. यो अध्ययन अपाङ्गता भएका महिलाहरूको यौन तथा प्रजनन सेवाको उपयोगमा सीमित छ । यो अध्ययन “अपाङ्गता भएका महिलामा मात्र गरिएको छ ।
२. यस अध्ययन जुम्ला जिल्लाको तातोपानी गाउँपालिका र चन्द्रननाथ नगरपालिकालाई मात्र लिइएको छ ।
३. यो अध्ययन मुख्यतया अपाङ्गता भएका महिलाहरूको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगमा केन्द्रीत छ ।
४. यस अध्ययनमा प्रजनन स्वास्थ्यको उपयोग अन्तर्गत स्वास्थ्य परीक्षण, महिनावारी, गर्भधारण, गर्भावस्था, प्रसुती सेवा, परिवार नियोजनका साधनको प्रयोग, साधनका प्रकार, परिवार नियोजनका साधन उपलब्ध हुने स्थान, जन्मान्तर, विवाहको उमेर, यौन रोगजस्ता विषयहरूलाई मात्र समेटिएको छ ।

मुख्य शब्दावलीको अर्थ तथा परिभाषा

अपाङ्गता. एक शारीरिक अवस्था जसमा सामाजिक बहिष्कारण, अवसरको पहुँच नहुनु, सोही अनुसारका भौतिक संरचनाले अवरोध हुनु ।

गर्भावस्था : गर्भवती भएको महिलाको अवस्था (२८० दिन वा ४० हप्ता) लाई बुझाउँछ ।

गर्भपतन : पाठेघरभन्दा बाहिरको वातावरणमा बाँच्न नसक्ने भ्रूण खेर जानु वा २८ हप्ता भन्दा अगाडिको गर्भ खेर जानुलाई गर्भपतन भनिन्छ ।

गर्भवती : गर्भमा बच्चा भएकी महिलालाई बुझाउँछ ।

प्रजनन : १५-४९ वर्ष उमेरका महिलाले बच्चा जन्माउने क्षमतालाई जनाउँछ ।

यौन : पुरुष र महिलाका बीच सम्बन्ध प्रगाढ बनाउने प्राकृतिक उपाय ।

रजस्वला : हरेक प्रजनन उमेरका महिलामा प्रत्येक महिनामा यौनिबाट रगत बग्नु ।

लिङ्ग भेद: लिंगको आधारमा महिला र पुरुषबीच हुने भेदभाव ।

विभेद : भेदभावपूर्ण व्यवहार ।

शिशु : १ वर्ष मुनीको नाबालक बच्चालाई बुझाउँछ ।

अपाङ्गता : अपाङ्गता भएका व्यक्ति भन्नाले शारीरिक मानसिक बौद्धिक तथा ईन्द्रिय सम्बन्धी दिर्घकालिन समस्या, कार्यगत सिमितता वा विद्यमान अवरोधका कारण अन्य व्यक्ति सरह समान आधारमा पूर्ण र प्रभावकारी ढंगले सामाजिक जीवनमा सहभागी हुन बाधा भएका व्यक्ति रातो परिचयपत्र पूर्ण अशक्तता भएका व्यक्तिहरूले पाउने : परिचयपत्र ।

निलो परिचयपत्र : व्यक्तिक क्रियाकलाप सम्पादन गर्न तथा सामाजिक क्रियाकलापमा संलग्न हुन निरन्तर अरूको सहारा लिनुपर्ने व्यक्तिलाई दिईने परिचयपत्र **पहेलो परिचयपत्र :** शिक्षा वा तालिम भएमा अरूको सहयोग लिई वा नलिई नियमित रूपमा आफ्नो दिनचर्या र सामाजिक क्रियाकलापमा सहभागी हुन सक्ने अवस्थाको व्यक्तिले पाउने परिचय पत्र।

सेतो परिचयपत्र: सामाजिक तथा वातावरणीय अवरोध नभएमा नियमित रूपमा आफ्नो दिनचर्या र सामाजिक क्रियाकलापमा सहभागी हुनसक्ने अवस्थाको व्यक्तिले पाउने परिचय पत्र

परिच्छेद - दुई

सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन र अवधारणात्मक ढाँचा

सैद्धान्तिक साहित्यको पुनरावलोकन

अपाङ्गता भएका व्यक्ति भन्नाले शारीरिक मानसिक बौद्धिक तथा इन्द्रिय सम्बन्धी दिर्घकालिन समस्या, कार्यगत सिमितता वा विद्यमान अवरोधका कारण अन्य व्यक्ति सरह समान आधारमा पूर्ण र प्रभावकारी ढंगले सामाजिक जीवनमा सहभागी हुन बाधा भएका व्यक्ति सम्झनु पर्दछ । (अपाङ्गता भएका व्यक्तिको अधिकार सम्बन्धी ऐन २०७४, संशोधित २०७५) ।

अपाङ्गतालाई १० प्रकारमा जस्तै शारीरिक अपाङ्गता, दृष्टि सम्बन्धी अपाङ्गता, श्रवणदृष्टि विहिन अपाङ्गता, सुनुवाई सम्बन्धी अपाङ्गता, श्वरबोलाई सम्बन्धी अपाङ्गता, मानसिक वा मनोसामाजिक अपाङ्गता, बौद्धिक अपाङ्गता, अनुवंशय रक्तश्राव सम्बन्धी अपाङ्गता, अटिज्म सम्बन्धी अपाङ्गता, र बहुअपाङ्गता रहेका छन् । यस्तै परिचय पत्र वितरण वा गम्भिरताको आधारमा पूर्णअक्त, अतिअशक्त, मध्यम र सामान्य प्रकारका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई बर्गिकरण गरिएको छ (अपाङ्गता भएका व्यक्तिको अधिकार नियमावली, २०७७) ।

अन्तरिम संविधान २०६३ र नेपालको संविधान २०७२ को जगमा नेपाल सरकारले अपाङ्गताको परिभाषा, प्रकार र सेवा सुविधाका विषयमा उल्लेख छ (अपाङ्गता अधिकार ऐन २०७४) ।

प्रजनन स्वास्थ्य भन्नाले मानसिक प्रजनन प्रणाली, प्रजनन अंगहरूको स्वास्थ्य, प्रजनन र यौन सम्बन्धी सम्पूर्ण विषयहरू भन्ने बुझाउँछ । यसमा मानिसहरू सुरक्षित र आनन्दमय जीवनयापन गर्न सक्षम र सन्तान जन्माउने क्षमता, जन्माउने नजन्माउने, कहिले र कति समयमा सन्तान जन्माउने स्वतन्त्र अधिकार हुन्छ । “यौन प्रवर्धन र प्रजनन स्वास्थ्यको लागी अशक्त मानिस” भन्ने निर्देशिकामा यो विषयमा समेटिएको छ । अपाङ्गता भएका युवाहरू अनुकूल यौन तथा प्रजनन सेवाको अनुकूलता र जानकारी अनिवार्य दिनुपर्ने उल्लेख छ । (डब्लुएचओ २००९) । यौन र प्रजनन स्वास्थ्य विश्वव्यापी अधिकारको एक महत्वपूर्ण तत्व हो जसलाई मानव अधिकार विश्वव्यापी घोषणा पत्र र अन्य मानव अधिकारका सम्मेलन, घोषणा तथा सहमतिहरूमा प्रतिष्ठापित गरिएका छन् । प्रजनन स्वास्थ्य भनेको प्रजनन प्रणाली, यसको कार्य प्रक्रियाको सन्दर्भमा निरोगी रहनु, विरामी नहुनु मात्र नभई शारीरिक, मानसिक र सामाजिक दृष्टिकोणबाट पूर्ण स्वास्थ्य रहनु हो । यौन प्रक्रिया सँगै प्रजनन स्वास्थ्य जोडिएको हुन्छ । यौन प्रक्रियामा अस्थाई

साधनहरूको सही प्रयोग, सुरक्षित यौन क्रियाकलाप, कति उमेरमा विवाह गर्ने, बच्चा जन्माउने भने विषय यौन स्वास्थ्यमा पर्दछन् । मानव अधिकारका मापदण्ड अनुसार राज्यले हरेक व्यक्तिको यौन र प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारको ईज्जत, संरक्षण र पुर्ति गर्नुपर्छ । (महर्जन, २०६६) ।

ज्ञवाली (२०६४) द्वारा अमेरिकी समाजशास्त्री डेविस र ब्लेकले सन् १९५६ मा प्रजननका निकटतम, निर्धारकलाई Intermediate fertility variables का रूपमा नामाकरण गरे । उनको विचारमा यी शारीरिक तथा सामाजिक तत्वहरूले प्रजननदरलाई प्रत्यक्ष रूपमा प्रभाव पार्दछन् । यस समूहमा जैविक तथा मानवीय व्यवहार सम्बन्धी तत्वहरू पर्दछन् । यी तत्वहरूले प्रजननलाई प्रत्यक्ष रूपमा प्रभाव पार्दछन् । यी तत्वको माध्यमबाट सामाजिक आर्थिक तथा अन्य तत्वहरूले पनि प्रजननमा प्रभाव पार्दछन् । उनका अनुसार यौन सम्पर्कको समय जति छिटो हुन्छ त्यति नै प्रजनन दर उच्च हुन्छ । यो समय विश्वका विभिन्न मुलुक तथा राष्ट्रहरूमा केही भिन्न रूपमा रहेको पाइन्छ । औद्योगिक राष्ट्र विशेष गरी युरोपमा पुरुष आफ्नो परिवार धान्न सक्षम नभएको वैवाहिक सम्बन्ध स्थापित गर्न तत्पर हुँदैनन् । त्यसै गरी बोङ्गार्टसको मोडल अनुसार सन् १९६० को दशकमा सन्तानोत्पादन सम्बन्धी मोडलहरूको निरन्तरता रह्यो । यो कार्य विशेषतः सेप्स र पोटरको योगदानसँग सम्बन्धित रह्यो । उनको मोडलले चार तत्वहरूमा जोड दिन्छ । ती तत्वहरूमा विवाह अथवा अन्य यौन सम्बन्ध, जन्म वा गर्भ निरोध अर्थात् परिवार नियोजनका साधनहरूको प्रयोग, गर्भपतन र प्रसवावस्था पछिको गर्भधारण गर्न नसक्ने अवस्था जुन मुख्यतया स्तनपानद्वारा प्रभावित हुन्छ । यस अवधानालाई अझ स्पष्ट पार्दै सन् १९८३ मा प्रजननका केही निर्धारक तत्वहरू थप गरी विभिन्न कारक तत्वहरू निर्धारण गरिएको छ, जसमा स्वैच्छिक गर्भपतन, सन्तान उत्पादन गर्न सक्ने क्षमता, परिवार नियोजनका साधनको प्रयोग जस्ता तत्वहरूबाट प्रभावित हुन्छ भनी व्याख्या गरिएको छ ।

काफ्ले (२०६५) अर्थशास्त्री जे.एस.मिलले सन् १९२४ मा प्रतिपादन गरेको जनसङ्ख्या सिद्धान्तमा प्रजनन स्वास्थ्यको सबैभन्दा प्रमुख निर्धारक तत्व जीवनस्तर नै हुन्छ । मानिसले सुँगुरले जस्तो बच्चा उत्पादन गर्दैन बरु असमान स्तर र दुरदर्शिता नभए पनि मानिसले जन्माउने बच्चा कमाउन सक्षम भएको हुन्छ । यसैले खाद्यन्न आयत वा मानिस निर्यात हुन्छ । समाजमा हरेक मानिसले आरामदायी जीवन विताउन चाहन्छ । त्यतिबेला जनसङ्ख्या स्थिर गर्नुपर्छ । जनसङ्ख्या एक आर्थिक समस्या मात्र होइन किनभने यो सांस्कृतिक तत्व नैतिक मूल्य परम्पराबाट प्रभावित हुन्छ । जसका कारण जनसङ्ख्या वृद्धि राष्ट्रिय आय र जीवनस्तर सम्म तुलना गर्नुपर्छ भन्ने कुरा सिद्धान्तमा प्रतिपादन गर्नु भएको थियो । अर्थशास्त्री एल.ब्रेन्टो का अनुसार मनोरञ्जनको साधनलाई प्रजननसँग

देखाउने प्रयास गरिएको छ । जीवनको प्रमुख उद्देश्य सुख, सम्पन्नता, समृद्धि र आनन्द प्राप्त गर्नु हो । तर प्रजननता र सम्पन्नता भने विपरित हुन्छन् । धनी व्यक्तिको लागि आनन्द वा मनोरञ्जन गर्ने साधन धेरै हुने भएकाले शारीरिक संसर्ग न्यून हुने र प्रजनन दर पनि न्यून हुन जान्छ भने निर्धन मानिसको लागि मनोरञ्जनको साधन अरू केही नहुने भएकाले शारीरिक संसर्ग नै मनोरञ्जनको साधन भएकाले प्रजननदर उच्च रहन्छ भन्ने कुरा सिद्धान्त प्रतिपादन गर्नु भयो । इमाइल दुर्खिमका अनुसार व्यक्ति सामाजिक व्यवहारबाट प्रभावित हुने भएकाले प्रजननलाई सामाजिक मूल्य मान्यताका रूपमा प्रमुख तत्वको रूपमा लिइएको छ । प्रजनन सम्बन्धी मान्यताहरू अलग अलग समाज अनुसार अलग अलग हुन्छन् । कुनै समाजमा प्रजननदर बढी र कुनै समाजमा प्रजननदर कम हुन्छ । यसरी प्रजनन एक सामाजिक घटना भएकाले यसलाई नियन्त्रण गर्ने उपाय लागु गर्दा सामाजिक मूल्य मान्यतालाई ध्यानमा राखि गर्नु पर्दछ भन्ने कुरा उल्लेख गर्नु भएको छ ।

काफ्ले (२०६५) ले सन् १९७८ मा प्रतिपादन गरेको बोड्गार्डको Proximate determinants of fertility को सिद्धान्त अनुसार दम्पतिहरूको प्रजनन व्यवहारमा साधारण सामाजिक, आर्थिक, धार्मिक र साँस्कृतिक भन्दा प्रत्यक्ष निर्धारकहरूले महत्वपूर्ण भूमिका खेलेका हुन्छन् । विशेष गरी विवाहको उमेर, यौन सम्पर्कमा प्रवेश गर्दाको उमेर, बाँझोपन, उर्वरता, परिवार नियोजनका साधनहरूको प्रयोग र यसको प्रभावकारिता, स्तनपान, अस्थायी बाँझोपन, गर्भ खेर जाने क्रम र गर्भपतन जस्ता कुराहरूको प्रजननलाई प्रत्यक्ष रूपमा निर्धारण गरिरहेका हुन्छन् । बोड्गार्डस्का अनुसार प्रजननका प्रत्यक्ष निर्धारण तत्वहरू भनेका जैविक र व्यवहारिक पक्षहरू हुन जसका माध्यमबाट सामाजिक, आर्थिक र वातावरणीय तत्वहरूले प्रजननलाई निर्धारण गर्ने गर्दछन् । प्रजननका प्रत्यक्ष निर्धारक तत्वहरूमा बोड्गार्डस्ले मुख्य गरी दुई समूहमा विभाजन गरेका छन् । जस्तै, (क) प्रजनन अवधिको लम्बाइमा प्रभाव पार्ने तत्वहरू अन्तरगत पहिलोपटक महिनावारी हुँदाको उमेर, यौनसम्पर्क राख्दाको उमेर, रजस्वला बन्द हुँदाको उमेर, वैवाहिक सम्बन्धमा आउने अवरोधका जस्ता तत्वहरूले प्रजननदरमा प्रभाव पार्दछन् त्यसैगरी (ख) प्रजनन अवधिमा बच्चा जन्माउने दरमा प्रभाव पार्ने तत्वहरूमा विजिकरणका लागि पर्खने समय, अस्थायी बाँझोपनको अवधि र गर्भाधारण अवधिले पनि प्रभाव पारेको हुन्छ ।

महर्जन (२०६६) का अनुसारमा सन् १९९५ मा बेइजिङमा सम्पन्न भएका चौथो विश्व महिला सम्मेलनले महिला र स्वास्थ्य सम्बन्धी अधिसन्धी पारित गर्नुका साथै कार्यथलो निर्धारण गरेको थियो । त्यसैगरी उक्त सम्मेलनले महिला र गरिबी, महिला र शिक्षा, महिला र स्वास्थ्य र महिला र हिंसा

जस्ता विभिन्न १२ वटा सरोकारका क्षेत्रहरू निर्धारण गरी महिला शसक्तिकरण अभियानमा विशेष तथा महत्वपूर्ण इट्टाहरू थप्ने कार्य भएको थियो । त्यसै गरी महिला सम्बन्धी अन्तराष्ट्रिय रूपमा भएका अभियान तथा प्रयासहरूमा प्रथम विश्व महिला सम्मेलन मेक्सिकोमा सन् १९७५ मा, दोस्रो विश्व महिला सम्मेलन सन् १९८० मा अमेरिका, तेस्रो १९८५ मा नैरोबिमा, चौथो १९९५ बेइजिङमा सम्पन्न भएका

थिए । बेइजिङ सम्मेलनबाट पारित घोषण पत्रका ३८ बुँदाहरू मध्ये महिलाको प्रजनन अधिकारको निर्णय गोपनियताको अधिकार, महिला र बालिकामाथि हुने हरेक प्रकारका हिंसाबाट सुरक्षा गर्ने, भेदभाव हटाउने जस्ता अधिकारहरू निर्धारण गरिएको थियो । ‘मानव यौनिकता र प्रजनन स्वास्थ्य’ मा निजामति सेवा ऐन २०४९ तथा नियमावली २०५० अनुसार दफा ७(७) मा निजामति सेवालार्ई समावेशी बनाउन खुला प्रतियोगिताद्वारा पूर्ति हुने पद मध्ये ४५ प्रतिशत पद छुट्याई सो प्रतिशतलाई शत प्रतिशत मानी महिलाको हकमा ३३ प्रतिशत, दलितको हकमा ९ प्रतिशत, आरक्षण कोटा निर्धारण गरिएको छ । त्यस्तै गरी दफा १६ मा परिक्षणकाल र महिलालाई ६ महिना मात्र हुने तर पुरुषलाई १ वर्षको हुने व्यवस्था, निमायमावलीको नियम ५७ प्रसुती विदा, ६९ प्रसुती स्याहार विदा, महिला निजामति कर्मचारी, सुत्केरी भएमा निजको श्रीमानलाई पनि १५ दिनको तलबि विदा दिने र नियम ५९ (३ क) मा शिशु स्याहार खर्च दिने व्यवस्था गरिएको छ ।

काफ्ले (२०६८) का अनुसार ‘जनसङ्ख्या शिक्षाको आधार’ मा जनसङ्ख्या शास्त्री ल्याण्ड्रीले सन् १९०९ र नोटेस्टिनले सन् १९४५ मा यो सिद्धान्तलाई प्रतिपादन गरेका थिए । उनको जनसङ्ख्या संक्रमणको सिद्धान्तअनुसार कुनै पनि देशको जनसङ्ख्या परिवर्तनमा सबैभन्दा पहिला मृत्युदर घट्न सुरु गर्छ त्यसपछि मात्र प्रजननदर घट्छ भने अर्कोतिर देशको सामाजिक, आर्थिक, राजनैतिक तथा अन्य विकास प्रक्रियासँगसँगै जनसङ्ख्याको प्रवृत्ति विगतमा भएको उच्च जन्मदर र उच्च मृत्युदरको अवस्थाबाट कुनै समयमा न्यून जन्मदर र न्यून मृत्युदरमा परिणत हुन पुग्छ । यसरी उक्त सिद्धान्तका आधारमा उच्च जन्म उच्च मृत्युदर हुँदा जनसङ्ख्या न्यून वृद्धि हुन्छ । उच्च जन्म न्यून मृत्युदर भएमा जनसङ्ख्या तिब्र वृद्धि हुन्छ भन्ने कुरा व्याख्या गरिएको छ । साथै आर्थिक, सामाजिक, क्षेत्रको सकारात्मक परिवर्तन नै जनसङ्ख्या नियन्त्रणको मुख्य आधार हो भन्ने कुरा विश्वास गरिएको छ ।

विष्ट र जोशी (२०६८) का अनुसार प्रोफेसर इड.उइन. क्याननले १९२४ मा अनुकुलतम जनसङ्ख्याका सिद्धान्तको आधारमा कुनै पनि देशमा जनसङ्ख्या बढे श्रमशक्ति बढ्छ । प्रतिव्यक्ति आय उत्पादन बढ्छ भन्ने मानसिकताकै आधारमा कुनै पनि देशमा जनसङ्ख्या न्यून छ भने

प्राकृतिक स्रोत साधनहरूको राम्रो सदुपयोग हुँदैन र प्रतिव्यक्ति आय कम हुन्छ । यसैले निश्चित मात्रामा जनसङ्ख्या वृद्धि भएमा प्राकृतिक स्रोतहरूको सदुपयोग हुन्छ र प्रतिव्यक्ति आय बढ्छ । यसैले जनसङ्ख्या निश्चित विन्दुमा वृद्धि हुँदै गयो भने उत्पादनको हासनियम लागु हुन्छ भने जसका कारण प्रतिव्यक्ति आय घट्छ । साधन स्रोतको आधारमा जनसङ्ख्या वृद्धि निश्चित विन्दुमा पुगेको जनसङ्ख्यालाई अनुकूलतम जनसङ्ख्या भनिन्छ । अनुकूलतम जनसङ्ख्या भित्र भौतिकवादि दृष्टिकोण अगाडि सारिएको छ । जस्तै, मानिसका गुणात्मक पक्ष शिक्षा, स्वास्थ्य, सिप आदिलाई ध्यान दिएको छैन ।

सुवेदी र पौडेल (२०७०) का अनुसार रोनाल्ड फ्रिड्यामको प्रजनन सम्बन्धी सिद्धान्त अनुसारसन् १९७१ मा फिडम्यानले प्रजनन परिक्षण गर्ने प्रयास गरेका थिए । उक्त अध्ययनबाट प्रजनन घटाउन सकिन्छ भन्ने प्रमाणित गरेको थिए । उक्त अध्ययनबाट प्रजनन घटाउनका कारणहरूमा बाँच्ने दरमा आएको व्यापक परिवर्तनले दम्पतिलाई प्रजनन घटाउन आकर्षित गरेको छ । यस्तो आकर्षणपूर्व आधुनिक समयमा केही जनसङ्ख्यामा मात्र हुन्थ्यो भने हाल व्यापक भएको छ । प्रजनन घट्नुमा पश्चिमाहरूको आधुनिकीकरण मात्र नभै समाजमा भै रहेका सामान्य विकासले न्यूनस्तरमा परिवारमा पनि प्रजनन स्वास्थ्य घटाउन सहयोग गरेको छ । खास गरी कम प्रजननलाई आकर्षित गर्ने निर्धारण शक्तिको रूपमा सानो परिवारको अवधारणा र परिवार नियोजनका साधन लगायतका पक्षहरू जिम्मेवार छन् । सांस्कृतिक पक्ष र विकासका चरको सम्बन्धमा खास परिवर्तन भएको छैन । जसले बच्चाको माग र जन्म नियन्त्रण गर्न तयार हुने दुवै पक्षलाई प्रभाव पारेका हुन्छ भनी उल्लेख गरेका छन् । जैविक तत्व अन्तर्गत शारीरिक तत्वले महिलाहरूको शारीरिक अवस्था कमजोर भएमा प्रजनन क्षमता कम हुन्छ भने वंशाणुक्रममा जुम्ल्याह बच्चा जन्मिएको छ भने पछिको सन्तानमा पनि जुम्ल्याह जन्मने वंशाणुगुण सार्ने भएकोले प्रजननता बढी हुने गर्दछ । त्यसै गरी सम्भोगको बारम्बारता जति बढी भयो त्यति नै गर्भ रहने भएकोले प्रजननदर उच्च हुने गर्दछ । डिम्बनिस्काशन चक्रले छिटो छिटो बच्चा रहने प्रक्रिया भएकोले प्रजननमा गतिशिलता ल्याउने गर्दछ भने स्तनपान धेरै समयसम्म गरेमा महिनावारी लम्बिन गई डिम्बनिस्काशन ढिलो भएर प्रजनन क्षमतामा अन्तराल हुने गर्दछ र गर्भखेर गएमा महिलामा इच्छुक गर्भ नजन्मने भएकोले प्रजननमा असर पर्न जान्छ । मनोवैज्ञानिक तत्व अनुसार सामाजिक मूल्य मान्यता अनुसार छोरी भन्दा बढी छोरोलाई महत्व दिने चलन, छोरा नहुन्जेल सन्तान जन्माइरहनु, सन्तानमा प्रतिस्पर्धा, वंशमा निरन्तरता दिने चलन, परिवारको इज्जत र प्रतिष्ठामा जोड, निसन्तानलाई हेय दृष्टिले हेर्नु जस्ता प्रचलनहरू धेरै रहेकोले महिलाको प्रजननमा बढी असर हुने गरेको पाइन्छ ।

बोहरा र अन्य (२०७०) का अनुसार जनसांख्यिक तत्वका रूपमा हेर्दा उमेर अनुसार सानो उमेरमा विवाह गर्ने प्रचलनले प्रजनन दरमा वृद्धि हुने, सानो उमेरमा बच्चा जन्माउने गरेकोले धेरै सन्तान जन्मनुले प्रजननमा प्रत्यक्ष असर पार्दछ। जन्मदर बढी भएमा प्रजनन दर पनि वृद्धि हुने गर्दछ। जसमा प्रजननमा प्रत्यक्ष जन्मदरले प्रभाव पारेको हुन्छ। मृत्युदर न्यून हुने स्थानमा जन्मदर पनि न्यून हुने गर्दछ भने जन्म उच्च भएमा मृत्यु पनि उच्च भई प्रजननमा प्रभाव पार्दछ। लिङ्गमा प्रथमिकता बढी दिने प्रचलन भएकोले छोरी भन्दा छोरालाई प्राथमिकता दिने चलनले सामाजिक सांस्कृतिक दबावबाट सन्तान थप्नुपर्ने बाध्यताले जनसङ्ख्यामा प्रभाव पार्न गई प्रजननमा ह्रास आउँछ। वैवाहिक सम्बन्ध अनुसार सानो उमेरमा विवाह गर्ने, सम्बन्ध विच्छेद बढी गर्ने छुट्टीएर बस्ने प्रचलन बढी हुन्छ। जसले प्रजननमा ह्रास आएको पाइन्छ। जति सानो उमेरमा विवाह हुन्छ त्यति नै प्रजननदर उच्च रहने भएकोले प्रजननदरमा प्रत्यक्ष प्रभाव पार्दछ।

आर्थिक रूपमा जुन परिवारमा आर्थिक अभाव हुन्छ उक्त परिवारले परिवारको पेशामा सहायताका लागि सन्तानले कामको सहयोग हुने भएकोले बढी सन्तान जन्माउने गरेको पाइन्छ। व्यवसाय अग्रसर भएमा सन्तान कम हुनुको साथै सन्तानलाई व्यवसाय धान्न गाह्रो पर्ने भएकोले बढी सन्तान जन्माउने चलन पनि पाइन्छ। जसले प्रजननमा प्रभाव पार्दछ। शिक्षाको स्तर अनुसार परिवारका महिलाहरू स्त्रीय पेशा व्यवसायमा संलग्न हुने हुँदा पनि बच्चा जन्माउन व्यवस्थापन गरी कम जन्माउने गर्दछन् भने अशिक्षिक परिवारका महिलाहरू सन्तान ईश्वरको बरदान भन्ने गरेकोले बढी सन्तान जन्माउने प्रचलन रहेको

छ। परिवारको संरचनाका आधारमा बच्चाको स्याहार गर्ने मान्छे अभाव भएकोले धेरै सन्तान जन्माउने र आमाबाबु दुवै जागिर हुने हो भने त एउटै सन्तानलाई हुर्काउन तथा व्यवस्थापन गर्न पनि गाह्रो हुन्छ जसले प्रजननमा ह्रास ल्याउँछ। छोराको चाहना प्राप्त गर्ने धारणाले छोरी जन्मदा पनि जन्तान जन्माइरहनु, समाजमा बढी छोराको महत्वलाई जोड दिनुले जन्मदरमा उच्च भई प्रजननमा प्रभाव पर्ने देखिन्छ। साथै गर्भ निरोधका साधनबारे चेतनामा तथा प्रयोग प्रति नकारात्मक धारणा तथा सामाजिक सांस्कृतिक मान्यताका कारणले न्यून प्रयोग गरिनुले पनि प्रजननमा ह्रास आउँछ।

प्रत्येक नागरिकलाई राज्यबाट आधारभूत स्वास्थ्य सेवा निःशुल्क प्राप्त गर्ने हक हुनेछ र कसैलाई पनि आकस्मिक स्वास्थ्यसेवाबाट वञ्चित गरिने छैन। प्रत्येक महिलालाई सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी हक हुनेछ भन्ने उल्लेख भए अनुसार महिलाहरूको यौन तथा प्रजनन अधिकार विषयमा सुनिश्चित भएको मानिन्छ। नेपालको जनतामा सार्वभौम संविधानको महिलाहरूले बच्चा

जन्माउने वा नजन्माउने, कति बच्चा जन्माउने, कति अन्तरमा बच्चा जन्माउने भन्ने उल्लेख छ (नेपालको संविधान २०७२)। संयुक्त राष्ट्रसंघको महासभामा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको अधिकार सम्बन्धी महासन्धी (यूनिसिआरपिडि) समेत सन २००६ मा पारित भई नेपालले हस्ताक्षर समेत गरिसकेको छ। यूएनसिआरपिडिको धारा २५ मा स्वास्थ्य सम्बन्धी अधिकारलाई स्थापित गरेको छ। धारा ६ मा अपाङ्गता भएका महिलाहरूको विषयमा उल्लेख गरिएको छ। (यूएनसिआरपिडि २००६)। मानसिक तथा शारीरिक अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूलाई गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा प्रदान गर्नु राज्यको दायित्व हो (राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीति २०७१)।

नेपालमा सरकारी स्वास्थ्य केन्द्र वा अस्पतालहरूमा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि निशुल्क स्वास्थ्य परीक्षण तथा उपचारको प्रावधान रहेको छ (नेपाल सरकारले अपाङ्गता स्रोत पुस्तिका,)। नेपालमा अपाङ्गता भएका महिलाहरूको प्रजनन अधिकारलाई सुनिश्चित गर्न सम्पूर्ण अस्पतालमा अपाङ्गता मैत्री प्रसूतिकक्षको व्यवस्था उल्लेख गरिएको छ (नेपालमा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको मानवअधिकार सम्बन्धी राष्ट्रिय सम्मेलन काठमाण्डौ घोषणापत्र, २०७५)। नेपालमा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको अधिकार सम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय महासन्धि, २००६ को पक्षराष्ट्र हो। यो महासन्धिले पनि अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको स्वास्थ्य सम्बन्धीको हकलाई पूर्ण रूपमा सुनिश्चित गरेको छ। महासन्धिको धारा २५ मा स्वास्थ्यसेवाको विषयमा उल्लेख गरिएको छ। पक्षराष्ट्रहरूले स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित पुनर्स्थापना लगायत लैङ्गिक संवेदनशील भएका स्वास्थ्य सेवाहरूमा अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको पहुँच भएको सुनिश्चित गर्न सम्पूर्ण उपयुक्त उपाय अवलम्बन गर्नेछन्। सबै प्रकारका अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूका लागि राज्यले अन्य व्यक्तिहरूले पाए सरह गुणस्तरीय स्वास्थ्य सेवा पाउने हकसँगै अपाङ्गता भएका कारणले आवश्यक पर्ने थप विशेष स्वास्थ्य सेवाको सुनिश्चितता गरेको छ। (अपाङ्गता व्यवस्थापन, रोकथाम, उपचार तथा पुनर्स्थापना रणनीति तथा १० वर्षे कार्ययोजना २०७३-२०८२)।

प्रयोगात्मक साहित्यको पुनरावलोकन

विश्वको कुल जनसंख्याको करिब १५ प्रतिशत जनसंख्यामा कुनै न कुनै प्रकारको अपाङ्गता रहेको छ। तीमध्ये करिब ८० प्रतिशत अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू हामी जस्तो अति कम विकसित अथवा विकासोन्मुख राष्ट्रहरूमा छन् (विश्व वैङ्क र विश्व स्वास्थ्य संगठन, २०११)। नेपालको कूल जनसंख्याको १.९४ प्रतिशत अर्थात् पाँच लाख १३ हजार ३२१ जना) अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरू रहेका छन्। सो अपाङ्गता भएका कूल जनसंख्याको ८९.३२ प्रतिशत ग्रामीण क्षेत्रमा बसोबास गर्छन् (केन्द्रीय तथ्यांक विभाग, २०१२)।

नेपाल डेमोग्राफिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण (२०११) का अनुसार अधिल्लो जन्मदेखि महिनाको औसत संख्या हेर्दा कुल ३६.२ रहेको छ भने ग्रामीण इलाकामा ३५.९ र शहरी इलाकामा ४०.३ रहेको छ । पहिलो जन्म औसत उमेर २०.१ रहेको छ । सन् १९९६ मा कुल प्रजननदर ४.६, २००१ मा ४.१ भई घटेको देखिन्छ भने २००६ मा ३.१ हुँदै २०११ मा कुल प्रजननदर २.६ रहेको देखिन्छ । जसमा शहरी क्षेत्रको १.६ रहेको छ भने २.८ ग्रामीण क्षेत्रमा रहेको छ । नेपालको वर्तमान प्रजनन दरलाई हेर्दा अधिल्लो वर्षको तुलनामा २.६ प्रतिहजार दरले प्रजननदर उच्च रहेको छ । ग्रामीण क्षेत्रमा प्रति महिला २.८ शहरी क्षेत्रमा भन्दा १.६ ले तल रहेको छ । जहाँ प्रजनन प्रतिस्थापन स्तर तल छ । ग्रामीण क्षेत्रमा प्रजनन महिलाका लागि यो उच्च रहेको मानिन्छ ।

के.त.वि. (२०१४) का अनुसार नेपालमा वैवाहिक अवस्था १९६१ र २०११ सम्मको विवाहित महिलाहरूको अनुपातमा वृद्धि भएको देखिन्छ । सन् १९६१ मा १५.४ र २०११ मा २०.६ रहेको औषत रहेको छ भने विधवा महिलाको ४.८ रहेको छ भने २०११ मा १५.२ प्रतिशत देखि १०६ प्रतिशतमा वृद्धि भएको छ । ३०.३ प्रतिशत एक महिलाहरूको अनुपात भई जन्मदर र प्रजननदरमा स्पष्ट रूपमा परिवर्तन भएको देखिन्छ ।

नेपाल डेमोग्राफिक हेल्थ सर्भिस (२०१६) का अनुसार जम्मा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग गर्ने महिला ५८.५० प्रतिशत रहेको छ । जसमा पिल्स प्रयोग गर्ने महिला ७४.५० प्रतिशत रहेको पाइयो भने आइ.यु.डि.एस. प्रयोग गर्ने ६२ प्रतिशत, पुरुष कण्डोम प्रयोग गर्ने ६९.५० प्रतिशत रहेको पाइयो भने ४८ प्रतिशत इम्प्लान्ट प्रयोग गर्ने गरेका छन् । उक्त साधन प्रयोगले स्वास्थ्यमा असर परेका महिलाहरूमा ७ प्रतिशत रहेका छन् ।

केन्द्रीय तथ्याङ्क विभाग (२०६८) का अनुसार जन्मान्तरलाई विश्लेषण गर्दा शहरी क्षेत्रमा ४०.३ महिलामा र ग्रामीण क्षेत्रमा ३५.९ महिला, पश्चिमी क्षेत्रमा ४३.३ महिला र सुदुर पश्चिम क्षेत्रमा ३३.२ महिला रहेको देखिन्छ । उमेर अनुसार हेर्दा १५ - १९ वर्ष बिचमा २२.१ महिला, २०-२९ मा ३३.३, ३०-३९ मा ४३.०, ४०-४९ वर्षमा ४६.८ रहेको छ । हिमाली क्षेत्रमा ३४.२ महिला पहाडी क्षेत्रमा ३६.२ महिला , तराई क्षेत्रमा ३६.८ महिनाको जन्मान्तर रहेको देखिन्छ । पहिलो बच्चा जन्माउने क्रमलाई औषत रूपमा हेर्दा २०.१ वर्ष रहेको देखिन्छ । ग्रामीण क्षेत्रमा २०.१ र शहरी क्षेत्रमा २०.७ वर्ष हिमाली क्षेत्रमा २.४ पहाडी क्षेत्रमा २०.६, तराई क्षेत्रमा १९.९, शिक्षा नै हाँसिल नगरेका १९.७ प्राथमिक शिक्षा हाँसिल गरेका १९.७ माध्यमिक तह सम्मको शिक्षा हाँसिल गरेका २०.५ र एस.एल.सी. र सो भन्दा माथि शिक्षा हाँसिल गरेका महिलाहरूको २३.७ वर्षमा पहिलो बच्चा जन्माउने क्रम देखिन्छ । बच्चा जन्माउने स्थानको आधारलाई हेर्दा २० वर्षभन्दा तलका ३३

प्रतिशत आमाहरूले सरकारी क्षेत्र, २.२ प्रतिशतले गैर सरकारी क्षेत्र, ६.१ ले निजी क्षेत्र, ५७.७ प्रतिशतले घरमा र १.१ प्रतिशतले अन्य क्षेत्रमा र २०-३४ वर्षका महिलाहरूले २५.२ सरकारी क्षेत्र, २.१ गैर सरकारी क्षेत्र, ७.९ निजी क्षेत्र, ६३.२ घरमा १.६ अन्य क्षेत्रमा र ३५-४९ वर्ष सम्मका महिलाहरूले १३.६ सरकारी क्षेत्र, २.५ गैर सरकारी क्षेत्र, ३.८ निजी क्षेत्र ७७.१ घरमा र ३.१ प्रतिशत महिलाहरूले अन्य क्षेत्रमा सन्तानहरू जन्माउने क्रम देखिन्छ । प्रजननदरको नेपालको प्रवृत्तिलाई हेर्दा १५-१९ वर्षका महिलाहरूका कुल प्रजननदर ८१ प्रतिहजार, २०-२४ वर्षका महिलाहरूको उमेर समूहमा १८७, २५-२९ वर्ष उमेरसम्मका महिलाहरूको १२६, ३०-३४ वर्ष उमेर समूहका महिलाको ७१, ३५-३९ वर्ष उमेर समूहका ३६, ४०-४४ वर्ष उमेर समूहका महिलाहरूले १४ र ४५-४९ वर्ष समूहका महिलाहरूले प्रतिहजार ५ जना कुल प्रजननदर र जम्मा कुल प्रजननदर २.६ प्रतिमहिला भएको देखिन्छ ।

विष्ट र जोशी (२०७०) को जनसङ्ख्या अध्ययन नामक पुस्तकमा उल्लेख गरे अनुसार पि.आर.वि. २०१२ का अनुसार विश्वमा विकसित र अविकसित देशहरूको कुल प्रजननदरको विश्लेषण गर्दा विकसित देशहरू जापान, यु.एस.ए., यु.के., जर्मनी, स्वीडेन, देशहरूको कुल प्रजननदर क्रमशः १.४, १.९, २.०, १.४, र १.९ रहेको छ भने अविकसित देशहरू मालि, कङ्गो, मोजाम्बिक, युगान्डाको क्रमशः ६.३, ५.१, ५.९, ६.२ कुल प्रजननदर रहेको पाइन्छ । सार्क मुलुकहरूको कुल प्रजननदरको विश्लेषण गर्दा भारत, पाकिस्तान, बंगलादेश, अफगानिस्थान, नेपाल, श्रीलङ्का, माल्दिभ्सको क्रमश २.५, २.६, २.३, ६.२, २.६, २.२, २.६, २.३ प्रति महिला कुल प्रजननदर रहेको छ ।

संज्याल (२०७२) द्वारा 'लैङ्गिक विभेदले प्रजननमा पार्ने प्रभाव' शीर्षकमा तयार पारिएको शोधपत्रको मुख्य उद्देश्य लैङ्गिक विभेदले प्रजननमा पार्ने प्रभाव विश्लेषण गर्नु रहेको थियो । वर्णनात्मक अनुसन्धान ढाँचा अनुसार सम्भावनायुक्त नमुना छनौट विधि अन्तर्गत चिट्ठा विधिको प्रयोग गरी जनसंख्या छनोट गरिएको थियो । अध्ययनको क्रममा, ७५ प्रतिशत महिला २० वर्ष वा सो देखि माथी नै पहिलो पटक गर्भवती भएको, ४३ प्रतिशत ३ वर्षको अन्तरमा बच्चा जन्माउने, ३१ प्रतिशत व्यापारमा, ३१ प्रतिशत श्रीमति घरायसी काम गर्ने, ४८ प्रतिशत (भन्डै आधा) पुरुषमा नै जमिनको स्वामित्व, ३.७५ निरक्षर महिलामा सि.इ.वी, छोरालाई निजी विद्यालय पठाउने महिलाको सि.इ.वि २.४९ पाइयो । छोराछोरीलाई भिन्न स्कूल पठाउनेको सबैभन्दा बढी ३.५ सि.इ.वी. रहेको र महिला घरायसी काममा महिला ३.७३ सि.इ.वी. रहेको पाइयो । प्रस्तुत अध्ययनमा अर्न्तवार्ता अनुसूचीको माध्यमबाट प्राप्त तथ्याङ्कलाई व्याख्या विश्लेषण गरी निष्कर्ष निकालिएको

थियो ।

९६ दशमलव ६ प्रतिशत अपांगता भएका युवा तथा किशोरकिशोरी परिवार नियोजनको पूर्ण जानकारी नै नभएको पाइएको छ । सो अध्ययन अनुसार ९४ प्रतिशत अपांगता भएका युवाहरूले सुरक्षित गर्भपतनका बारेमा सुनेका छन् । त्यसैगरी ३९ प्रतिशतलाई मात्र नेपालमा सुरक्षित गर्भपतन बारे कानून छ भन्ने थाहा भएको पाइएको छ । अध्ययनले ५४ प्रतिशत स्वास्थ्य संस्था अपांगमैत्री नभएको समेत देखाएको छ । 'दशौं एशिया प्यासिफिक कन्फ्रेन्स अन रिप्रडक्टभ एण्ड सेक्सुअल हेल्थ एण्ड राइट्स' नामक वेभिनारको एघारौं सिरिजमा अपांगता क्षेत्रमा काम गर्ने संस्था भिजिबल इम्प्याक्टले कार्यक्रम अधिकृत सिबु श्रेष्ठ नेपालमा अपांगता भएका व्यक्तिहरूलाई यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा चाहिन्छ भन्ने कुरामा धेरै जना सचेत नभएको पाइएको जानकारी दिनुभयो (मेरी स्टोप्स इन्टरनेशनल,)।

विष्ट र जोशी (२०७२) ले 'जनसङ्ख्या अध्ययन पुस्तक' मा राष्ट्रिय जनगणना (२०६८) का अनुसार नेपालमा महिलाहरूको वैवाहिक स्थितिलाई हेर्दा १० वर्ष र सो भन्दा माथिल्लो उमेरका कुल जनसङ्ख्याको ३५.६ प्रतिशत मानिसहरू अविवाहित रहेका छन् भने १० वर्ष सो भन्दा माथिल्लो उमेरका कुल पुरुषमा ४०.६ प्रतिशत र महिला ३१.१ प्रतिशत अविवाहित छन् । १० वर्ष र सो भन्दा माथिल्लो उमेर समूहका ५७.५ प्रतिशत एक विवाह भएका छन् भने एक विवाहमा पुरुषको ५२.७ प्रतिशत र महिला ६१.८ प्रतिशत रहेका

छन् । एकल महिलाहरूको सङ्ख्या कुल जनसङ्ख्यामा १० वर्ष र सो भन्दा माथिको कुल महिला ४.६१ प्रतिशत रहेको छ । पहिलो विवाह गर्दाको उमेर १० वर्ष र सो भन्दा माथिल्लो उमेरमा व्यक्तिको १५ देखि १९ वर्षको समयमा ४८.९ प्रतिशत विवाहित, १४ वर्ष मुनिको पहिलो विवाह ११.५ प्रतिशत र ५० वर्ष पार गरेको व्यक्तिको पहिलो विवाह हुनेको सङ्ख्या ५०.८६ रहेको छ भने १५देखि १९ वर्ष सम्मको विवाह गर्ने उमेरको सङ्ख्या ४८.९ प्रतिशत र कुल प्रजननदर १५.४९ वर्षमा ३.१ प्रतिशत रहेको पाइन्छ भने १० वर्ष माथिको कुल विवाहित तथ्याङ्क ५७.५ प्रतिशत रहेको देखिन्छ।

खनाल (२०७२) द्वारा "दलित समुदायमा विवाहको उमेर र प्रजनन व्यवहार" शीर्षकको शोध अध्ययन तयार गरिएको छ । उक्त शोध दलित महिलाहरूको सामाजिक आर्थिक अवस्था पहिचान गर्नु, महिलाहरूको प्रजनन व्यवहारका पत्ता लगाउनु जस्ता उद्देश्यमा केन्द्रित गरिएको छ । प्रस्तुत शोध वर्णनात्मक ढाँचामा आधारित रही परिमाणात्मक प्रकृतिको रहेको छ । यस अध्ययन अछाम जिल्लाको रानीबन गा.वि.स. वडा नं. ५,६ र ९ मा रहेका ११५ जना दलित महिलाहरूलाई साधारण

चिठ्ठा विधिको प्रयोग गरी अन्तरवार्ता अनुसूचीको माध्यमबाट तथ्याङ्क संकलन गरिएको छ । क्षेत्रीय अध्ययन विधिबाट अध्ययन क्षेत्रको तथ्याङ्क संकलन गर्ने क्रममा ७० प्रतिशत कृषि पेशामा संलग्न रहेका, ९८ प्रतिशत, कृषिमा आधारित, ३३ प्रतिशत उत्तरदाताहरूमा ३ रोपनी जग्गा भएका, ३५ प्रतिशत उत्तरदाताहरू ३०००-५००० सम्म प्रतिमहिना आम्दानी हुने, ९३ प्रतिशत महिला घरायसीकाम गर्ने, ९३ प्रतिशत महिला कच्ची घरमा बस्ने, ७० प्रतिशत उत्तरदाताले रेडियोको सुविधा प्रयोग गर्ने, ७८ प्रतिशत साक्षर, ७१ प्रतिशतले कच्ची शौचालयको प्रयोग गर्ने, ९६ प्रतिशतले परिवार नियोजन विधि प्रयोग गर्ने गरेको पाइयो । त्यसै गरी ९० प्रतिशतले गर्भपतन नगर्ने, ९३ प्रतिशतले जन्मान्तर ३ वर्षको राख्ने, २ वटासम्म बच्चा जन्माउने उत्तरदाता ४० प्रतिशत ६३ प्रतिशतले डाक्टर र नर्सको सहयोगले सुत्केरी गर्ने गरेको तथ्य उल्लेख गरिएको छ । अध्ययन क्षेत्रमा चाँडो विवाह, जन्मान्तर कम, धेरै बच्चा जन्माउने चाहना, परिवार नियोजनको कम प्रयोग जस्ता समस्याले उच्च प्रजननदर भएको निष्कर्ष निकालिएको छ ।

शाही (२०७२) का अनुसार “दलित महिलाहरूको सामाजिक आर्थिक अवस्था र प्रजनन व्यवहार” शीर्षमा तयार पारिएको शोधपत्रको मुख्य उद्देश्य दलित महिलाहरूको सामाजिक र आर्थिक अवस्था पत्ता लगाउनु, दलित महिलाहरूको प्रजनन व्यवहार विश्लेषण गर्नु रहेको छ । यस अध्ययनमा गुणात्मक र परिमाणात्मक मिश्रित अनुसन्धान ढाँचा प्रयोग गरिएको छ । अध्ययन विगत ५ वर्षको अवधिमा १५-१९ वर्ष उमेर समूहका उमेर विशिष्ट प्रजनन दर २६.६६, ३०-३४ वर्ष उमेर समूहका ३८.८९, ३५-३९ वर्ष उमेर समूहका २५.० र ४०-४४ वर्ष उमेर समूहमा ५७.९४ रहेको पाइयो । औषतमा २.९१ जिवित जन्माएको पाइयो । औषतमा जम्मा २.९६ सि.इ.वि. रहेको पाइयो । ४५-४९ वर्ष उमेर समूहका महिलाको सि.इ.वि. रहेको पाइयो । विगत ५ वर्षको अवधिमा १५-१९ वर्ष उमेर समूहका उमेर विशिष्ट प्रजनन दर २६.६६ रहेको छ भने परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्ने उत्तरदाताहरूमा डिपो प्रोभेरा प्रयोग गर्ने महिलाहरू धेरै रहेको पाइयो । त्यसैगरी ६२ प्रतिशत गरिब भएर र १२ प्रतिशत अन्य कारणले र पाँच प्रतिशत आमाले जन्माउन नसक्ने भएर गर्भपतन गर्ने गरेको पाइयो । यस अध्ययनबाट के स्पष्ट भएको छ भने नेपाली समाजमा रहेका दलित समुदायका महिलाहरूको सामाजिक आर्थिक अवस्था र प्रजनन व्यवहारमा पछाडि परेको देखिन्छ । त्यसैले नेपाली समाजमा दलित महिलामा विभिन्न परम्परागत मूल्य, मान्यता, संस्कृति, पछ्यौटेपन, गरिबी, अशिक्षा, अज्ञानताका कारणले नै दलित महिलाहरूमा सामाजिक आर्थिक र प्रजनन व्यवहारमा प्रभाव पारिरहेको छ ।

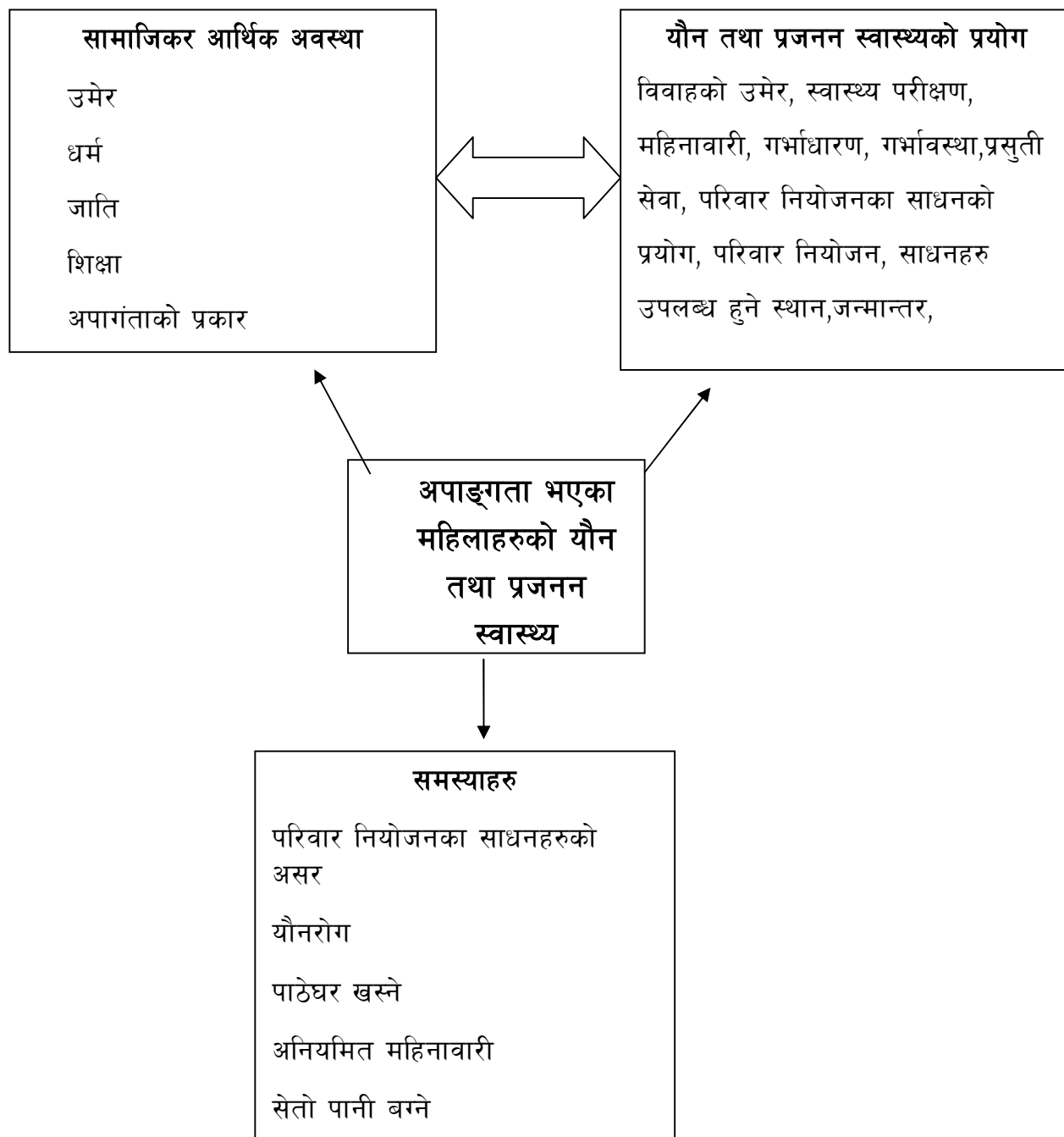
नेपाली (२०७३) द्वारा “दलित महिलाहरूमा प्रजनन अवस्था” शीर्षकमा शोध गरिएको शोधपत्रमा

दलित महिलाहरूको प्रजनन अवस्थाको विश्लेषण गर्नु मुख्य उद्देश्यमा केन्द्रित रहेको छ । उक्त शोध अन्तरवार्ता सूचीको माध्यमबाट १०५ जना दलित महिलाहरूलाई चिठ्ठा विधिको सहयोग मार्फत छनोट गरी तथ्याङ्क संकलन गरिएको छ । उक्त शोधमा अध्ययन क्षेत्रका ५० प्रतिशत उत्तरदाताहरूको परिवारको मुख्य आम्दानीको स्रोत वैदेशिक रोजगार, ७४ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले कुवाको पानी प्रयाग गर्ने, ६३ प्रतिशत साक्षर पाँच प्रतिशत महिलाले २० वर्ष अगाडि नै विवाह गरेका, ३८ प्रतिशत महिलाले २-३ वर्षको अन्तरमा बच्चा जन्माउने, ९९ प्रतिशत विवाहित महिलाहरू रहेको पाइयो । २.७० प्रतिशत उमेर विशिष्ट प्रजननदर र ०.६० प्रतिशत टि.एफ. आर रहेको पाइयो । उक्त क्षेत्रमा चाँडो विवाह गर्ने उत्तरदाताहरू धेरै रहेको छुट्टीएका उत्तरदाताहरू कम रहेको र पहिलो विवाह गर्ने उत्तरदाता धेरै रहेकोले उक्त क्षेत्रमा प्रजननदरमा वृद्धि भएको निष्कर्ष निकालिएको छ ।

खनाल (२०७३) का अनुसार “दलित महिलाहरूको सामाजिक आर्थिक अवस्था र प्रजनन व्यवहार” शीर्षकको शोधपत्रको मुख्य उद्देश्य दलित महिलाहरूको सामाजिक अवस्था पत्ता लगाउनु, दलित महिलाहरूको आर्थिक अवस्था पत्ता लगाउनु, दलित महिलाहरूको प्रजनन व्यवहार विश्लेषण गर्नु रहेका छन् । अध्ययनमा गुणात्मक र परिमाणात्मक मिश्रित अनुसन्धान ढाँचा प्रयोग गरिएको छ । यो अध्ययनमा प्रजनन योग्य उमेरका विवाहित दलित महिलाहरूलाई सामान्य सम्भावनायुक्त नमुना छनोट विधि अन्तर्गत चिठ्ठा विधिको प्रयोग गरी छनोट गरिएको छ । अध्ययन क्षेत्रका जम्मा ७८ जना दलित महिलाहरूको उमेर समूह हेर्दा सबैभन्दा बढी २०-२४ वर्ष उमेर समूहका २७ प्रतिशत, २५-२९ वर्ष उमेर समूहका जनसङ्ख्या १५ प्रतिशत, ३०-३४ को १४ प्रतिशत, ३५-३९ वर्ष उमेर समूहका १२ प्रतिशत, १५-१९ वर्ष उमेर समूहको जनसङ्ख्या १२ प्रतिशत रहेको पाइयो । त्यसै गरी वैवाहिक स्थितिमा १७ वर्ष भन्दा मुनी पहिलो विवाह गर्ने सबैभन्दा बढी ४८ प्रतिशत रहेको पाइयो । १९ वर्ष देखि २० वर्षमा प्रथम पटक गर्भवती हुने ६३ प्रतिशत, ६९ प्रतिशत १९ वर्ष देखि २० वर्ष उमेर समूहमा पहिलो पहिलो बच्चा जन्माउने, सबैभन्दा बढी ५४ प्रतिशत २ वर्षको अन्तरमा जन्मान्तर भएका उत्तरदाताहरू पाइयो । विगत ५ वर्षको अवधिमा १५-१९ वर्ष उमेर समूहका उमेर विशिष्ट प्रजनन दर २६.६६, ३०-३४ वर्ष उमेर समूहका ३८.८१, ३५-३९ वर्ष उमेर समूहका २५.० र ४०-४४ वर्ष उमेर समूहमा ५७.१४ रहेको पाइयो । औषतमा २.९१ जिवित जन्माएको पाइयो । औषतमा जम्मा २.९६ सि.इ.वि. रहेको पाइयो । ४५-४९ वर्ष उमेर समूहका महिलाको सि.इ.वि. रहेको पाइयो । यस अध्ययनबाट के स्पष्ट भएको छ भने नेपाली समाजमा रहेका दलित समुदायका महिलाहरूको सामाजिक आर्थिक अवस्था र प्रजनन व्यवहारमा पछाडि परेको देखिन्छ ।

अध्ययनको अवधारणात्मक ढाँचा

साहित्यको पुनरावलोकन पश्चात निम्नानुसारको अवधारणागत ढाँचाको विकास गरिएको छ ।
प्रस्तुत अध्ययनको ढाँचा यस प्रकार छ :



परिच्छेद-तीन

अध्ययनको विधि र प्रक्रिया

अध्ययनको ढाँचा र विधि

यो अनुसन्धान वर्णनात्मक ढाँचामा आधारित छ । यस अध्ययनमा परिमाणात्मक तथ्याकलाई प्रयोग गरिएको छ ।

अध्ययन क्षेत्र

जुम्लाको जिल्ला चन्दननाथ नगरपालिका र चन्दननाथ नगरपालिका यस अध्ययनको क्षेत्र रहेको छ । जुम्ला जिल्लाको जम्मा जनसंख्या १०८,९२१ रहेको छ । जसमा महिला ५४,०२३ र पुरुष ५४ हजार ८८९ रहेका छन् । केन्द्रीय तथ्यांक अनुसार जुम्लामा जम्मा अपांगता संख्या ३२४८ रहेको छ । जसमध्ये १८५० पुरुष र १३९८ महिला रहेका छन् । यसमा तातोपानीमा ४५ जना र चन्दननाथका ४५ जना अपाङ्गता भएका महिलाहरूलाई यस अध्ययनको जनसंख्याको रूपमा समावेश गरिएको छ ।

जनसङ्ख्या, नमुना र नमुना छनोट रणनीति

यस अध्ययनमा चन्दननाथ नगरपालिका रहेका अपांगता भएका प्रजनन उमेरका पहिचान गरिएका सम्पूर्ण ९० जना महिलाहरूलाई जनगणना विधिको प्रयोग गरि समावेश गरिएको छ ।

तथ्याङ्क सङ्कलनका साधन र प्रविधि

यस अध्ययनमा आवश्यक पर्ने तथ्याङ्क सङ्कलन गर्न अन्तर्वार्ता सूचीलाई प्रयोग गरिएको छ । अन्तर्वार्ता अनुसूचीलाई मुख्यतः तीन खण्डमा विभाजन गरिएको छ । जसमा खण्ड (क) मा उत्तरदाताको सामाजिक र आर्थिक अवस्था र खण्ड (ख) मा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग र खण्ड (ग) मा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या तथा सुभावहरू सम्बन्धी प्रश्नहरू समावेश गरिएको छ । अन्तर्वार्ता तालिका प्रयोग गर्नुभन्दा पहिला जुम्लाको सिञ्जा क्षेत्रका ८ जना अपाङ्गता भएका महिलाहरू माझ परीक्षण गरी त्यसबाट प्राप्त पृष्ठपोषण र सोध निर्देशकको पृष्ठपोषणका आधारमा अन्तिम रूप दिइयो ।

तथ्याङ्क सङ्कलन प्रक्रिया

प्रस्तुत अध्ययन त्रिभुवन विश्वविद्यालय, शिक्षाशास्त्र केन्द्रिय विभाग अर्न्तगत स्वास्थ्य तथा जनसंख्या शिक्षा विभागबाट प्रस्तावना पत्र स्वीकृत गरी सोही विभागबाट अध्ययनमो लागि अनुमति लिएर अध्ययन स्थलमा गई ९० जना प्रजनन योग्य उमेरका अपागंता भएका महिलालाई अध्ययनको उद्देश्यबारे जानकारी प्रदान गरी प्रत्येक महिलाहरूलाई प्रत्यक्ष रूपमा अन्तरवार्ता विधिद्वारा प्रश्न सोधि उनीहरूबाट आएका उत्तरहरूलाई अनुसन्धानकर्ताद्वारा आफैले अभिलेख गरिएको छ ।

तथ्याङ्कको व्याख्या र विश्लेषणप्रक्रिया :

तथ्याङ्कहरू संकलन गरिसकेपछि तिनीहरूलाई सम्पादन, कोडिङ र वर्गीकरण गरियो । यस अध्ययनलाई पूरा गर्न अध्ययनबाट प्राप्त तथ्याङ्कलाई विश्लेषण र व्याख्या गर्न सहज हुने गरी आवश्यकता अनुसार तथ्याङ्कशास्त्रीय विधिका माध्यमबाट तथ्याङ्कलाई विभिन्न शीर्षक, उपशीर्षकहरूमा विभाजन गरी तालिकाको माध्यमद्वारा सहज र बुझ्न सकिने गरी व्याख्या विश्लेषण गरिएको छ ।

परिच्छेद - चार

तथ्यांकको विश्लेषण र व्याख्या

प्रस्तुत अध्ययनमा तथ्यांकको विश्लेषण र व्याख्या अन्तर्गत रही अध्ययन क्षेत्रक अपांगता भएका महिलाहरूको जनसांख्यिकी तथा सामाजिक अवस्था, आर्थिक अवस्था, यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग र समस्याको बारेमा विभिन्न उपशीर्षकमा बाँकी विश्लेषण गरिएको छ।

सामाजिक आर्थिक अवस्था

यस खण्डमा उत्तरदाताको उमेर, धर्म, जात, महिलाको शिक्षा, परिवारको प्रकार, मासिक आम्दानी, अपांगताको प्रकार जस्ता तत्वहरू समावेश गरिएको छ।

उमेर : उमेर एक महत्त्वपूर्ण जनसांख्यिक तत्व हो। यसले जनसङ्ख्याको अवस्थालाई प्रभाव पार्ने गर्दछ। यस अध्ययनमा समावेश गरिएका विवाहित महिलाहरूको उमेरगत विवरण निम्नानुसार प्रस्तुत गरिएको छ।

तालिका १ : उमेरगत विवरण

उमेर	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
१५-२०	१०	११.११
२०-२५	१३	१४.४४
२५-३०	२०	२२.२२
३०-३५	१२	१३.३४
३५-४०	१३	१४.४४
४०-४५	१६	१७.७८
४५-४९	६	६.६७
जम्मा	९०	१००.००

तालिका १ अनुसार अध्ययन क्षेत्रमा २५-३० वर्ष उमेर समूहका महिलाहरूको संख्या अत्याधिक रहेको पाइयो भने सबैभन्दा कम ४५-४९ वर्ष उमेर समूहका महिलाहरू रहेको पाइयो।

धर्म : नेपाल एक बहुजातिय, बहुधार्मिक, बहुसांस्कृतिक, बहुभाषिक तथा सार्वभौमसत्ता सम्पन्न स्वतन्त्र अधिराज्य धर्म निरपेक्ष राष्ट्र हो । छनोटमा परेका अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाको धार्मिक विवरण हेर्दा सत प्रतिशतले हिन्दु धर्म मानेको पाइयो । नेपालको जनगणना २०६८ अनुसार हिन्दुधर्म मान्नेहरू ८१.३ प्रतिशत र इसाई धर्ममान्ने १.४ प्रतिशत रहेको छ । राष्ट्रिय तथ्याङ्क अनुसार यस अध्ययन क्षेत्रमा पनि हिन्दु धर्म मान्नेहरूको बाहुल्यता देखिन्छ ।

महिलाको शैक्षिक अवस्था : कुनै ठाउँ क्षेत्र समाज तथा परिवारमा बसोवास गर्ने व्यक्तिहरूको जीवनको गुणस्तरीयतालाई मापन एवं परिभाषित गर्ने एउटा आधार शिक्षाको स्तर हो । तसर्थ शिक्षा गुणस्तरीय जीवनको एउटा महत्त्वपूर्ण तत्व अन्तर्गत पर्दछ । महिला उत्तरदाताहरूको शैक्षिक अवस्थालाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका २ महिलाको शैक्षिक अवस्था सम्बन्धी विवरण

शैक्षिक अवस्था	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
निरक्षर	४५	५०
साक्षर	३३	३७.८९
आधारभुत तह	१	०.२२
मा.वि.	११	१२.२२
जम्मा	९०	१००.०

तालिका ४ अनुसार अध्ययन गरिएका महिलाहरूको शैक्षिक अवस्थालाई अध्ययन गर्दा ३७.८९ प्रतिशत साक्षर रहेको पाइयो । त्यसैगरी ०.२२ प्रतिशत आधारभुत तह र १२.२२ प्रतिशत मा.वि. तह सम्मको, शिक्षा हासिल गरेको पाइयो । अध्ययन क्षेत्रका विवाहित महिलाहरूको शैक्षिक अवस्था हेर्दा अधिकांश महिलाहरूनिरक्षर रहेको पाइयो । राष्ट्रिय जनगणना २०६८ का अनुसार नेपालमा साक्षरता प्रतिशत ६५.९ प्रतिशत रहेको छ भने महिला साक्षरता ५७.४ प्रतिशत रहेको छ ।

परिवारको प्रकार : परिवारको आकार वा परिवारको सदस्य संख्याको आधारमा परिवारलाई मुख्यतया एकल परिवार (सानो परिवार) र संयुक्त परिवार (ठूलो परिवार) गरी दुई भागमा बाड्न सकिन्छ । यस अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाहरूको परिवारको प्रकारको विवरणलाई तलको तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ ।

तालिका ३ परिवारको प्रकार सम्बन्धी विवरण

परिवारको प्रकार	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
एकल परिवार	४२	४६.६७
संयुक्त परिवार	४८	५३.३३
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिकाको अध्ययनबाट एकल परिवार ४६.६७ प्रतिशत र संयुक्त परिवार ५३.३३ प्रतिशत रहेको पाइयो । अध्ययन क्षेत्रमा एकल परिवार भन्दा संयुक्त परिवारमा बसोवास गर्ने महिलाहरू बढी रहेको पाइयो ।

अध्ययन क्षेत्रका औषतमा ५.६० प्रतिशत परिवारका सदस्य सङ्ख्या रहेको देखिन्छ । नेपालको जनगणना २०६८ अनुसार नेपालको औषत परिवार संख्या ४.८८ प्रतिशत रहेको छ (के.त.वि., २०६८) । यस अध्ययन क्षेत्रको पारिवारिक सङ्ख्या र राष्ट्रिय जनगणनाको औषत परिवार सङ्ख्या बढी रहेको छ ।

आम्दानीको स्रोत : मानिसले जीवनमा आफू बाँच्नका लागि हरेक पेशा अपनाएको हुन्छ । हरेक मानिसले आ-आफ्नो पेसाको आधारमा परिवार र आफ्नो जीवन यापन गरिरहेको हुन्छन् । यसै क्रममा उत्तरदाताहरूको आम्दानीको स्रोतहरूलाई तलको तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ :

तालिका ४ आम्दानीको स्रोत सम्बन्धी विवरण

आम्दानीको स्रोत	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
सामाजिक सुरक्षा भत्ता	६२	६९.८९
कृषि	२३	२५.५५
नोकरी	५	५.५६
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिकामा हेर्दा, अध्ययन क्षेत्रमा आम्दानीको स्रोतको रूपमा ६९.८९ प्रतिशत सामाजिक सुरक्षाभत्ता, ५.५६ प्रतिशत नोकरी, रहेको पाइयो ।

अपांगता परिचयपत्र

तालिका ५ अपांगता परिचयपत्र उत्तरदाता सम्बन्धी विवरण

परिचयपत्र	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
क (रातो)	२१	२३.३३
ख निलो	३२	३५.५५
ग (पहेलो)	२५	२७.७७
घ (सेतो)	१२	१३.३३
जम्मा	९०	१००.०

तालिका ५ अनुसार क बर्ग (रातो) परिचयपत्र २३.३३ प्रतिशत, ३५.५५ प्रतिशत ख बर्गको परिचयपत्र, २७.७७ प्रतिशत घ -पहेलो) परिचयपत्र र १३.३३ प्रतिशत सेतो परिचय पत्र भएका अपांगता भएका महिला पाईयो ।

अपांगताको प्रकार : तालिका ६ अनुसार शारीरिक अपांगता भएका ३१ जना (३४.४४) प्रतिशत, दृष्टि सम्बन्धी अपांगता २२ जना २२.४४ प्रतिशत, सुनुवाई सम्बन्धी अपांगता १० जना ११.११ प्रतिशत, श्रवण दृष्टिविहिन ३ जना ३.३३ प्रतिशत, श्वरबोलाई सम्बन्धी अपांगता ५ जना

५.५५ प्रतिशत, मानसिक अपांगता ७ जना, ७.७७ प्रतिशत र बहुअपांगता १२ जना १३.३३ प्रतिशत रहेका पाईयो ।

तालिका ६ अपांगता प्रकार सम्बन्धी तालिका

परिचयपत्र	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
शारीरिक	३१	३४.४४
दृष्टि	२२	२४.४४
सुनुवाई	१०	११.११
श्रवण दृष्टिविहिन	३	३.३३
श्वरवोलाई	५	५.५५
मानसिक	७	७.७७
बहुअपांगता	१२	१३.३३

यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग

यौन स्वास्थ्य प्रजनन स्वास्थ्य सँग अन्तरसम्बन्धित रहेको हुन्छ । यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग सम्बन्धमा कतिपय महिलाहरूले कुनै पनि जानकारी पाएका छैनन् भने कतिपय महिलाहरूलाई जानकारी भएर पनि त्यसको उपयोग नगरेको देखिन्छ ।

त्यसैले यस शिक्षाको अभिवृद्धि भएमा मातृशिशु स्वास्थ्यका साथै स्वयं व्यक्तिको जीवन सुरक्षित राख्नका लागि पनि प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगको आवश्यकता आजको समयमा दिनप्रतिदिन खट्कीदै आइहेको छ । त्यसैगरी, प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग सम्बन्धी विभिन्न उच्छृङ्खलता बढ्दै गएको परिप्रेक्ष्यमा विभिन्न यौनरोग तथा सुरक्षित गर्भधारण, सुरक्षित र सानो परिवारका साथै सुखि परिवारको लागि पनि यो आवश्यक हुँदै गएको पाइन्छ । तसर्थ यस अध्ययनमा अध्ययन क्षेत्रमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगका सम्बन्धमा गरिएको अध्ययन अनुसार निम्नानुसार विश्लेषण गरिएको छ :

विवाहको उमेर : विवाहको उमेर भन्नाले नेपालको संविधान बमोजिम केटी १८ वर्ष र केटा २० वर्षको उमेरलाई विवाहको उपयुक्त उमेर मानिएको छ (नेपालको संविधान, २०७२) । तर हाल उक्त उमेर अनुसार विभिन्न क्षेत्रमा भिन्दाभिन्दै उमेरमा चाडो र ढिलो विवाह गर्ने प्रचलन रहदै आएको छ । अध्ययन क्षेत्रका महिलाहरूको विवाहको उमेरका सम्बन्धमा सोधिएको प्रश्न सम्बन्धमा आएको जवाफ अनुसार प्राप्त तथ्यांकलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका ८: उत्तरदाताहरूको विवाहको उमेर सम्बन्धी विवरण

उमेर	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
१५ वर्ष भन्दा कम	२५	२७.७७
१५-२० वर्ष	४५	५०.००
२०-२५ वर्ष	२०	२२.२३
२५ वर्षभन्दा माथि	-	-
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिका ८ अनुसार अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाको विवाहको उमेर सम्बन्धी अध्ययनमा १५ वर्षभन्दा कम उमेरमा विवाह गर्ने २७.७७ प्रतिशत, १५-२० वर्ष उमेरमा विवाह गर्ने ५० प्रतिशत र २०-२५ वर्ष उमेरमा विवाह गरेका २२.२३ प्रतिशत महिलाहरू रहेको पाइयो । अध्ययन क्षेत्रमा सबैभन्दा बढी १५-२० वर्ष उमेरमा विवाह गर्ने महिलाहरू धेरै रहेको पाइयो । नेपालमा महिलाको विवाहको उपयुक्त उमेर १८ वर्ष भएकोले उपयुक्त उमेरमा विवाह नगरेको देखिन्छ ।

राष्ट्रिय जनगणना २०६८ का अनुसार १५-१९ वर्षभन्दा पहिले विवाह गर्ने ४८.९ प्रतिशत रहेको छ । अध्ययन क्षेत्रमा १५-२० वर्षमा विवाह गर्ने महिलाको संख्या राष्ट्रिय तथ्यांकको तुलनामा कम रहेको छ ।

महिनावारी भएको समयमा प्रयोग गरिने सामग्री : महिनावारी अवस्थामा महिलाले रक्तश्रावलाई व्यवस्थित गर्न विभिन्न साधन प्याड, नरम कपडा तथा अन्य सामग्रीको माध्यमबाट आफूलाई सुरक्षित गरी यौन रोग तथा प्रजनन स्वास्थ्यलाई सुरक्षित गर्ने गर्दछन् । यस अध्ययनमा महिनावारी भएको समयमा के कस्ता सामग्रीको प्रयोग गर्नुहुन्छ भनी सोधिएको प्रश्नबाट अपागता भएका महिलाबाट प्राप्त जवाफलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ :

तालिका ९ : महिनावारी भएको समयमा प्रयोग गरिने सामग्री सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
कपडा	५१	५६.६६
प्याड	१७	१८.८९
कुनै पनि छैन	२२	२४.४५
जम्मा	९०	१००.०

तालिका नं. ९ अनुसार उत्तरदाताहरूले महिनावारी भएको समयमा प्रयोग गरिने सामग्री अन्तर्गत ५६.६६ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले नरम कपडा प्रयोग गर्ने, १८.८९ प्रतिशतले प्याड प्रयोग गर्ने र २४.४५ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले कुनै पनि प्रयोग नगर्ने गरेको पाइयो । यसबाट के पुष्टि हुन्छ भने अध्ययन क्षेत्रमा महिनावारी भएको समयमा नरम कपडा प्रयोग गर्ने महिलाहरू धेरै रहेकोले प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी सेवाको उपयोग गर्ने गरेको देखिन्छ ।

महिनावारी भएको समयमा स्वास्थ्य संस्थाबाट लिइने सेवा : अध्ययन क्षेत्रका अपागता भएको महिलाहरूले महिनावारी भएको समयमा स्वास्थ्य संस्थाबाट के के सेवा लिने गर्नु भएको छ भन्ने प्रश्नको जवाफलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका १० : उत्तरदाताहरूको महिनावारी भएको समयमा स्वास्थ्य संस्थाबाट लिइने सेवा सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
स्वास्थ्य परीक्षण	२३	२५.५५
स्वास्थ्य सामग्री	१९	२१.११
केही लिँदैन	४८	५३.३४
जम्मा	९०	१००.०

तालिका १० अनुसार महिनावारी भएको समयमा स्वास्थ्य संस्थाबाट लिने सेवामा २५.५५ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले स्वास्थ्य परीक्षण गर्ने गरेको, २१.११ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले स्वास्थ्य सामग्री र ५३.३४ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले केही पनि सेवा नलिने गरेको पाइयो ।

निष्कर्षमा हेर्दा अध्ययन क्षेत्रका उत्तरदाताहरूले महिनावारी भएको बेलामा स्वास्थ्य संस्थाबाट केही पनि सेवा नलिने गरेका महिलाहरू धेरै रहेकाले महिलाहरूको प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगमा कमी रहेको देखिन्छ ।

गर्भावस्थामा गर्भ जाँच गर्न जाने संस्था : अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिला उत्तरदाताहरूलाई गर्भावस्थामा गर्भजाँच गर्न कहाँ जानुहुन्छ भनी सोधिएको प्रश्नमा आएको जवाफको तथ्यांकलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका ११: उत्तरदाताहरूको गर्भावस्थामा गर्भ जाँच गर्न जाने संस्था सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
अस्पताल	१८	२०.००
स्वास्थ्य चौकी	२६	२८.८९
क्लिनिक	२५	२७.७७
अन्य	२१	२३.३४
जम्मा	९०	१००.०

तालिका ११ अनुसार २० प्रतिशतले गर्भावस्थामा गर्भजाँच हस्पिटलमा, २८.८९ प्रतिशतले स्वास्थ्य चौकीमा, २७.७७ प्रतिशतले क्लिनिकमा र २३.३४ प्रतिशतले अन्य (अस्पताल) जस्ता स्वास्थ्य संस्थामा गर्भजाँच गर्ने गरेको पाइयो । निष्कर्षमा हेर्दा अध्ययन क्षेत्रका अधिकांश महिलाहरूले स्वास्थ्य चौकीमा गएर गर्भजाँच गर्ने गरेकाले महिलाहरूले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग गर्ने गरेको पाइयो ।

गर्भ जाँच गर्ने समय सम्बन्धी विवरण : महिला गर्भवति भइसकेपछि कम्तिमा पनि ४ पटक सम्म गर्भजाँच गरिनु पर्दछ । गर्भजाँचले महिला र बच्चाको अवस्था सम्बन्धी जानकारी दिने भएकाले यो गर्भवती महिलालाई अनिवार्य समय हो । अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाले प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग गर्ने क्रममा गर्भजाँचको समय अवधिलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ :

तालिका १२ : उत्तरदाताहरूको गर्भ जाँच गर्ने समय सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
१ पटक	१०	११.११
२ पटक	२४	२६.६७
३ पटक	३५	३८.८९
४ पटक	२१	२३.३३
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिका अनुसार १ पटक गर्भ जाँच गर्ने महिलाहरू ११.११ प्रतिशत, २ पटक गर्भ जाँच गर्ने २६.६७ प्रतिशत, ३ पटक गर्भ जाँच गर्ने ३८.८९ प्रतिशत र ४ पटक गर्भ जाँच गर्ने महिलाहरू २३.३३ प्रतिशत रहेको पाइयो । गर्भ जाँच ३ पटक सम्म गर्ने महिलाहरू धेरै रहेको पाइयो ।

गर्भ जाँच सम्बन्धी महिलाहरूले चारपटक अनिवार्य गर्नुपर्नेमा ३ पटकसम्म गर्भजाँच गर्ने महिला धेरै रहेकाले गर्भजाँच गर्नुपर्दछ भन्ने धारणा सबै महिलाहरूमा भएतापनि उनीहरूमा गर्भजाँच कम्तिमा पनि ४ पटक गर्नुपर्छ भनी चेतना जगाउने विभिन्न खालका जनचेतनामूलक कार्यक्रमहरू आयोजना गरिनु पर्दछ ।

गर्भावस्थामा प्रयोग गरिने औषधी लिने संस्था : महिला गर्भवती भएको अवस्थामा विभिन्न पोषणमूलक औषधी जस्तै: आइरन तथा क्याल्सीयम जस्ता औषधी प्रयोग गर्ने गर्दछन् । यिनको उपलब्धता विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाबाट हुने गर्दछ । अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाले गर्भावस्थामा प्रयोग गर्ने औषधी लिन जाने संस्थाका सम्बन्धमा प्राप्त तथ्यांकलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका १३: उत्तरदाताहरूको गर्भावस्थामा प्रयोग गरिने औषधी लिने संस्था सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
हस्पिटल	१६	१७.७८
स्वास्थ्य चौकी	४२	४६.६६
अस्पताल	९	१०.००
मेडिकल/क्लिनिक	२३	२५.५६
जम्मा	९०	१००.०

तालिका १३ का अनुसार १७.७८ प्रतिशत महिलाहरूले हस्पिटलबाट, ४६.६६ प्रतिशत स्वास्थ्यचौकीबाट, १० प्रतिशत अस्पतालबाट २५.५६ प्रतिशत मेडिकल/क्लिनिकबाट औषधी लिने गरेको पाइयो । अध्ययन क्षेत्रका सम्पूर्ण महिलाहरूले गर्भावस्थाका लागि प्रयोग गरिने औषधी स्वास्थ्य संस्थाबाट लिने गरेकाले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग गरेको देखिन्छ ।

प्रसूती हुँदा जाने ठाउँ सम्बन्धी विवरण : महिला गर्भवति भइसकेपछि प्रसूतिको लागि विभिन्न ठाउँमा जाने गरेको पाइन्छ । जसमा केही महिलाहरू हस्पिटल, स्वास्थ्य चौकी तथा क्लिनिक र केही महिलाले घरमा नै प्रसूति हुने गर्दछन् । अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाहरूलाई प्रसूति हुँदा स्वास्थ्य संस्थाको उपयोगका सम्बन्धमा गरेको अध्ययनबाट प्राप्त विवरणलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका १४: उत्तरदाताहरूको प्रसुती हुँदा जाने ठाउँ सम्बन्धी उत्तरदाताको वितरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
घरमा	३१	३४.४४
हस्पिटलमा	८	८.८९
स्वास्थ्य चौकी	१३	१४.४५
क्लिनिक	१५	१६.६७
गोठ	२३	२५.५५
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिका अनुसार प्रसुति हुँदा ३४.४४ प्रतिशत महिलाहरू घरमा हुने गरेको, ८.८९ प्रतिशत महिलाहरू हस्पिटलमा हुने गरेको, १४.४५ प्रतिशत महिलाहरूले स्वास्थ्य चौकीमा, १६.६७ प्रतिशत महिलाहरूले क्लिनिकमा र २५.५५ प्रतिशत महिलाहरूले गोठमा हुने गरेको पाइयो । सबैभन्दा धेरै महिलाहरूले प्रसुति हुँदा स्वास्थ्य संस्थाभन्दा घरमा नै हुने गरेको पाइयो ।

अधिकांश महिलाहरूले प्रसुतिको समयमा घरमा नै प्रसुति हुने र स्वास्थ्य संस्थाको उपयोग नगर्ने गरेकाले महिलाहरूमा यस सम्बन्धमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रयोग न्यून गरिएको पाइयो ।

घरमा सुत्केरी गराउँदा लिने सहयोग : अध्ययन क्षेत्रका जम्मा ९० जना अपागता भएका महिलाबाट पेमहिलाहरूमा ३१ जना महिलाहरू घरमै सुत्केरी हुने गरेको देखिन्छ । जसमा घरमा सुत्केरी हुँदा कसको सहयोग लिने गर्नुहुँन्छ भन्ने प्रश्नमा सम्पूर्ण उत्तरदाताबाट(३१ जना)आएको जवाफलाई तलको तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ :

तालिका १५: उत्तरदाताहरूको घरमा सुत्केरी गराउँदा लिने सहयोगका सम्बन्धमा उत्तरदाताको वितरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
स्थानीय महिला	१७	५४.८४
नर्स	४	१२.९०
स्वयंम सेविका	८	२५.८१
डाक्टर	२	६.४५
जम्मा	३१	१००.०

माथिको तालिका अनुसार घरमा सुत्केरी गराउँदा ५४.८४ प्रतिशत महिलाहरूले स्थानीय महिलाको सहयोग लिने गरेको पाइयो । त्यसैगरी १२.९० प्रतिशत महिलाहरूले नर्स, २५.८१ प्रतिशत महिलाहरूले स्वयंमसेविकाको सहयोग लिने गरेको तर ६.४५ प्रतिशत महिलाहरूले डाक्टरको सहयोग लिने गरेको पाइयो ।

दुई बच्चा बीचको जन्मान्तर : नेपालको स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति अनुसार एक बच्चा र अर्को बच्चा बीचको जन्मान्तर कमिमा ५ वर्षको हुनुपर्दछ । यस अध्ययनमा अपागंता भएका महिलाको दुई बच्चाबीचको जन्मान्तर सम्बन्धमा गरिएको प्रश्नमा प्राप्त विवरणलाई निम्न तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका १६: उत्तरदाताहरूको दुई बच्चाबीचको जन्मान्तर सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
२ वर्ष	४५	५०
३ वर्ष	२५	२७.७८
४ वर्ष	२०	२२.२२
५ वर्ष	-	-
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिका १६ अनुसार ५० प्रतिशत महिलाहरूले २ वर्षको जन्मान्तर राखेको, २७.७८ प्रतिशत महिलाहरूले ३ वर्षको र २२.२२ प्रतिशत महिलाहरूले ४ वर्षको जन्मान्तर राखेको पाइयो ।

यसबाट के स्पष्ट हुन्छ भने अध्ययन क्षेत्रका महिलाहरूमा अधिकतम महिलाहरूले २ वर्षको जन्मान्तर राखी बच्चा जन्माउने हुनाले उनीहरूमा जन्मान्तरका सम्बन्धमा उपयुक्त जानकारी नभएको देखिन्छ ।

परिवार नियोजनको सेवा : कुनै पनि परिवारले सन्तानको रहर पूरा भइसकेपछि परिवार नियोजन गर्ने गरिन्छ । अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाहरूले परिवार नियोजन सम्बन्धी लिने सेवा सम्बन्धी विवरणलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका १७: उत्तरदाताहरूको परिवार नियोजनको सेवाको प्रयोग

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
हस्पिटल	१२	१३.३४
स्वास्थ्य चौकी	२५	२७.७६
क्लिनिक	२५	२७.७८
स्वयमसेविका	२८	३१.१२
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिका अनुसार १३.३४ प्रतिशत महिलाहरूले हस्पिटलबाट परिवार नियोजन सम्बन्धी सेवा लिएका २७.७६ प्रतिशत महिलाहरूले स्वास्थ्य चौकीबाट, २७.७८ प्रतिशतले क्लिनिकबाट, र ३१.१२ प्रतिशत महिलाहरूले स्वयमसेविकाबाट परिवार नियोजन सम्बन्धी सेवा लिने गरेको देखिन्छ ।

अस्थायी साधनको प्रयोग : महिलाहरूले विभिन्न स्थायी र अस्थायी साधनको प्रयोग गरेर जन्मान्तर गरेको पाइन्छ । जसमा अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाहरूले स्थायी साधनको प्रयोग नगर्ने गरेको पाइयो भने अस्थायी साधन प्रयोग गर्नेमा ३ महिने सुई, नरप्लान्ट, पिल्स, अन्य जस्ता साधन बढी प्रयोगमा देखिन्छन् ।

तालिका १८: उत्तरदाताहरूको अस्थायी साधनको प्रयोग सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
३ महिने सुई	३४	३७.७७
नरप्लान्ट	१६	१७.७८
पिल्स	२८	३१.१२
अन्य	१२	१३.३३
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिका अनुसार ३७.७७ प्रतिशत महिलाहरूले ३ महिने सुई प्रयोग गर्ने गरेको पाइयो । त्यसैगरी १७.७८ प्रतिशत महिलाले नरप्लान्ट, ३१.१२ प्रतिशतले पिल्स र १३.३३ प्रतिशतले अन्य अस्थायी साधनको प्रयोग गरेको पाइयो । निष्कर्षमा यस अध्ययनमा सहभागी अधिकांश महिलाहरूले ३ महिने सुई प्रयोग गर्ने गरेको पाइयो । राष्ट्रिय तथ्यांक २०६८ अनुसार १७.६० प्रतिशत पिल्स प्रयोग गर्ने, डिपो १८.९० प्रतिशत, इम्पलान्ट १३.५० प्रतिशत रहेको छ । राष्ट्रिय तथ्यांकसँग तुलना गर्दा अध्ययन क्षेत्रमा पिल्स लगायत अन्य अस्थायी साधन प्रयोग गर्ने महिला बढी रहेको देखिन्छ ।

उत्तरदाताहरूको स्वास्थ्य कार्यकर्ताको सल्लाह : अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाहरूलाई परिवार नियोजनका साधन प्रयोग गर्दा स्वास्थ्य कार्यकर्ताको सल्लाहका सम्बन्धमा अध्ययन गर्दा प्राप्त विवरणलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका १९: स्वास्थ्य कार्यकर्ताको सल्लाह सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
लिएको छु	३९	४३.३३
लिएको छैन	५१	५६.६७
जम्मा	९०	१००.०
लिएका मध्ये		
डाक्टर	४	१०.२५
स्टाफ नर्स	५	१२.८२
अहेव	११	२८.२१
स्वयंम सेविका	१९	४८.७२
जम्मा	३९	१००.०

तालिका १९ अनुसार ४३.३३ प्रतिशत महिलाहरूले स्वास्थ्य कार्यकर्ताको सल्लाह लिने गरेको पाइयो भने ५६.६७ प्रतिशत महिलाहरूले सल्लाह नलिने गरेको पाइयो । जम्मा सल्लाह लिने ३९ जना महिलाहरू मध्ये १०.२५ प्रतिशत महिलाहरूले परिवार नियोजन गर्दा डाक्टरको सल्लाह लिने गरेको पाइयो । त्यसैगरी १२.८२ प्रतिशतले स्टाफ नर्सको, २८.२१ प्रतिशतले अहेवको र ४८.७२ प्रतिशतले स्वयंमसेविकाको सल्लाह लिने गरेको पाइयो । सबैभन्दा बढी परिवार नियोजनका साधनको प्रयोग गर्दा स्वयंमसेविकाको सल्लाह लिने महिलाहरू अधिक मात्रामा रहेको पाइयो ।

उत्तरदाताहरूको घरदेखि स्वास्थ्य संस्था पुग्न लाग्ने समय : अध्ययन क्षेत्र अपागंता भएका महिलाहरूमा गरिएको अध्ययन अनुसार महिलाहरूले घरदेखि स्वास्थ्य संस्थासम्म जान लाग्ने समय तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका २०: घरदेखि स्वास्थ्य संस्था पुग्न लाग्ने समय सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
आधा घण्टा	१८	२०.००
१ घण्टा	५२	५७.७८
२ घण्टा	११	१२.२२
१ दिन	९	१०.००
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिका अनुसार घरदेखि स्वास्थ्य संस्था सम्म जान लाग्ने समय सम्बन्धमा आधा घण्टा लाग्छ भन्ने महिलाहरू २० प्रतिशत, १ घण्टा लाग्छ भन्ने महिलाहरू ५७.७८ प्रतिशत, २ घण्टा लाग्छ भन्ने महिलाहरू १२.२२ प्रतिशत, १ दिन लाग्छ भन्ने महिलाहरू १० प्रतिशत रहेको पाइयो । निष्कर्षमा भन्दा अधिकांश महिलाहरूले स्वास्थ्य संस्था जान समय लाग्ने भएकाले पनि विभिन्न स्वास्थ्य संस्थाबाट दिने यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाहरू नलिने गरेको पाइन्छ ।

स्वास्थ्य संस्थामा पुगेपछि सेवा प्राप्त गर्न लाग्ने समय : अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाहरूले स्वास्थ्य संस्थामा पुगेको कति समयपनि सेवा प्राप्त गरे भन्ने सम्बन्धमा प्राप्त विवरणलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका २१: उत्तरदाताहरूको स्वास्थ्य संस्थामा पुगेपछि सेवा प्राप्त गर्न लाग्ने समय सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
जाने वित्तिकै	३०	३३.३४
आधा घण्टापछि	४०	४४.४४
१ घण्टा पछि	२०	२२.२२
२ घण्टा पछि	-	-
जम्मा	९०	१००.०

तालिका २१ अनुसार अध्ययन क्षेत्रका जम्मा ९० जना महिलाहरूमा ३३.३४ प्रतिशत महिलाहरूले जानेवित्तिकै स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा लिने गरेको, ४४.४४ प्रतिशत महिलाले आधा घण्टापछि मात्र सेवा लिएको, २२.२२ प्रतिशत महिलाले १ घण्टापछि मात्र सेवा लिएको पाइयो । सबैभन्दा बढी महिलाले आधा घण्टा पछि मात्र स्वास्थ्य संस्थाबाट सेवा प्राप्त गरेको पाइयो ।

यस सम्बन्धमा अध्ययन क्षेत्रका महिलाहरूले स्वास्थ्य संस्थाबाट यौन तथा प्रजनन सम्बन्धी सेवा लिन जाँदा आधा घण्टा पछि कसैले केही घण्टा पछिमात्र सेवा लिने गरेकाले स्वास्थ्य संस्थाले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी सेवा समयमा नै दिन नसकिरहेको पाइयो ।

स्वास्थ्य कार्यकर्ताको व्यवहार : अध्ययन क्षेत्रका स्वास्थ्य संस्थामा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग गर्ने अपागंता भएका महिलाहरूलाई स्वास्थ्य कार्यकर्ताको व्यवहार तथा सल्लाह कस्तो छ भन्ने सम्बन्धमा आएको तथ्यांकलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ :

तालिका २२ उत्तरदाताहरूले अनुभव गरेको स्वास्थ्य कार्यकर्ताको व्यवहार सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
राम्रो	४०	४४.४५
नराम्रो	५०	५५.५५
जम्मा	९०	१००.०

तालिका २२ अनुसार स्वास्थ्य कार्यकर्ताको व्यवहार सम्बन्धमा ४४.४५ प्रतिशत महिलाहरूले सकारात्मक व्यवहार गर्ने गरेको बताएका थिए भने ५५.५५ प्रतिशत महिलाहरूले नकारात्मक व्यवहार गर्ने गरेको बताए । अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएको महिलाहरूलाई स्वास्थ्य संस्थामा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग गर्न जाँदा स्वास्थ्य कार्यकर्ताले नकारात्मक व्यवहार देखाउने गरेको पाइयो ।

यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या

महिलाहरू स्वास्थ्य संस्थामा जान भन्कट मान्ने, जानलाई टाढा हुने, उपयुक्त सुभाब तथा सल्लाह स्वास्थ्य कर्मीबाट नआउने गरेकाले पनि उनीहरूलाई यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग नगरेका कारण विभिन्न समस्याहरू देखिने गर्दछन् :

यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी देखा परेको समस्या : अध्ययन क्षेत्रका अपागंता भएका महिलाहरूमा यस्ता के कस्ता समस्या रहेका छन् भन्ने सम्बन्धमा गरिएको अध्ययनबाट प्राप्त तथ्यांकलाई तलको तालिकामा उल्लेख गरिएको छ ।

तालिका २३: उत्तरदाताहरूको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य प्रयोगमा देखिएका समस्या सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
तल्लो पेट दुख्ने	२४	२६.६७
रगत बग्ने	२२	२४.४४
सेतो पानी बग्ने	२३	२५.५६
महिनावारी गडबडी	११	१२.२२
पाठेघर खस्ने	१०	११.११
जम्मा	९०	१००.०

माथिको तालिका अनुसार अध्ययन क्षेत्रका सम्पूर्ण उत्तरदाताहरूलाई यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी केही न केही समस्या भइरहेको प्रस्ट हुन्छ जस अनुसार तल्लो पेट दुख्ने सम्बन्धी समस्या भएका २६.६७ प्रतिशत, २४.४४ प्रतिशत रगत बग्ने, २५.५६ प्रतिशत सेतो पानी बग्ने, १२.२२ प्रतिशत महिनावारी गडबडी, ११.११ प्रतिशत पाठेघर खस्ने समस्या रहेको पाइयो । सबैभन्दा बढी तल्लो पेट दुख्ने समस्या बढी रहेको पाइयो ।

उत्तरदाताहरूले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या देखा परेको समय : यस अध्ययनमा समावेश अपागंता भएका महिलाहरूलाई यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी समस्या देखिएकाले उक्त समस्या कहिले देखा परेको हो भनी सोधिएको प्रश्नमा उनीहरूबाट आएको उत्तरबाट प्राप्त तथ्यांकलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ ।

तालिका २४: यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी देखिएका समस्याको समय सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
महिनावारी हुनुभन्दा अगाडि	२३	२५.५६
महिनावारी भइसकेपछि	३१	३४.४४
साधन तथा विधिको प्रयोग पछि	२३	२५.५६
जतिसुकै बेला	१३	१४.४४
जम्मा	९०	१००.०

तालिका २२ अनुसार २५.५६ प्रतिशत महिलाहरूले महिनावारी हुनुभन्दा अगाडि यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य समस्या देखिएको पाइयो । अध्ययन क्षेत्रका महिलाहरूमा महिनावारी भएपछि यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या देखिएकाले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग गर्ने गरेको पाइयो ।

यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या नदेखाउनुको कारण : यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य समस्यालाई अध्ययन क्षेत्रका ७० जना अपागंता भएका महिलाहरूले विभिन्न कारणले यौन तथा प्रजनन सम्बन्धी समस्या नदेखाउने गरेको पाइयो । । यसबाट प्राप्त तथ्यांकलाई तलको तालिकामा देखाइएको छ र

तालिका २६: यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या नदेखाउनुको कारणको विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
महिला स्वास्थ्यकर्मी नभएर	४२	६०.००
लाज मानेर	१७	२४.२९
जानकारी नभएर	११	१५.७१
जम्मा	७०	१००.०

अध्ययनक्षेत्रका अपागता भएका महिलाले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य समस्या नदेखाउनुको मुख्य कारण महिला स्वास्थ्यकर्मी नभएकाले र पुरुष स्वास्थ्यकर्मीसँग आफ्नो समस्याको बारेमा खुलेर भन्न कठिन भएको कुरा जानकारी प्राप्त भयो ।

स्वास्थ्य संस्थामा भोगेको समस्या : अध्ययन क्षेत्रका अपागता भएका महिलाले स्वास्थ्य संस्थामा के कस्ता समस्या भोगेका छन् भन्ने सम्बन्धमा गरिएको अध्ययन अनुसार निम्नानुसारको तथ्यांकलाई तालिकामा देखाइएको छ :

तालिका २७ उत्तरदाताहरूले स्वास्थ्य सेवा लिदा भोगेको समस्या सम्बन्धी विवरण

विवरण	उत्तरदाताहरूको संख्या	प्रतिशत
घण्टौं लाइमा बस्नुपर्ने	३५	३८.८९
राम्रो सल्लाह नपाइनु	३०	३३.३३
राम्रो व्यवहार नपाइनु	२५	२७.७८
त्यस्तो केही छैन	-	-
जम्मा	९०	१००.०

तालिका २७ अनुसार अध्ययन क्षेत्रका सबै उत्तरदाताहरूले स्वास्थ्य संस्थामा केही भोग्ने गरेको पाइयो । स्वास्थ्य संस्थामा यस्ता समस्या भोग्नुपर्ने हुँदा स्वास्थ्य संस्थामा जान भन्झट लाग्ने गरेको देखिन्छ तर बाध्यताले जाने गरेको पाइयो । यसरी हेर्दा स्वास्थ्य संस्थाले महिलालाई यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धी सही सल्लाह तथा सेवा नदिदा यसको उपयोगमा कमी आउने देखिन्छ ।

अध्ययनको प्राप्तिको शारांस

-)] अपागता भएका महिला उत्तरदाताहरूको उमेरगत विवरण अनुसार २५-३० वर्ष उमेर समूहका २२.२२ प्रतिशत महिलाहरू रहेको पाइयो ।
-)] हिन्दु धर्म मान्ने सतप्रतिशत, रहेको पाइयो ।
-)] अपागता भएका महिलाहरूको शैक्षिक अवस्थालाई अध्ययन गर्दा ४७.७८ प्रतिशत निरक्षर रहेको पाइयो । एकल परिवारमा बस्ने ४६.६७ प्रतिशत र संयुक्त परिवारमा बस्ने उत्तरदाता ५३.३३ प्रतिशत रहेको पाइयो ।

-)] अध्ययन क्षेत्रमा ६९.८९ प्रतिशत सुरक्षा भत्ता, २१.११ मुख्य आम्दानीको स्रोत हुने गरेको पाइयो ।
-)] अध्ययन क्षेत्रमा १५-२०वर्ष उमेरमा ५० प्रतिशत महिलाहरूले विवाह गरेको पाइयो ।
-)] महिनावारी भएको समयमा ५६.६६ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले नरम कपडा प्रयोग गर्ने र २४.४५ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले कुनै पनि सामग्री प्रयोग नगरेको पाइयो ।
-)] महिनावारी भएको समयमा स्वास्थ्य संस्थाबाट लिने सेवामा २५.५५ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले स्वास्थ्य परीक्षण गर्ने गरेको, र ५३.३३ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले केही पनि सेवा नलिने गरेको पाइयो ।
-)] गर्भावस्थामा गर्भजाँच गर्न २० प्रतिशत अपांगता भएका महिलाले हस्पिटलमा, २८.८९ प्रतिशतले स्वास्थ्य चौकीमाजाने गरेको पाइयो ।
-)] गर्भ जाँच सम्बन्धमा १ पटक गर्भ जाँच गर्ने अपांगता भएका महिलाहरू ११.११ प्रतिशत, २ पटक गर्भ जाँच गर्ने २६.३७ प्रतिशत, ३ पटक गर्भ जाँच गर्ने ३८.८९ प्रतिशत र ४ पटक गर्भ जाँच गर्ने महिलाहरू २३.३३ प्रतिशत रहेको पाइयो ।
-)] प्रसुति हुँदा ३४.४४ प्रतिशत अपांग महिलाहरू घरमा हुने गरेको, ८.८९ प्रतिशत महिलाहरू हस्पिटलमा हुने गरेको पाइयो ।
-)] घरमा सुत्केरी गराउँदा ५४.८४ प्रतिशत अपांगता भएका महिलाहरूले स्थानीय महिलाको सहयोग लिने गरेको पाइयो । त्यसैगरी १२.९० प्रतिशत महिलाहरूले नर्सकोसहयोग लिने गरेको पाइयो ।
-)] दुई बच्चा बीचको जन्मान्तरका सम्बन्धमा ५० प्रतिशत महिलाहरूले २ वर्षको जन्मान्तर राखेको, २७.७८ प्रतिशत महिलाहरूले ३ वर्षको र २२.२२ प्रतिशत महिलाहरूले ४ वर्षको जन्मान्तर राखेको पाइयो ।
-)] धेरैजसो १३.३४ प्रतिशत महिलाहरूले हस्पिटलबाट परिवार नियोजन सम्बन्धी सेवा लिएका, २७.७६ प्रतिशत महिलाहरूले स्वास्थ्य चौकीबाट, २७.७८ प्रतिशतले क्लिनिकबाट, र ३१.१२ प्रतिशत महिलाहरूले स्वयंमसेवीकाबाट परिवार नियोजन सम्बन्धी सेवा लिने गरेको देखिन्छ ।

-)] सबैभन्दा बढी ३७.७७ प्रतिशतअपागं महिलाहरूले ३ महिने सुई प्रयोग गर्ने गरेको पाइयो । त्यसैगरी १७.७८ प्रतिशत महिलाले नरप्लान्ट, ३१.१२ प्रतिशतले पिल्स र १३.३३ प्रतिशतले अन्य अस्थायी साधनको प्रयोग गरेको पाइयो ।
-)] अधिकांश १०.२५ प्रतिशतअपागं महिलाहरूले परिवार नियोजन गर्दा डाक्टरको सल्लाह लिने गरेको पाइयो । त्यसैगरी १२.८२ प्रतिशतले स्टाफ नर्सको, २८.२१ प्रतिशतले अहेवको र ४८.७२ प्रतिशतले स्वयंमसेविकाको सल्लाह लिने गरेको पाइयो ।
-)] घरदेखि स्वास्थ्य संस्था सम्म जान लाग्ने समय सम्बन्धमा १ घण्टा भन्दा बढि लाग्छ भन्ने महिलाहरू ५७.७८ प्रतिशत, २ घण्टा लाग्छ भन्ने महिलाहरू १२.२२ प्रतिशत, १ दिन लाग्छ भन्ने अपागंमहिलाहरू १० प्रतिशत रहेको पाइयो ।
-)] ५५.५५ प्रतिशतअपागं महिलाहरूका अनुसार स्वास्थ्य कार्यकर्ताले नकारात्मक व्यवहार गर्ने गरेको बताए ।
-)] जम्मा ६० प्रतिशत महिलाहरूले महिला स्वास्थ्यकर्मी नभएको कारणले गर्दा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य समस्या नदेखाउने गरेको पाइयो ।
-)] स्वास्थ्य संस्थामा स्वास्थ्य जाँच गराउन जाँदा लगभग ३८.८९ प्रतिशत महिलाले घण्टौं लाइनमा बस्नुपर्ने, ३३.३३ प्रतिशत महिलाले राम्रो सल्लाह नपाइनु र २७.७८ प्रतिशत महिलाले राम्रो व्यवहार नगर्ने जस्ता समस्या भोगेको पाइयो ।
-)] यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारी छ भन्ने ३७.७८ प्रतिशत र प्रभावकारी छैन भन्ने ६२.२२ प्रतिशत रहेका छन् ।
-)] लगभग ४६.४३ प्रतिशत अपागंता भएका महिलाले सरकारको वेवास्ता, २६.७९ प्रतिशत महिलाले स्थानीय निकायको लापरवाही, २१.४३ प्रतिशतले भौगोलिक विकटता, ५.३६ प्रतिशतले जनचासोमा कमी जस्ता कारणले गर्दायौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा प्रभावकारि हुन नसकेको कुरा बताए ।

परिच्छेद पाँच

निष्कर्ष र सुभाव

निष्कर्ष

प्रस्तुत अध्ययन अपांगता भएका महिलाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगका सम्बन्धमा जुम्ला जिल्ला तातोपानि गाउँपालिका र चन्दननाथ नगरपालिकामा गरिएको हो । यस अध्ययनमा अपांगता भएका महिलाहरूको सामाजिक आर्थिक अवस्था अनुसार यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग र यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगमा देखिएका समस्यामा निष्कर्ष निकालिएको छ ।

यस अध्ययनमा अध्ययन क्षेत्रका अपांगता भएका महिलाहरूमा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगको अवस्था कमजोर रहेको देखिन्छ । अपांगता भएका महिलाहरूको गर्भास्थाको जाँच कमजोर, केही अपांगता भएका महिलाहरूले प्रसुतिको समयमा घरमानै सुत्केरी गर्ने गरेको पाइयो । महिलाहरूले गर्भजाँच ३ पटकसम्म स्वास्थ्यचौकीमा गर्ने गरेको देखिन्छ । अधिकांश महिलाहरूले प्रसुतिको समयमा घरमा नै प्रसुति गर्ने गरेको पाइयो । स्वास्थ्य संस्थामा कार्यरत स्वास्थ्य कार्यकर्ताको सहयोग नलिइ सुत्केरी गराउने गरेको देखिन्छ । महिलाहरूले स्वास्थ्य संस्थाबाट परिवार नियोजन सम्बन्धी सेवा लिने गरेको देखिन्छ, जसमा महिलाहरूले ३ महिने सुई बढी प्रयोग गरेको पाइयो । स्वास्थ्य संस्था जान समय लाग्ने, अपांगतामैत्री भौतिक पूर्वाधारको अभाव, संस्थामा जाँदा लामो समय कुर्नुपर्ने बाध्यता र स्वास्थ्य कार्यकर्ताको उचित सल्लाह नभएको, र उचित व्यवहार पहुँच नभएको जस्ता कारणले गर्दा अपांगता भएका महिलाहरूले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको प्रयोग भोग्नु परेको देखिन्छ । तसर्थ सरकारी, सामाजिक र स्वास्थ्य कार्यकर्तामार्फत अपांगता भएका महिलाहरूको यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोगमा बढी जोड दिनुपर्ने देखिन्छ ।

सुभावहरू

अध्ययन क्षेत्रको नतिजाको आधारमा केही सुभावहरू तल उल्लेख गरिएको छ ।

नीतिगत तह

- (क) नेपालमा हरेक क्षेत्रमा रहेका अपांगता भएका महिलाहरूको यौन तथा प्रजनन सम्बन्धी समस्याहरू समाधान गर्न उपयुक्त उमेरमा विवाह गर्न र उपयुक्त उमेरमा वच्चा जन्माउने महिलालाई सरकारले प्रोत्साहन गर्नु पर्छ ।

- (ख) सरकारले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी नीति तथा कार्यक्रमहरू सञ्चालन गरी त्यसलाई व्यवस्थापन गर्न अपांगता भएका महिलाहरूलाई विशेष प्राथमिकता दिनु पर्छ ।
- (ग) सार्वजनिक संरचना अनिवर्या अपांगतामैत्री हुन आवश्यक रहेको छ ।
- (घ) सरकारले यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवा सम्बन्धीका शैक्षिक तथा जनचेतनाका कार्यक्रम तय गर्नुपर्छ ।

अभ्यास तह

- (क) यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग सम्बन्धी विभिन्न साधनहरूको पर्याप्त व्यवस्था गरी त्यसको प्रयोगबारे जानकारी गराउनु पर्ने देखिन्छ ।
- (ख) सरकारले नेपालको अपांगता भएका महिलाहरूको लागि प्रजनन स्वास्थ्यका लागी पर्याप्त स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउनु पर्ने देखिन्छ ।
- (ग) अधिकांश महिलाहरूमा घरमा सुत्केरी हुने गरेकोले सरकारले प्रसुती सेवाको लागी स्वास्थ्य संस्थाको व्यवस्था गर्नु पर्ने देखिन्छ ।
- (घ) विभिन्न सरकारी तथा गैर सरकारी संस्था मार्फत मातृ शिशु स्याहार सम्बन्धी समस्या सामाधानको लागी जनचेतना देखाइ तिनीहरूको व्यवस्थापन गर्नु पर्ने देखिन्छ ।

अनुसन्धान तह

- । महिलामा हुने यौन तथा प्रजनन व्यवहारले पारेको प्रभाव सम्बन्धी अनुसन्धान गर्न उपयुक्त हुनेछ ।
- । यस्तो अध्ययन जिल्ला वा दशशहरि र विकट दुर्गम क्षेत्रमा गर्दा अझ उपयुक्त हुनेछ ।

सन्दर्भ सूची (References)

- कार्की, अशोककुमार (२०६५), *मानव यौनिकता र प्रजनन स्वास्थ्य*, काठमाडौं : पैरवी प्रकाशन ।
- कार्की, अशोककुमार (२०६७), *मानव यौनिकता र प्रजनन स्वास्थ्य*, काठमाडौं : पैरवी प्रकाशन ।
- काफ्ले, रामेश्वर (२०६५), *जनसंख्या शिक्षाको आधार*, बी.एड. प्रथम वर्ष, काठमाडौं : जुपिटर पब्लिसर्स एण्ड डिस्ट्रिब्यूटर्स ।
- काफ्ले, रामेश्वर (२०६८), *जनसंख्या शिक्षाको आधार*, बी.एड. प्रथम वर्ष, काठमाडौं : जुपिटर पब्लिसर्स एण्ड डिस्ट्रिब्यूटर्स ।
- केन्द्रीय तथ्यांक विभाग (२०६८), काठमाडौं : केन्द्रीय तथ्यांक विभाग ।
- खनाल, राजकुमारी (२०७३), *दलित समुदायमा विवाहको उमेर र प्रजनन व्यवहार*, स्नातकोत्तर शोधपत्र, जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग, सुर्खेत क्याम्पस (शिक्षा), सुर्खेत ।
- खनाल, शान्ति (२०७३), *दलित महिलाको सामाजिक आर्थिक अवस्था र प्रजनन व्यवहार*, स्नातकोत्तर शोधपत्र, जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग, शिक्षा क्याम्पस, काठमाडौं ।
- गाउँपालिका प्रोफाइल (२०७६), त्रिबेणि गाउँपालिका, रुकुम ।
- नेपाली, लोक बहादुर (२०७३), *दलित महिलामा प्रजनन अवस्था*, स्नातकोत्तर शोधपत्र, जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग, सुर्खेत क्याम्पस (शिक्षा), सुर्खेत ।
- प्रश्रित, शिरीष (२०६७), *स्वास्थ्य शिक्षाको आधार*, काठमाडौं : पिनाकल पब्लिकेसन ।
- बुढाथोकी, चित्र बहादुर र मुकुन्दराज पोखरेल (२०६८), *मानव यौनिकता र प्रजनन स्वास्थ्य*, काठमाडौं : पिनाकल पब्लिकेशन ।
- महर्जन, श्यामकृष्ण (२०६६), *मानव यौनिकता र प्रजनन स्वास्थ्य*, काठमाडौं : सनलाइट प्रकाशन ।
- राना, रमेश (२०६५), *यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य*, काठमाडौं : ज्ञानकुञ्ज प्रकाशन ।
- लुकेको समाज (२०१४), *यौन के हो ? के यो समाज घृणित कार्य हो ?* <http://lukekosamaj.blogspot.com>. बाट २०७५ / २ / २४ गते निकालिएको ।
- विष्ट, प्रेमसिंह र महेन्द्रराज जोशी (२०६८), *जनसङ्ख्या शिक्षाको आधार* बी.एड. प्रथम वर्ष (सातौं सं), काठमाडौं : भूडिपुराण प्रकाशन ।

बिष्ट, प्रेमसिंह र महेन्द्रराज जोशी (२०७२), *जनसंख्या अध्ययन*, (पहिलो सं.) कक्षा १२ काठमाडौं :
भूडिपुराण प्रकाशन ।

शाही, तेज बहादुर (२०७२), दलित महिलाहरूको सामाजिक, आर्थिक अवस्था र प्रजनन व्यावहार,
स्नातकोत्तर शोधपत्र, जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग, सुर्खेत क्याम्पस (शिक्षा), सुर्खेत ।

सुवेदी, पुष्पकमल र भुमिदत्त पौडेल (२०७०), *जनसङ्ख्या शिक्षामा सिद्धान्त र दर्शन* (प.सं.),
काठमाडौं : पाठशाला पब्लिकेशन, पुतलिसडक ।

संज्याल, पुष्पराज (२०७२), *लैङ्गिक विभेदले प्रजननमा पार्ने प्रभाव*, स्नातकोत्तर शोधपत्र,
जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग, सुर्खेत क्याम्पस (शिक्षा), सुर्खेत ।

ज्ञवाली, दामोदर (२०६४), *जनसङ्ख्या शिक्षा सिद्धान्त र दर्शन*, काठमाडौं : जुपिटर पब्लिकेशन
एण्ड डिस्ट्रिब्युटर्स ।

नेपाल सरकार नेपालको संविधान २०७२ असोज ३ गते, काठमाण्डौ

नेपाल सरकार (२०७१) अपाङ्गता स्रोत पुस्तिका, काठमाडौं : महिला बालबालिका तथा
समाजकल्याण मन्त्रालय ।

नेपाल सरकार अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको अधिकार सम्बन्धी ऐन २०७४

नेपाल सरकार राष्ट्रिय स्वास्थ्य निति २०७१, नेपाल सरकार

नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय किश्वर किश्वरीहरूका प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धीका
"जिज्ञासा" पुस्तिका ।

राष्ट्रिय अपाङ्ग महासंघ नेपाल (२००६) अपाङ्गता भएका व्यक्तिको अधिकार सम्बन्धी ग्री,

राष्ट्रिय अपाङ्ग महासंघ नेपाल वेबसाईट www.nfdn.org

अपाङ्गता भएका व्यक्तिहरूको लागि यौन र प्रजनन स्वास्थ्य अधिकारहरूको बारेमा अध्ययन
प्रतिवेदन २०७६ : दृष्टिविहिन यूथ एशोसियेशन)

नेपाल सरकार (२०७१), राष्ट्रिय स्वास्थ्य निति, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय रामशाहपथ
काठमाण्डौ ।

हिमाल खबर अनलाईन पत्रिका (३० असार २०७७) यौनिकता : अपाङ्गता भएकाको अधिकार हो

ओशो पुस्तक (२०७६) काठमाण्डौ

राष्ट्रिय मानवअधिकार आयोग राष्ट्रिय सम्मेलन, काठमाण्डौ घोषणापत्रमा २८ वैशाख २०७५

Nepal Demography Health Survey [NDHS] (2011). *Population Monograph*,
Kathmandu : NDHS

Nepal Demography Health Survey [NDHS] (2016). *Family planning methods*,
Kathmandu : NDHS

परिशिष्ट १
अर्न्तवार्ता सूची

मिति :

खण्ड (क) सामाजिक आर्थिक अबस्था

उत्तरदाताको नाम थर :- जात
उमेर :- धर्म :-
परिवारको प्रकार : शिक्षा :-आम्दानीका
स्रोतअपाङ्गताको प्रकारं. अपाङ्गता परिचयपत्रको प्रकार.....

खण्ड (ख) यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको उपयोग

१. तपाईंले विवाह कति वर्षको उमेरमा गर्नु भयो ?

- (क) १५ वर्ष भन्दा कम (ख) १५ देखि २० वर्ष
(ग) २० देखि २५ वर्ष (घ) २५ वर्ष भन्दा माथि

२ .तपाईं महिनावारी भएको समयमा के कस्ता साधनको प्रयोग गर्नुहुन्छ ?

- (क) नरम कपडा (ख) प्याड (ग) कुनै पनि छैन

३. तपाईं महिनावारी भएको बेला स्वास्थ्य संस्थाबाट के कस्ता सेवा लिने गर्नुपर्दछ ?

- (क) स्वास्थ्य परीक्षण (ख) स्वास्थ्य सामग्री (ग) केही लिदैन

४. गर्भावस्थामा गर्भ जाँच गर्न कहाँ जानु हुन्छ?

- (क) हस्पिटल (ख) स्वास्थ्य चौकी (ग) क्लिनिक (घ) अन्य

५. गर्भजाँच कति पटक गर्ने गर्नुभएको छ

- क) १ पटक (ख) २ पटक ३ पटक (घ) ४ पटक

६. तपाईंले गर्भावस्थामा प्रयोग गरिने औषधी कहाँबाट लिने गर्नु भएको छ ?

(क) हस्पिटल (ख) स्वास्थ्य चौकी (ग) अस्पताल (घ) मेडिकल /क्लिनिक

७. प्रसुति हुँदा कहाँ जाने गर्नु भएको छ ?

(क) घरमा (ख) हस्पिटल (ग) स्वास्थ्य चौकी (घ) क्लिनिक (ङ) गोठ

८. यदि तपाईंले घरमा सुत्केरी गराउँदा कसको सहयोग लिने गर्नुभएको छ ?

(क) छ (ख) छैन

९. यदि छ भने कसको सहयोग लिने गर्नुभएको छ ?

(क) स्थानीय महिला (ख) नर्स (ग) स्वयमसेविका (घ) डाक्टर

१०. तपाईंले दुई बच्चाको बीचमा कम्तिमा कति वर्ष जन्मान्तर राख्नु भएको छ ?

(क) २ वर्ष (ख) ३ वर्ष (ग) ४ वर्ष (घ) ५ वर्ष

११. तपाईंले परिवार नियोजनको सेवा कहाँबाट लिने गर्नु गर्नुभएको छ ?

(क) हस्पिटल (ख) स्वास्थ्य चौकी (ग) क्लिनिक (घ) स्वयंम सेविका

१२. तपाईंले परिवार नियोजनका कुन कुन विधि अपनाउने गर्नुभएको छ ?

(क) अस्थायी (ख) स्थायी

१३. यदि अस्थायी हो भने कुन विधि अपनाउनु भएको छ ?

(क) ३ महिने सुई (ख) नरप्लान्ट (ग) पिल्स

१४. स्थायी हो भने कुन विधि अपनाउनु भएको छ ?

(क) मिनिन्याप (ख) ल्याप्रस्कोपी

१५. तपाईंले परिवार नियोजनका साधनको प्रयोग गर्दा स्वास्थ्य कार्यकर्ताबाट सल्लाह लिने गर्नुभएको छ ?

(क) छ (ख) छैन

१६. यदि लिने गर्नुभएको छ भने कोबाट लिने गर्नुभएको छ ?

(क) डाक्टर (ख) स्टाफ नर्स (ग) अहेव (घ) अन्य

१७. तपाईंको घरदेखि स्वास्थ्य संस्था पुग्नकति समय लाग्छ ?

(क) आधा घण्टा पछि (ख) १ घण्टा (ग) २घण्टा (घ) १दिन

१८. स्वास्थ्य संस्था पुगेको कति समय पछि सेवा प्राप्त गर्नुभएको छ ?

(क) जाने वित्तिकै (ख) आधा घण्टा (ग) १ घण्टा पछि (घ) २ घण्टा पछि

१९. तपाईंप्रति स्वास्थ्यकर्मीको व्यवहार कस्तो हुन्छ ?

(क) सकारात्मक (ख) नकारात्मक

खण्ड (ग) यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या

१. तपाईंलाई यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी कुनै समस्या देखिएको छ ?

(क) छ (ख) छैन

२ यदि देखिएको छ भने कस्तो समस्या देखिएको छ ?

(क) तल्लो पेट दुख्ने (ख) ढाड दुख्ने (ग) रगत बग्ने (घ) सेतो पानी बग्ने

(ङ) महिनावारी अनियमित हुने (च) पाठेघर खस्ने

३. यस्तो समस्या कहिले देखि देखा परेको हो ?

(क) महिनावारी हुनुभन्दा अगाडि (ख) महिनावारी भइसकेपछि

(ग) साधन तथा विधिको प्रयोग पछि (घ) जतिसुकै बेला

४. यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी समस्या कसलाई देखाउनु हुन्छ ?

(क) महिला स्वास्थ्यकर्मी (ख) पुरुष स्वास्थ्यकर्मी (ग) कसैलाई पनि देखाउँदैन

५. यदि देखाउनु हुँदैन भने किन ?

(क) महिला स्वास्थ्यकर्मी नभएर (ख) जानकारी नभएर (ग) लाज मानेर

६ तपाईंले स्वास्थ्य संस्थामा सेवा लिँदा के कस्ता समस्याहरू भोग्नु भएको छ ?

(क) घण्टौसम्मलाइनमा बस्नुपर्ने (ख) राम्रो सल्लाह नपाइनु (ग) राम्रो व्यवहार नपाइनु

(घ) त्यस्तो केही छैन

७. स्वास्थ्य संस्थाहरूमा यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी प्रदान गरिने सेवा कस्तो छ ?

(क) प्रभावकारी छ

(ख) प्रभावकारी छैन

८. यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाप्रभावकारी नहुनुका कारणहरू के के होलान् ?

(क) सरकारको वेवास्तापन

(ख) स्थानीय निकायको लापरवाही

(ग) भौगोलिक विकटता

(घ) जनचासोमा कमी