

सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन

शोधकर्ता

काजिमान विश्वकर्मा

परीक्षा रोल नं : २१४०१००

त्रि.वि.वि.दर्ता नं. : ९-१-२१४-२६४ -२००१

शैक्षिक बर्ष : २०६५/०६६

त्रिभुवन विश्व विद्यालय, शिक्षाशास्त्र संकाय,
स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्य विभाग अन्तर्गत स्नातकोत्तर तह (एम.एड.)
दोस्रो बर्षको (H.Ed. 598) आंशिक पाठ्यभार परिपूर्तिको लागि प्रस्तुत शोधपत्र

सुकुना बहुमुखी क्याम्पस
स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या विभाग
कोसीहरैंचा, मोरङ

२०७३

घोषणा पत्र

म यो घोषणा गर्दछु कि मोरङ जिल्ला कोसीहरैँचा नगरपालिका वार्ड नं. ५ स्थित वेलेपुरमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान र अभ्यास अध्ययन विषयमा अध्ययन गरिएको छ । यस समुदायको जम्मा ४०० घरधुरीका ५६४ जना जनसंख्याको २१% ले १२० जना नमुनाको रूपमा लिएको छ । यस अनुसन्धानलाई पूरा गर्ने क्रममा अनुसन्धानका सम्पूर्ण नीतिनियमहरूको पालन गरी तयार पारिएको छ । यस अनुसन्धानमा अघिल्ला अध्ययन अनुसन्धानलाई हुबहु नसारी आफ्नो भाषाशैलीमा तयार पारिएको छ । यो अनुसन्धान तयार पार्दसम्म आज भन्दा अगाडी कहि कतै पेश नगरी आफैले तयार पारेको छु ।

काजिमान विश्वकर्मा
एम. एड्. दोस्रो वर्ष



त्रिभुवन विश्वविद्यालयद्वारा सम्बन्धनप्राप्त

सुकुना बहुमुखी क्याम्पस SUKUNA MULTIPLE CAMPUS

(स्नातकोत्तर तह कार्यक्रम)

कोसीहरैँचा, मोरङ

KOSHIHARAINCHA, MORANG

स्था.: २०४८ फ्याक्स : ०२९-५४५७९७

(विश्वविद्यालय अनुदान आयोग बाट QAA प्राप्त)सूचना बोर्ड सेवा

९६९८०२९५४५७९७

☎ ०२९-५४५६९७

☎ ०२९-५४५७९७

E-mail: sukunac@yahoo.com

Web site: www.sukuna.edu.np

पत्र सङ्ख्या

चलानीनम्बर

विषय : मूल्याङ्कनका लागि शोधपत्र सिफारिस गरिएको सम्बन्धमा ।

श्री शोधपत्र मूल्याङ्कन समिति

स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या विभाग

सुकुना बहुमुखी क्याम्पस

कोसीहरैँचा, मोरङ

उपर्युक्त सम्बन्धमा यस क्याम्पसको शिक्षाशास्त्र सङ्काय, स्नातकोत्तर तह (M.Ed.) स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या विभाग (H.Ed. 598) का विद्यार्थी काजिमान विश्वकर्मा ले सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धि ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन शीर्षकको शोधकार्य मेरो प्रत्यक्ष निर्देशन र सुपरिवेक्षणमा गर्नु भएको र निजको शोधकार्य र शोध लेखनबाट म सन्तुष्ट रहेकाले उक्त शोधपत्र वाह्य मूल्याङ्कनका लागि सिफारिस गर्दछु ।

शोधपत्र समावेश गरिएको मिति

इशवी.सम्बत् :th 2017

.....

गणेश श्रेष्ठ

शोध निर्देशक



त्रिभुवन विश्वविद्यालयद्वारा सम्बन्धनप्राप्त

सुकुना बहुमुखी क्याम्पस SUKUNA MULTIPLE CAMPUS

(स्नातकोत्तर तह कार्यक्रम)

कोसीहरैँचा, मोरङ

KOSHIHARAINCHA, MORANG

स्था.: २०४८

(विश्वविद्यालय अनुदान आयोग बाट QAA प्राप्त)

९६९८०२९५४५७७

☎ ०२९-५४५६९७

☎ ०२९-५४५७७

फ्याक्स : ०२९-५४५७७

सूचना बोर्ड सेवा

E-mail: sukunac@yahoo.com

Web site: www.sukuna.edu.np

पत्र सङ्ख्या

चलानीनम्बर

विषय : शोधपत्र मूल्याङ्कन गरी स्वीकृत गरिएको सम्बन्धमा ।

उपर्युक्त सम्बन्धमा सुकुना बहुमुखी क्याम्पसको शिक्षाशास्त्र सङ्काय, स्नातकोत्तर तह (M.Ed.) स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या विभाग (H.Ed. 598) का विद्यार्थी काजिमान विश्वकर्मा ले सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धि ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन शीर्षकको शोधपत्र शोधनिर्देशक तथा सुपरिवेक्षकबाट वाह्य मूल्याङ्कनका लागि सिफरिस भई आएको हुँदा निजको शोधपत्र आवश्यक मूल्याङ्कन गरी स्वीकृत गरिएको छ ।

मूल्याङ्कन समिति

क्र. स. हस्ताक्षर	नाम	पद
१.	जनार्दन गुरागाई	विभागीय प्रमुख
२.	गणेश श्रेष्ठ	शोध निर्देशक
३.		वाह्य परीक्षक

वाह्य परिक्षण गरिएको मिति :

इशवी.सम्बत् :

कृतज्ञताज्ञापन

त्रिभुवन विश्वविद्यालय, शिक्षा शास्त्र सङ्काय, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या विभाग सुकुना बहुमुखी क्याम्पस अन्तर्गत एम. एड्. दोस्रो वर्षको शोधपत्र पूरा गर्न “सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धि ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन” शीर्षकमा तयार पारिएको अनुसन्धान हो ।

यो अनुसन्धान तयार पार्ने सिलसिलामा मुख्यतः आफ्नो अमूल्य सल्लाह, सुझाव र मार्ग निर्देशन प्रदान गर्नुहुने सुकुना बहुमुखी क्याम्पसका श्रेष्ठ गुरुहरू क्याम्पस प्रमुख पितकुमार श्रेष्ठ, स्नातकोत्तर तह स्वास्थ्य तथा जनसंख्या विभाग का विभागीय प्रमुख श्री जनार्दन गुरागाँई ज्यू, लेखनको प्रारम्भदेखि अन्त्यसम्म नियमित सुपरिवेक्षण, मार्गनिर्देशन दिई सहयोग पुऱ्याउनु हुने आदरणीय शोध निर्देशक गणेश श्रेष्ठ र यस विभागका सम्पूर्ण शिक्षकहरू प्रति हार्दिक कृतज्ञता प्रकट गर्दछु ।

यसै गरी अध्ययनको क्रममा आवश्यक जानकारी र सूचना उपलब्ध गराई सहयोग पुऱ्याउनु हुने कोसीहरैँचा न.पा ५ वेलेपुरका उत्तरदाता मानुभावलाई हार्दिक धन्यवाद दिन चाहान्छु । यसै गरी आवश्यक सन्दर्भ सामाग्री उपलब्ध गराई सहयोग पुऱ्याउनु हुने सुकुना बहुमुखी क्याम्पस धन्यवाद व्यक्त गर्दछु ।

अन्त्यमा यो शोधकार्यलाई निरन्तरता प्रदान गर्न घरायासी वातावरण प्रदान गर्नु हुने मेरा पुजनिय माता पिता राजकुमार विश्वकर्मा र फुलमाया विश्वकर्मालाई विशेष आभार प्रकट गर्दछु । साथै श्रीमती मिरा विश्वकर्मालाई पनि धेरै धेरै धन्यवाद व्यक्त गर्दै साथै कम्प्युटर टङ्कनमा सहयोग गर्नुहुने मोर्डन कम्प्युटर सेन्टरका प्रोप्राइटर योगेन्द्र दुलाललाई धन्यवाद दिन चाहान्छु ।

काजिमान विश्वकर्मा

एम. एड्. दोस्रो वर्ष

शोधसार

यस अध्ययन मोरङ जिल्ला कोसीहरैचा न.पा वडा नं. ५ मा सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान र अभ्यासको विषयमा खोजी गरी त्यस सम्बन्धी देखिएका समस्याहरूलाई समाधान गर्नुको लागि सुझावहरू संकलन गर्नु मुख्य उद्देश्य हो ।

यस अध्ययन मोरङ जिल्ला कोसीहरैचा न.पा वडा नं. ५ मा जम्मा ४०० घरधुरीका ५६४ विवाहित महिला तथा पुरुष जनसंख्या मध्ये २१ प्रतिशत जनसंख्याले हुन आउने १२० जनालाई सामान्य सम्भावनायुक्त नमुना छनोटको चिह्न विधिका आधारमा जनसंख्याको रूपमा लिई अन्तरवार्ता सूचीको प्रयोग गरेर तथ्याङ्कहरूको संकलनलाई व्याख्यात्मक र संख्यात्मक अनुसन्धान ढाँचामा सम्पन्न गरिएको छ ।

समुदायमा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान र जानकारी भएका ४५% र थाहा नभएको ५५% रहेको पाइयो । प्रजनन स्वास्थ्य बारे थाहा नभएको कारण वास्ता नगरेर २१.६२% फुर्सद नभएर ४.०५%, मन नलागेर २.७०% ज्ञान नभएर ३२.४३% रहेको पाइयो । जानकारी माध्यम रेडियो २१.५%, टेलिभिजन २७.५६%, स्वास्थ्य चौकी १२.७% र साथीसँगै २८.२३% रहेकमो देखियो । १०-१९ वर्षमा विवाह गर्ने ५५%, २०-२४ वर्षमा विवाह गर्ने ३३.३३%, २५ वर्ष भन्दा माथि ११.६७% विवाह भएको उमेरमा विवाह गर्नेको संख्या बढी रहेको पाइयो । गर्भवती अवस्थामा खोप लगाएको संख्या ८९.२०% र नलगाउने १०.८१% रहेको पाइयो । पत्नी गर्भवती भएको बेला केही सहयोग नगर्ने पति संख्या २४.२५% मा खाना बनाउन लुगा धुने ४.७% जाँच गर्न स्वास्थ्य केन्द्र लैजाने ४०.४३%, गर्भवतीलाई खुसी र हर्षित राख्ने ४०.४३% रहेको पाइयो । नजानुको कारण मन नलागेर १२.१६% र म जानु आवश्यक छैन भन्ने ३३.७८% र नभ्याएर २१.६२% रहेको पाइएको छ । पति-पत्नीबीच परिवार नियोजन बारे खुलेर कुरा गर्ने भन्दा खुलेर कुरा नगर्ने बढी मात्रामा देखियो । महिलाले परिवार नियोजनको अस्थायी साधन प्रयोग गर्ने जम्मा ८२ जनामा ८.११% ले पिल्स, ३५.१४% ले डिपोप्रोभेरा, १४.८६% कपटी, १०.८१% ले इम्प्लान्ट प्रयोग गरेको पाइयो ।

अध्ययनबाट प्राप्त भएको प्राप्ति र निष्कर्षलाई हेर्दा देखिएको समस्यालाई समाधान गर्नको निम्ति स्वास्थ्य सेवा विभाग सरकारी तथा गौह सरकारी संघ, संस्था र स्थानीय निकायको समन्वयनमा समुदायमा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धि कार्यक्रम सञ्चालन गर्न सकेको खण्डमा प्रजनन स्वास्थ्य र सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी समस्यालाई कम गर्न सकिन्छ ।

परिच्छेद-एक

परिचय

१.१ अध्ययनको पृष्ठभूमि	१
१.२ समस्याको कथन	४
१.३ अध्ययनको औचित्य	४
१.४ अध्ययनको उद्देश्य	५
१.५ अनुसन्धानात्मक प्रश्न	६
१.६ अध्ययनको परिसीमा	६
१.७ अध्ययनमा प्रयोग भएका पारिभाषिक शब्दावली	६

परिच्छेद - दुई

सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन

२.१ सैद्धान्तिक ढाँचा	८
२.२ सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन	९
२.३ सम्बन्धित साहित्यको उपादेयता	१३
२.४ अवधारणात्मक ढाँचा	१४

परिच्छेद - तीन

अध्ययन विधि

३.१ अनुसन्धान ढाँचा	१६
३.१.१ अध्ययनको जनसंख्या	१६
३.१.२ नमुना छनोट आकार	१६
३.१.३ नमुना छनोट विधि	१६
३.२ तथ्याङ्कको स्रोत	१६
३.३ तथ्याङ्क संकलनको साधन	१६
३.३.१ अध्ययन साधनहरूको वैधता र विश्वसनीयता	१६
३.४ तथ्याङ्क संकलन प्रक्रिया	१७
३.५ तथ्याङ्कको विश्लेषण प्रक्रिया	१७

तालिका नं.	शीर्षक	पे. नं.
१	महिलाको विवाह गर्दाको उमेर	२१
२	पहिलो गर्भधारणको उमेर	२२
३	सुरक्षित मातृत्वबारे ज्ञान	२३
४	गर्भ परीक्षण	२५
५	गर्भावस्थामा जुकाको औषधी खाएको विवरण	२६
६	गर्भवतीले टी.टी. खोप लगाएको अवस्था	२६
७	गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खाना	२७
८	सुत्केरी गराउने स्थान	२८
९	नल काट्न प्रयोग गरिएको साधन	३०
१०	बच्चालाई थप खानाको समय विवरण	३१
११	बच्चालाई जँचाउन लैजाने स्थान	३३
१२	बच्चाको मृत्युको कारण	३४
१३	गर्भ जाँच गराउँदा पति साथमा गएको विवरण	३७
१४	बच्चाको स्वास्थ्यप्रति पतिको ध्यान	३८
१५	परिवार नियोजनको विषयमा खुलेर कुरा गर्ने दम्पति	४०
१६	पतिले परिवार नियोजनको साधन प्रयोगको विवरण	४२

विषय सूची

शीर्षक	पेज नं.
घोषणापत्र	क
सिफारिस पत्र	ख
स्वीकृति पत्र	ग
कृतज्ञता ज्ञापन	घ
शोधसार	ङ
विषयसूची	च
तालिका सूची	झ
चित्र सूची	ञ
संक्षिप्त शब्दावली	ट

परिच्छेद- एक: परिचय

१.१ अध्ययनको पृष्ठभूमि	१
१.२ समस्याको कथन	३
१.३ अध्ययनको महत्व	४
१.४ अध्ययनको उद्देश्य	५
१.५ अध्ययनको परिसीमाङ्कन	५
१.६ अध्ययनमा प्रयोग भएका पारिभाषिक शब्दावली	६

परिच्छेद- दुई : सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन

२.१ सैद्धान्तिक साहित्यको पुनरावलोकन	७
२.२ अनुभवजन्य साहित्यको पुनरावलोकन	९
२.३ सम्बन्धित साहित्यको उपादेयता	१४
२.४ अवधारणात्मक ढाँचा	१६

परिच्छेद- तीन: अनुसन्धान विधि

३.१ अनुसन्धान ढाँचा	१८
३.१.१ अध्ययनको जनसङ्ख्या	१८

३.१.२ नमुना छनोट आकार	१८
३.१.३ नमुना छनोट विधि	१८
३.२ तथ्याङ्कको स्रोत	१८
३.३ तथ्याङ्क सङ्कलनका साधन	१९
३.१.१ अध्ययनका साधनको वैधता र विश्वसनीयता	१९
३.४ तथ्याङ्क सङ्कलन प्रक्रिया	१९
३.५ तथ्याङ्कको विश्लेषण प्रक्रिया	२०

परिच्छेद- चार : तथ्याङ्कको व्याख्या तथा विश्लेषण

४.१ वैवाहिक स्थिति	२१
४.१.१ महिलाको विवाह गर्दाको उमेर	२१
४.१.२ पहिलो गर्भधारणको उमेर	२२
४.१.३ सुरक्षित मातृत्व बारे जानकारी प्राप्त महिला	२२
४.१.४ सुरक्षित मातृत्वको जानकारीको माध्यम	२३
४.२ गर्भावस्था	२४
४.२.१ गर्भावस्थामा स्वास्थ्य परीक्षण	२५
४.२.२ गर्भावस्थामा जुकाको औषधी खाएको विवरण	२५
४.२.३ गर्भवतीले टी.टी. खोप लगाएको अवस्था	२६
४.२.४ गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खानाको विवरण	२७
४.३ सुत्केरी अवस्था	२८
४.३.१ सुत्केरी गराएको स्थान	२८
४.३.२ प्रसव अवस्थामा देखिएको समस्या	२९
४.३.३ बच्चाको नाल काट्न प्रयोग गरिएको साधन	३०
४.३.४ बच्चालाई दुध बाहेक अरु थप खानाको खुवाएको समय	३१
४.३.५ बच्चालाई दुध बाहेक थप खानाको विवरण	३२
४.३.६ बच्चा विरामी हुँदा जँचाउन लैजाने स्थान	३३
४.३.७ बच्चाको मृत्युको कारण	३४

४.४ सुरक्षित मातृत्वमा पुरुषको भूमिका	३५
४.४.१ गर्भावस्थामा पत्नीलाई गरेको सहयोग विवरण	३५
४.४.२ गर्भ जाँच गराउन पति सँगै गएको विवरण	३६
४.४.३ बच्चाको स्वास्थ्य प्रति ध्यान दिने पतिको विवरण	३७
४.४.४ ९ महिना पछि बच्चालाई खोप लगाउने प्रति पतिको ज्ञान	३८
४.५ परिवार नियोजन	३९
४.५.१ परिवार नियोजनको विषयमा खुलेर कुरा गर्ने दम्पति	३९
४.५.२ परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्ने महिला	४०
४.५.३ पतिले परिवार नियोजनको साधन प्रयोगको विवरण	४१
४.६ प्राप्ति	४२
४.७ सरांश	४४

परिच्छेद- पाँच : सारांश, प्राप्ति, निष्कर्ष र सुभावा

५.१ निष्कर्ष	४६
५.२ सुभावाहरु	४६
५.२.१ नीति निर्माता तहका लागि सुभावा	४६
५.२.२ अभ्यासकर्ताका लागि सुभावा	४७
५.२.३ अनुसन्धानकर्ताका लागि सुभावा	४७

सन्दर्भ सूची

अनुसूची

चित्र सूची

चित्र नं.	शीर्षक	पेज नं.
१	सुरक्षित मातृत्वको जानकारीको माध्यम	२४
२	प्रसव अवस्थामा देखिएको समस्याको अवस्था	२९
३	बच्चालाई दुध बाहेक थप खानाको विवरण	३२
४	गर्भावस्थामा पत्नीलाई गरेको सहयोगको विवरण	३६
५	९ महिना पछि, खोप लगाउने प्रति पतिको ज्ञान	३८
६	परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्ने महिला	४१

संक्षिप्त शब्दावली

आई.सी.पी.डी.	इन्टरनेसनल कन्फ्रेन्स अन पपुलेसन एन्ड डेभेलपमेन्ट
गा.वि.स.	गाउँ विकास समिति
टि.टि.	टिटानस टक्साइड
डी. पी. टी.	डिप्थेरिया पट्युसिस टक्साइड
बी.ए.सी.	बिहेभियर एडप्टेसन कर्भ
AIDS	Acquired Immuno Deficiency Syndrome
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IUD	Intra Uterine Device
WHO	World Health Organization

परिच्छेद-एक : परिचय

१.१ अध्ययनको पृष्ठभूमि

स्वास्थ्य शिक्षा प्रत्येक व्यक्तिको दैनिक जीवनसँग सम्बन्धित एक वृहत् क्षेत्र हो । स्वास्थ्य शिक्षाले जीवनलाई स्वस्थ र गुणस्तरीय जीवनयापन गर्न ठूलो सहयोग पुऱ्याउँदछ । व्यक्तिगत जीवनमा मात्र नभई परिवार, समुदाय तथा राष्ट्रको समुन्नत विकासको निम्ति स्वास्थ्य एक अपरिहार्य तत्व बनेको हुन्छ । स्वास्थ्यका क्षेत्रहरू अन्तर्गत पर्ने एक महत्वपूर्ण पक्ष प्रजनन स्वास्थ्य पनि हो ।

प्रजनन स्वास्थ्य भन्नाले मानिसको प्रजनन प्रणाली, प्रजनन अंगहरूको स्वास्थ्य र प्रजनन र यौन सम्बन्धी सबै विषयहरू भन्ने बुझाउँछ । यस अन्तर्गत व्यक्तिको सन्तान जन्माउने क्षमता, सन्तान जन्माउने नजन्माउने वा कति संख्यामा जन्माउने भन्ने निर्णय गर्ने स्वतन्त्रता छ भन्ने विषयहरू समावेश हुन्छन् । साथै यसमा पुरुष महिलालाई सुरक्षित, प्रभावकारी, आर्थिक रूपले हासिल गर्न सकिने सस्तो, स्वीकार्य र आफ्नो छनोट अनुसारको परिवार नियोजनक साधनहरू (विधि) सम्बन्धी सु-सूचित भई उक्त साधन सम्मको पहुँच र उपयुक्त स्वास्थ्य सेवा प्राप्त गर्ने अधिकार निहित हुन्छन् ।

महिला गर्भवती भएदेखि सुत्केरी भएको ३-४ महिनासम्म उसको खाना, पौष्टिक तत्व र पोषणस्थितिमा विशेष महत्व दिनु पर्दछ । किनकि यस समयमा महिला वा आमाका लागि मात्र नभई पेटभित्र र बाहिर काखमा हुर्किरहेको बच्चाका लागि आवश्यक खाना पनि आमा आफ्नै शरीरबाट दिनु पर्ने हुन्छ । त्यसकारण अरु समयमा भन्दा गर्भवती, प्रसव र प्रसुती समयमा पौष्टिक तत्वयुक्त खाना बढी मात्रा दिनुपर्दछ । सामान्य रूपमा सुत्केरी हुँदा अरु समयको खानाभन्दा ७०० किलो क्यालोरी बढी थप खाना दिनुपर्दछ । त्यसले पेटभित्रको बच्चा राम्रो हुर्कन दिनका लागि गर्भवतीको पहिलो तीन महिनामा प्रोटीन र भिटामिनयुक्त खाना बढी खानुपर्दछ भने दोस्रो तीन महिनामा रगत बनाउन आइरन बढी मात्रामा खानाहरू सन्तुलित मात्रामा खुवाउनुपर्छ ।

WHO का अनुसार एक गर्भवती महिलाले कम्तीमा चारपटक प्रसुतीपूर्व जाँच गराउनुपर्छ । जुन यसप्रकार छ :

(क) पहिलोपटक : गर्भवती भएको थाहा पाउने बित्तिकै वा ३ महिना भित्र

(ख) दोस्रो पटक : ६ महिनामा

(ग) तेस्रो पटक : ८ महिनामा

(घ) चौथो पटक : ९ महिनामा (तुइतुई, २०६३) ।

कुनै पनि मुलुकको स्वास्थ्य स्थितिको लेखा गर्ने विभिन्न सूचकहरू मध्ये मातृमृत्युको अनुपात एक प्रमुख सूचक हो । विकसित मुलुकहरूको तुलनामा विकासशील मुलुकहरूमा मातृशिशु मृत्युदर निकै बढी छ। अझ विकासशील देशहरू मध्ये पनि अति उच्च मातृशिशु भएका मुलुकहरूको पंक्तिमा नेपाल पनि पर्दछ । सन् १९९६ मा सम्पन्न नेपाल परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षणले नेपालमा मातृमृत्युको अनुपात ५३९ प्रतिलाख जीवित जन्म देखाएको छ । जुन एशियाकै अति उच्च मातृमृत्यु अनुपात मध्ये एक हो (स्वास्थ्य मन्त्रालय, २०६६) ।

विश्वको विकासशील र प्रगतिशील देश अझै पनि सुरक्षित यौन सम्पर्क र अनिच्छित गर्भधारणका भयावह चक्रमा गुञ्जिरहेको कटु यथार्थ सामु छ । जसको कारण अवैधानिक र असुरक्षित गर्भपतन गराउन बाध्य छन् । यसको साथै गर्भपतन पछि सुत्केरीले पाउनु पर्ने स्याहार, सेवा सुविधा र परिवार नियोजनको सेवा सुविधाको कुरा पनि सँगै जोडिएर आउँछ । विशेषतः गर्भपतन पश्चात् पाउनुपर्ने आकस्मिक उपचार सेवा र परिवार नियोजन सम्बन्धी सल्लाह परामर्श साथै सुरक्षित प्रसूती विधिको समेत उपलब्ध नभएको अवस्था छ । महिलाहरूलाई भविष्यमा हुन सक्ने अनिच्छित गर्भाधान र असुरक्षित गर्भपतनले निम्त्याउन सक्ने खतरा र जोखिम, परिवार नियोजनको साधनको पहुँचको अभावले गर्दा महिलाको स्वास्थ्य स्थिति धेरै देशहरूमा अझ खस्कंदो रूपमा रहेको देखिन्छ (स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, २०६६) ।

यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य आधारभूत रूपमा किशोर तथा युवाहरूको प्रजनन स्वास्थ्य सँग सम्बन्धित शिक्षा हो । यो सन् १९९४ मा इजिप्टको राजधानी कायरोमा अन्तराष्ट्रिय जनसंख्या र निवास सम्बन्धी भएको सम्मेलन पछि विकसित भएको अवधारणा हो । परिवार नियोजन र यौनिकता स्वास्थ्यका साथै प्रजनन स्वास्थ्य र प्रजनन अधिकारलाई व्यापक अवधारणाको रूपमा अँगाले प्रजनन स्वास्थ्यले परिवार नियोजन र मातृ तथा बाल स्वास्थ्य सेवालाई एकीकृत रूपमा सञ्चालन गर्ने, HIV र यौन प्रसारित रोगहरू नियन्त्रण गर्ने, अनिच्छित गर्भाधानका कुराहरूमा जोड दिएको पाइन्छ ।

गर्भधारण देखि सुत्केरी भएको ४५ दिन भित्रको आमा तथा आमाका गर्भमा रहेदेखि ५ वर्ष सम्मको शिशुको शारीरिक तथा मानसिक स्वास्थ्यको हेरचाहको लागि प्रदान गरिने सल्लाह सेवा सुरक्षित मातृत्व अन्तर्गत पर्दछ । गर्भवती अवस्थामा उचित स्याहार, हेरविचार नपाएर विश्वका धेरै

आमा र शिशुको मृत्यु हुने दर बढिरहेको छ । गर्भधारण पछि स्वास्थ्य परीक्षण, स्वास्थ्य र पोषणयुक्त खाना, आइरन चक्की, भिटामिन ए को उचित मात्रामा उपलब्ध भएको यस समस्यालाई कम गर्न सकिन्छ । बच्चाको जन्म पश्चात् आमा र शिशुको स्वास्थ्य अवस्थामा उपयुक्त स्याहार र सेवा दिएको अवस्थामा स्वास्थ्यमा सुधार भई गुणस्तरीय र उपलब्धिमूलक जीवनयापन गर्न सक्षम हुन्छ (रिपोर्ट, २०६६) ।

मानिसमा चेतनाको कमी, अन्धविश्वास र जागरणको अभावले गर्दा मृत्युदर र रुग्णतादर बढेको अवस्था छ । “रोग लागेर उपचार गर्नुभन्दा रोग नै लाग्न नदिनु उत्तम हुन्छ ” भन्ने भनाइप्रति हाम्रो समुदाय सचेत हुन नसकेको अवस्था छ । आई. सी.पी. डीले सन् २००० भित्र शिशु र ५ वर्ष मुनिका बालमृत्युदरलाई कम्तीमा १ तिहाइ न्यून गर्ने र प्रतिहजार जन्म ५० देखि ७० भन्दा नबढाउने र सन् २०१५ भित्र ३५ देखि ४५ मा झार्ने मातृशिशु दर सन् २००० मा १९९० को भन्दा आधा घटाउने र सन् २०१५ भित्रमा ६० प्रतिलाखमा झार्ने, २०१५ भित्रमा विश्वव्यापी रुपमा पूर्ण र विश्वसनीय परिवार नियोजनका साधनहरू र सम्बन्धित प्रजनन र यौनिक स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने मातृमृत्यु उच्च रहेको स्थानमा सन् २०१५ भित्र कम्तिमा पनि ४० प्रतिशत तालिमप्राप्त व्यक्तिको सहयोगबाट बच्चा जन्माउन लगाउने र २०१० मा ५०% र २०१५ मा ६०% पुऱ्याउने रहेको छ । त्यसलाई विश्वव्यापी रुपमा सन् २००५ भित्र ८०% र २०१० भित्र ८५% र २०१५ मा ९०% पुऱ्याउने लक्ष्य राखेको छ (महर्जन, २०६७) ।

प्रजनन पक्षबाट स्वस्थ हुनका लागि प्रजनन तथा यौन सम्बन्धी मानसिकता, दृष्टिकोण, अवधारणा, सोच आदि कुरामा सकारात्मक हुनुपर्छ । प्रजनन स्वास्थ्य अन्तर्गत रहेको सुरक्षित मातृत्व महत्वपूर्ण क्षेत्र हो । महिलाले आफ्नो इच्छा अनुसार गर्भवती हुन वा नहुन, गर्भवती अवस्थामा स्वस्थ रहन, सुरक्षित रुपमा प्रसूती गर्न वा स्वस्थ शिशु जन्माउन, सुत्केरी अवस्थामा स्वस्थ रहन र शिशुलाई पनि स्वस्थ राख्न स्तरीय स्वास्थ्य सेवाहरू उपलब्ध हुने अवस्था सृजना गर्नुलाई सुरक्षित मातृत्व भनिन्छ (महर्जन, २०६७) ।

१.२ समस्याको कथन

मानिसले सफल र सार्थक जीवन यापन गर्न शिक्षा अपरिहार्य भएजस्तै प्रजनन स्वास्थ्यको ज्ञान हुनु अनिवार्य भएको छ । सुरक्षित मातृत्व, प्रजनन स्वास्थ्यको एक महत्वपूर्ण स्रोत हो । गर्भावस्थामा उचित हेरचाह र स्वास्थ्यपूर्ण व्यवहारले आमा र बच्चाको भावी जीवन निर्धारण गर्दछ । प्रसव अवस्थामा आउन सक्ने जटिलता र समस्याको चेतना, सुत्केरी पश्चात् आमा र बच्चाको स्वास्थ्यस्तर उकास्न गरिने अभ्यास उचित जानकारी नभएको अवस्थामा आमा शिशु दुवैको जीवन

जोखिममा पर्न सक्छ । रक्तचाप बढ्ने, खुट्टा सुन्निले, रक्तश्राव, बच्चा उल्टो जन्मने र अङ्किने समस्या र जन्मिसके पछि अत्याधिक रक्तश्राव भई आमा र बच्चा दुवैको मृत्यु हुने सम्भावना बढी हुन्छ । उचित हेरचाह, आराम नहुँदा पाठेघरमा असर परि पाठेघरमा संक्रमण हुने, पाठेघर खस्ने र पोषणयुक्त खानाको अभावमा दुवैलाई कुपोषण हुने सम्भावना हुन्छ । यस समुदायको आमाहरूमा पाठेघर खस्ने, प्रसव अवस्थामा रक्तश्राव भई मृत्यु हुने, लामो प्रसव अवधि भई जटिलता र संक्रमणका कारण आमा र शिशुको ज्यान गएको, सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान र धारणाको कमी र अस्वस्थकर व्यवहारका कारण बालबच्चाको रुग्णता दर बढ्नुका साथै मृत्यु समेत हुने गरेको छ । आमाको स्वास्थ्य अवस्था समेत खराब रहेको पाइयो । यस्तो समस्या आउन नदिन सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान र अभ्यास हुन जरुरी हुन्छ । यस समुदायमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी के कस्तो अभ्यास गर्दछन् ? सुत्केरी पश्चात् आमा र शिशुको स्वास्थ्य उकास्न कस्ता उपाय अपनाउँछन् ? भन्ने अध्ययन मोरङ जिल्ला कोसीहरैँचा वार्ड नं. ५ को बेलपुरमा “सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन” शीर्षक अन्तर्गत रही समुदायमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी महिला र पुरुष कस्ता अभ्यास गर्छन् ? सुत्केरी पश्चात् आमा र शिशुको स्वास्थ्य सुधारमा कस्ता अभ्यास गर्छन् र सुरक्षित मातृत्वको विषयमा के-कस्ता समस्याहरू देखिएका छन् ? प्रजनन स्वास्थ्यप्रतिको आम चेतनाको खोजी गर्नु जस्ता पक्षहरूको खोजी गर्नु मेरो अनुसन्धानको समस्या हुनेछ ।

१.३ अध्ययनको महत्व

सुरक्षित मातृत्व एक संवेदनशील विषय र यस विषयमा ध्यान दिन अति नै आवश्यक भइसकेको छ । देशको विकासका लागि मातृ, शिशु मृत्युदर र रुग्णतादर चुनौतिका रूपमा देखा परिरहेको छ । गर्भवतीको समय समयमा स्वास्थ्य परीक्षण गराउने, आवश्यक हेरचाह र औषधी, पोषणयुक्त खानाको उपलब्धता र खोपको मात्रा पुऱ्याउने कुराको सूचना समुदायमा प्रवाह गराउन आवश्यक छ । प्रसुती हेरचाह अन्तर्गत यस अवस्थामा आमा र बच्चामा देखा पर्ने सक्ने जटिलताहरू रोकथान, समयमै निदान र उपचारका कुराहरू पर्दछन् । स्तनपान, पोषण, गर्भनिरोध र बच्चाको स्याहार, रक्ताल्पता, रक्तचाप, रक्तश्राव, समय नपुग्दै प्रसव हुने समस्याहरू हुनसक्छन् । बच्चाको हेरचाह, आमा स्वयंको हेरचाह कसरी गर्ने भन्ने व्यवहारिक सहयोग गर्न जरुरी छ ।

यस्तो अवस्था आउन नदिनका लागि प्रजनन स्वास्थ्य अन्तर्गत रहेको सुरक्षित मातृत्व क्षेत्रलाई विशेष ध्यान दिई स्वास्थ्य सेवा र सुविधा उपलब्ध गरी यस सम्बन्धी समस्याहरू समाधान गर्न सकिन्छ । यस अध्ययनको औचित्यलाई निम्नानुसार प्रस्तुत गर्न सकिन्छ :

- (क) समुदायमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी सकारात्मक धारणाको विकास गरी अभ्यास गराउन सक्नेछ ।
- (ख) विभिन्न संघसंस्थाले गर्ने जनचेतनामूलक कार्यक्रमको निमित्त एउटा सहयोगी सामग्री बन्नेछ ।
- (ग) सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी सहूलियत पहुँच उपलब्धता जस्ता पक्षहरूमा नीति निर्माण गर्न सहयोग पुऱ्याउनेछ ।
- (घ) सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी जानकारी राख्न चाहने जोकोहीलाई सहयोगी सामग्री बन्नेछ ।

१.४ अध्ययनको उद्देश्य

यस अध्ययनका उद्देश्यहरू निम्नानुसार रहेका छन् :

- (क) सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी समुदायका महिलाहरूको ज्ञान र अभ्यासको पत्ता लगाउनु,
- (ख) समुदायमा सुरक्षित मातृत्वको वर्तमान अवस्था पत्ता लगाउनु ।
- (ग) सुरक्षित मातृत्वका समस्यालाई पहिचान गर्नु ।

१.५ अध्ययनको परिसीमाङ्कन

- क) यो अध्ययन मोरङ जिल्ला कोसीहरैँचा न.पा वार्ड नं. ५ को बेलेपुरमा बसोबास गर्ने १२० जना विवाहित महिला र पुरुषमा समिति गरिएको छ ।
- ख) यो अध्ययन १५-४९ वर्षका विवाहित महिलाहरूमा सिमित गरिएको छ ।
- ग) यो अध्ययनमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान, अभ्यास, प्रजनन स्वास्थ्य, शिशु स्वास्थ्य स्याहार सम्बन्धी अध्ययन गरिएको छ ।
- घ) सीमितस्रोत, साधन र समय भित्र रही तयार गरिएको छ ।
- ङ) यो अध्ययन नेपालको सबै स्थानमा सामान्यीकरण गर्न मिल्ने छैन् ।

१.६ अध्ययनमा प्रयोग भएका पारिभाषिक शब्दावली

अपरिहार्य : धेरै आवश्यक भएको

आपूर्ति : उपलब्ध भएका अवस्था

कुपोषण : पोषणको कमी भएको एक अवस्था

- गर्भपतन : नौ महिना पूरा नभई गर्भ खेर जानु
- गर्भवती : गर्भधारण गरेकी महिला
- जोखिम : खतरायुक्त
- निर्मूल : पूर्ण रुपमा नष्ट गर्नु
- परिवार नियोजन : परिवारको आकारलाई निर्धारण गर्न शिशुको जन्मान्तर गर्ने योजना
- पोषण : उपयुक्त मात्रामा शरीरलाई चाहिने गुणस्तरीय खानाको पूर्ति
- प्रजनन : जीवित प्राणीको सन्तान उत्पादन गर्ने प्रणाली वा प्रक्रिया
- प्रसूती : गर्भवती महिलाले शिशुलाई धर्तीमा जन्म दिने समयको अवस्था
- विवाह : पति पत्नीका रुपमा पुरुष र स्त्रीका रुपमा परिचित हुने र सन्तान उत्पादन गर्ने वैध अधिकार प्राप्त गर्न गरिएको एक सामाजिक संस्कार
- मातृ : सन्तान जन्माएकी महिलाको ४५ दिनको अवधि
- सुत्केरी : बच्चालाई जन्म दिइसके पछि ४५ दिनको अवधि
- संक्रमण : जीवाणु र विषाणुबाट हुने रोग
- सूक्ष्म : अति सानो
- स्वतन्त्र : कुनै बन्धन नभएको
- स्वास्थ्य : कुनै पनि रोगबाट संक्रमित नभएको अनुभव भएको अवस्था
- शिशु : जन्मेदेखि ४५ दिनको अवधिको बालक

परिच्छेद - दुई : सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन

२.१ सैद्धान्तिक साहित्यको पुनरावलोकन

बेटी फ्रेडन (१९६३) को नारीवादी सिद्धान्त अनुसार नारी र पुरुष बीच खासै फरक नभएको लैङ्गिक पक्षमा भने जैविक विज्ञानको मान्यताले फरक छन् भन्ने कुरा पाइन्छ। यस सिद्धान्त अनुसार प्रकृतिले महिला र पुरुष दुई भिन्ना भिन्नै लिङ्ग निर्धारण गरी उत्पत्ति गरेको भए पनि उनीहरूको कार्य, अधिकार, उत्तरदायित्व र कर्तव्य समान छ। एक अर्काको परिपूरक भई आफ्नो आवश्यकता पूरा गर्न सक्षम छन्। स्वास्थ्यको क्षेत्र, सुरक्षित मातृत्वका विषयमा आमा मात्र जिम्मेवार नभई बुबाको पनि उत्तिकै सहयोग, कर्तव्य र भूमिका रहन्छ। स्वास्थ्य जस्तो अति संवेदनशील क्षेत्रमा महिला र पुरुषको समान सहभागिता र उत्तरदायित्व रहेको खण्डमा स्वस्थ र गुणस्तरीय जीवनको परिकल्पना गर्न सकिन्छ (दुलाल, २०६८)।

CP Blacker (1947) जनसंख्या संक्रमणको सिद्धान्त (Demographic Transition Theory) अनुसार विविध कारणहरूले सुरुमा प्रजननदर र मृत्युदर दुवै उच्च भई राष्ट्रको जनसंख्या वृद्धिदर स्थिर प्रकृतिको हुन्छ। यसमा अति न्यून विकसित मुलुकहरू पर्दछन्। दोस्रो अवस्थामा रूढिगत धार्मिक परम्परालाई त्यागदै आधारभूत स्वास्थ्य क्षेत्रमा जनताको पहुँच विस्तार हुन गई प्रजनन र मृत्युदर घट्न थाल्दछ तर प्रजननको तुलनामा मृत्युमा ह्रास आउने कारण जनसंख्या तिव्र बढ्छ। यसलाई संक्रमणको अवस्था भनिन्छ। यसमा विकासोन्मुख र विकसित राष्ट्र समेत पर्दछन्। संक्रमण पश्चातको अवस्थामा जन्मदर र मृत्युदर दुवै वरावर हुनजान्छ र कहिलेकाँही जन्मदर भन्दा मृत्युदर कम समेत हुन पुग्छ। जसमा जनसंख्या वृद्धिमा व्यापक ह्रास आई प्रतिस्थापनको तहमा पुग्दछ। यसमा अति विकसित मुलुकहरू पर्दछन्। नेपाल भने जनसंख्या संक्रमणको मध्य अवस्थामा पर्दछ (काफ्ले र साथीहरू २०७३)। जनसङ्ख्या संक्रमणको यो सिद्धान्त संग अध्ययन क्षेत्र मेल खाएको देखिदैन। किनकी यस क्षेत्रमा जन्मदर र मृत्युदर दुवै उच्च रहेको कारणले गर्दा जनसङ्ख्या वृद्धिदर स्थिर किसिमको रहेको पाइन्छ।

इभरेट रोगर्स (१९४०) को नयाँ वस्तु/व्यवहारको फैलावट (The Diffusion of Innovation) सिद्धान्त अनुसार कुनै पनि नयाँ व्यवहार अथवा वस्तु समुदायको मानिसले एकैचोटी ग्रहण गर्दैनन्। यो ग्रहण गर्ने क्रममा सुरुमा ज्यादै ढिलो हुन्छ। त्यस पछि केही समयको निमित्त यो स्थिर किसिमले रहन्छ र बिस्तारै जब १३ प्रतिशत देखि २० प्रतिशत मानिसहरूले यो नयाँ परिवर्तनलाई अँगाली सकेपछि व्यवहार ग्रहण बक्ररेखा (Behaviour Adoption Curb) माथि जान्छ। जसको अर्थ छोटो समयमै धेरै मानिसले नयाँ व्यवहारलाई अँगाल्नु हुन्छ। त्यसपछि क्रमशः फेरि

यो बी. ए. सी. को गति विस्तारै घट्न थाल्दछ फेरि बी. ए. सी. का गतिमा तीव्रता आउँछ। जसले त्यो बी. ए. सी. लाई अंग्रेजी अक्षर 'S' को आकार दिन्छ। तर समुदायका शतप्रतिशत व्यक्तिले नयाँ व्यवहार अथवा नयाँ वस्तुको प्रयोग गर्दछन् भन्ने चाहिँ होइन। किनकि समुदायमा केही त्यस्ता व्यक्तिहरू पनि हुन्छन् जो परिवर्तन नै चाहँदैनन् जसलाई लेगार्डस् भनिन्छ (मुडवरी, २०६७)। यस अध्ययन क्षेत्रमा पनि कति पय यस्ता मानिस छन् जसले नयाँ व्यवहारको प्रयोग नगरेको पाइन्छ। अर्थात् समाजमा रुढिवादि प्रथा र परम्परा कायमै छ।

किशोरकिशोरी अवस्थामा गर्भवती भएमा आफ्नो स्वास्थ्यको हेरविचार कसरी गर्ने, सन्तान जन्माइसके पनि बच्चाको स्वास्थ्य स्याहार कसरी गर्ने, आदिबारे पूर्ण ज्ञान हुँदैन। यसका साथै यो अवस्थामा शारीरिक, मानसिक तथा भावनात्मक रूपमा पनि सन्तानको जिम्मेवारी लिन सक्षम हुँदैन। किशोरी अवस्थामा आमा हुँदा विभिन्न किसिमका प्रतिकूल असरहरू देखा पर्दछः शिक्षामा अवरोध, सानै उमेरमा सन्तानको जिम्मेवारी वहन गर्नुपर्ने, बृद्धिविकासको अवसर गुम्ने र सीमित हुने, सानो उमेरमा प्रजनन अङ्गको यथोचित विकास नभै सकेको कारणले तौल कम, बच्चाको राम्रो विकास नहुने, गर्भपतन हुने, अपरिपक्व जन्म हुने जस्ता समस्या बढ्छन्। प्रसव व्यथा लागेकी महिलालाई कहिल्यै पनि एकलै छाड्नु हुँदैन। अस्पताल वा स्वास्थ्य संस्थामा प्रसूति गराउने सबै भन्दा सुरक्षित हुन्छ। घर स्वास्थ्य सुविधा भन्दा टाढा भएमा तालिम प्राप्त सुडेनी वा अनमीलाई पहिले नै जानकारी वा खबर दिइ राख्नु पर्छ। तालिम प्राप्त स्वास्थ्यकर्मी वा सुडेनीको संभावना नभए पहिले देखि नै प्रसूतिको लागि सामग्री र पैसाको व्यवस्था गरिराख्नु पर्छ (महर्जन, २०६८)।

आमा सुरक्षा कार्यक्रमको सुविधा वितरण गर्दा सर्वप्रथम : (क) गर्भवती तथा प्रसूति सेवा निःशुल्क उपलब्ध गराउने, (ख) सेवाग्राही महिलालाई गर्भवती तथा प्रसूति सेवा लिन आएवापत यातायात खर्च भुक्तानी गर्ने, (ग) निःशुल्क सेवा दिएवापत संस्थाको इकाइ मूल्य स्वास्थ्य संस्था व्यवस्थापन समितिले लिने र (घ) घरमा गई सेवा दिएका सेवा प्रदायकलाई क्रमशः प्राथमिकताका आधारमा कायम गरी सो अनुसारको प्राथमिकता आधारमा प्रोत्साहन रकम वितरण गर्ने व्यवस्था गर्नु पर्छ। प्रोटोकल अनुसार चार पटक गर्भवती सेवा लिई स्वास्थ्य संस्थामै प्रसूति गराउने महिलालाई स्वास्थ्य संस्थाबाट डिस्चार्ज भै जाने बेलामा रु ४०० गर्भवती तथा प्रसूति उत्प्रेरणा सेवावापत भुक्तानी दिनु पर्ने छ (आमा सुरक्षा कार्यक्रम, २०६९)।

सुरक्षित मातृत्व सञ्जाल महासंघ नेपालले राजधानीमा आयोजना गरेको 'सम्मानित गर्भ सेवा' विषयक कार्यक्रममा सरकारसँग सम्मानित, सुरक्षित मातृत्वको माग गरेका छन्। महासंघकी अध्यक्ष आरजू राणा देउवाले गर्भवती महिलाले सुरक्षित मात्र नभई सम्मानित सुरक्षित मातृत्व

हुनुपर्ने बताइन् । महिलालाई गर्भवती भएको बेला समानता, स्वतन्त्रता, विभेद, गोप्यता, मर्यादा र सम्मान पाउनु पर्ने बताइन् । महासंघकै उपाध्यक्ष सूर्यकुमारी श्रेष्ठले १७ वर्ष अघि गरिएको अनुसन्धानमा एक लाखमा ५३९ जना महिलाको बच्चा जन्माउँदा मृत्यु हुने गरेको तथ्य प्रस्तुत गरिन् (अन्नपूर्णा पोस्ट, २०७०) ।

२.२ अनुभवजन्य साहित्यको पुनरावलोकन

पोखल (२००३) ले ग्रामिण क्षेत्रको प्रजनन स्वास्थ्यमा पुरुषको भूमिका शीर्षकमा तयार गरेको अध्ययनमा प्रायः जसो उत्तरदाताहरूको गर्भवति अवस्थामा उनीहरूको धेरै जसो हेरचाह श्रीमानले गर्ने भनेर बताए क्रमिक रूपमा शहर र ग्रामीण क्षेत्रमा ८८ प्रतिशत र ८६ प्रतिशत उत्तरदाताहरूले गर्भवती अवस्थामा आफ्नो श्रीमानले हेरचाह गरेको बताए त्यसै गरि ७६.६ प्रतिशत शहर पुरुष उत्तरदाताले प्रसव पीडाको समयमा उनीहरूको श्रीमतीलाई अस्पताल पुऱ्याएका थिए भने ४३.५ प्रतिशत ग्रामीण श्रीमानले प्रसव अवस्थामा अस्पताल पुऱ्याएका छन् ।

प्रजापति (२०६१) ले सामुदायिक स्वास्थ्य नर्सिङ् शीर्षकमा गरेको अध्ययनमा बालबालिकाको स्वास्थ्यलाई प्रभाव पार्ने तत्वहरूमध्ये पौष्टिक आहार एक अत्यन्तै महत्वपूर्ण तत्व हो । यसले बालबालिकाहरूको स्वास्थ्यलाई प्रत्यक्ष प्रभाव पार्दछ । गर्भावस्थामा गर्भिणी आमालाई पौष्टिक तत्वहरू उपयुक्त मात्रामा आपूर्ति हुन सकेन भने गर्भको शिशुको स्वास्थ्यमा प्रतिकूल असर पार्दछ । कुपोषित आमाको शिशु कम तौलको हुने विभिन्न संक्रमणको कारण मृत्यु पनि हुन सक्छ । गर्भावस्थाको कुपोषणको प्रभाव जीवनपर्यन्त रहिरहन सक्दछ । त्यसैगरी जन्मपश्चात् पनि पौष्टिक खानाको आपूर्तिले पनि बालकको स्वास्थ्यमा महत्वपूर्ण भूमिका निर्वाह गरेको हुन्छ । उपयुक्त पोषण अभावमा रिकेट्स, सुकेनास, रक्ताल्पता, मन्दबुद्धि, रतन्धो, लठ्यौरोपन जस्ता शारीरिक विकृतिहरू उत्पन्न हुन सक्दछन् । यस्तो शारीरिक तथा मानसिक पनि प्रभावित हुन सक्दछ । उपयुक्त पौष्टिक पदार्थको राम्रो आपूर्ति भएका स्वास्थ्य बालबालिका विकासको क्रममा अगाडि हुन्छन् ।

“थारु महिलाको सुरक्षित मातृत्व प्रतिको अभ्यास” शीर्षकमा गरिएको अनुसन्धानमा उनीहरूको सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान पत्ता लगाउने उद्देश्य राखिएको जसको प्राप्तस्वरूप उच्च ज्ञानको तह ३२%, मध्यम तह ५२% र निम्न तहको ज्ञान १६% रहेको पाइयो (थारु जर्नल, २०१०) ।

अधिकारी (सन् २०१०) ले नवलपरासी जिल्ला, पञ्चपुर गा.वि.स का दलित समुदायमा सुरक्षित मातृत्वको अभ्यास सम्बन्धि ११५ जना आमाहरूमा गरेको अध्ययन अनुसार १३.९१ प्रतिशत उत्तरदाताले गर्भवस्थामा थप पोषणयुक्त खाना खाएको ७६.६५ प्रतिशतले थप खाना तथा

आइरनचक्की नखाएको, ९७.३९ प्रतिशत आमाले घरमै बच्चा जन्माएको तथा २.६१ प्रतिशतले मात्र गर्भवस्थामा उचित स्वास्थ्य सुविधा पाएको बताएका छन् ।

कार्की (वि.स. २०६६) ले १९८७ मा केन्याको राजधानी नैरवीमा भएको सुरक्षित मातृत्वका लागि विश्वव्यापी प्रयास प्रसम्भ गरेको हो साथै यसले विश्वमा सुरक्षित मातृत्वको क्षेत्रमा ठूलो हलचल नै पैला गरेको थियो । प्रसूति सेवा सम्बन्धी अपर्याप्त पहुँचका कारण वर्षेनी हजारौ महिलाको मृत्यु र लाखौ महिलालाई प्राभावित परिरहेको असहज परिस्थितिबारे विश्व जनमतको ध्यानाकर्षण गर्नु यसको मुख्या लक्ष्य थियो ।

गर्भधारण गरेकी र सुत्केरी भएको ४५ दिन भित्रकी आमा र गर्भदेखि ५ वर्ष सम्मको शिशुको स्वास्थ्यको शारीरिक र मानसिक अवस्थाको राम्रो ख्याल राख्नुपर्छ । प्रकृतिले नै गर्भधारण गर्ने र शिशु जन्म दिने शक्ति महिलालाई मात्र प्रदान गरेको हुन्छ । त्यसकारण गर्भधारण गर्ने र शिशुलाई जन्म दिने अभिभारा सुम्पेको महिलाहरूको स्वास्थ्यको विशेष हेरचाह र रेखदेख गरिनुपर्ने देखिन्छ (रिपोर्ट, २०६६) ।

बाह्रौ त्रिवर्षीय योजना (वि.सं. ०६७/०६८-२०६९/०७०) को अनुसार आधार वर्षमा नेपालको कुल प्रजननदर २.९ प्रति महिना (१५-४९ वर्ष) परिवार नियोजनका साधनको प्रयोग कर्ता ४८ प्रतिशत मातृ मृत्युदर २२.९९ प्रति लाख शिशु मृत्युदर ३० प्रति हजार बलमृत्युदर ५५ प्रतिहजार रहेको छ भने योजना अन्त्यमा कुल प्रजनन दर २.७५ प्रति महिना परिवार नियोजनको साधनको प्रयोग कर्ता ५७ प्रतिशत मातृमृत्युदर १९.२ प्रति लाख शिशु मृत्युदर २३ प्रतिहजार र बालमृत्यु दर ४७ प्रतिहजारमा झार्ने लक्ष्य राखेको पाइन्छ ।

नेपालमा सरकारी तथा गैरसरकारी संघसस्थामा गर्भवती प्रसूति र सुत्केरी सेवाहरू धेरै पहिले देखि उपलब्ध छन् तर सबै सेवाहरू संस्थामा प्रायः उपलब्ध हुँदैन स्वास्थ्य मन्त्रालयले मातृत्व स्वास्थ्य सेवालार्थ व्यापक गुणस्तरीया र प्रभावकारी बनाउने सोचबाट सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम लागु गरेको पाइन्छ । नेपालमा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम लागु गर्न सन् १९९२ मा स्वास्थ्य सचिवको अध्यक्षतामा नौ सदसिय कार्यदल बनाई यस क्षेत्रमा गर्नु पर्ने कार्यका लागि एक प्रतिवेदन तयार पारियो । दोस्रो दिर्घकालिन योजना (सन् १९९७-२०१७) को अवधिकालागि नेपालमा सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रमका लक्ष्यहरू मातृ मृत्युदर २५० प्रतिलाख जीवित जन्ममा घटाउने गर्भ निरोधनका साधनहरूको प्रयोगदर वृद्धि गरेर ६५ प्रतिशत पुर्याउने कम्तिमा ४ पटक गर्भवती जाँच गराउने, गर्भवती महिलाहरूको संख्या ८० प्रतिशत पुर्याउने गर्भवती महिलाहरूलाई आइरनको कमिबाट हुने रक्त अल्पतालाई घटाएर १५ प्रतिशतमा ल्याउने १५-४४ वर्षका करिब ९० प्रतिशत महिलाहरूलाई

टि.टि. खोप दिने तालिम प्राप्त स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूद्वारा सुत्केरी गराउनेहरूको सङ्ख्या ६० प्रतिशत पुऱ्याउने, सुरक्षित मातृत्व कार्यक्रम लागु भएका जिल्लाहरूमा अत्यावश्यकिय प्रसूती सेवाको परिपूती दरलाई सन् २००६ सम्ममा २ प्रतिशतले वृद्धि गर्ने र कार्यक्रमको विस्तार संगै यस दरलाई पनि वृद्धि गर्दै लैजाने, कम तैलका शिशुहरूको जन्मदरलाई घटाएर १२ प्रतिशतमा ल्याउने (विष्ट, जोशी, २०६७) ।

गर्भवती महिलाले गर्भवती अवस्थामा हुन सक्ने खतराका लक्षणहरूमा निकै ध्यान दिनु पर्दछ । जस्तै टाउको निकै दुख्ने, आँखा धमिलो देख्ने भएमा हात, खुट्टा, मुख सुन्निएमा, तल्लो पेट निकै दुखेमा, हात खुट्टाको कम्पन हुने वा मुर्छा परेमा वा यदि अलिकति पनि रगत बगेमा अत्यन्तै ध्यान दिनु जरुरी हुन्छ र तुरन्तै अस्पताल जानुपर्दछ । अस्थायी परिवार नियोजनका साधनहरू र स्थायी परिवार नियोजनका साधनको प्रयोग गरेर महिलालाई गर्भवती हुनबाट बचाउन सकिन्छ । अस्थायी परिवार नियोजनका साधनहरूमा पिल्स, डिपोप्रोभेरा सुई, इम्प्लान्ट आई, यु.सी.डी, डायफ्राम आदि महिलाहरूले प्रयोग गर्न सक्छन् भने पुरुषहरूले कण्डम प्रयोग गरेर महिला वा केटीलाई गर्भवती हुनबाट बचाउन सक्छन् । विवाह नै एउटा यस्तो संस्था हो जसले हाम्रो समाजमा सामाजिक निरन्तरताका लागि महत्वपूर्ण भूमिका खेल्दछ । विवाह नै एउटा यस्तो माध्यम हो जसले नाता, परिवार, समाज तथा यौन व्यवहारलाई व्यवस्थापन गर्दछ र सबै नातालाई औपचारिकता तथा कानूनी मान्यता दिन्छ । जसले सामाजिक निरन्तरता प्रदान गर्दछ । अर्थात् हाम्रो देशको प्रचलित धार्मिक, सांस्कृतिक प्रचलन अनुसार कुनै व्यक्तिको वंशको निरन्तरता विवाहको माध्यमबाट भइआएको छ । साथै हाम्रो देशमा विवाह नगरी सन्तान जन्माएमा समाजले सजिलै स्वीकार गर्दैन (स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, २०६६) ।

नेपाल जीवन स्तर सर्वेक्षण (NLSS III 2011) ले नेपाल सरकार राष्ट्रिय योजना आयोगको प्रतिवेदन अनुसार नेपालको कुल प्रजनन् दर ३.४ प्रति महिना गर्भावस्थामा स्वास्थ्य परिक्षण गर्ने महिला ७८.२ प्रतिशत सुत्केरी भए पछि स्वास्थ्य परिक्षण गराउने महिला १९.५ प्रतिशत १५देखि ४९ वर्ष उमेरका विवाहित महिलामा ८२.६ प्रतिशतले परिवार नियोजनका साधनप्रयोग गरेका १४.७ प्रतिशत पुरुष र २३ प्रतिशत महिलाले परिवार नियोजनका स्थाई साधनको प्रयोग गरेको बताएका छन् ।

एउटी स्वस्थ गर्भवतीले स्वस्थ बालकको जन्म दिन्छन् र स्वस्थ बालक नै भविष्यको स्वस्थ जनशक्ति हुन्छ । गर्भे बालकको उचित विकास र गर्भवती महिलाको स्वास्थ्य प्रवर्द्धनको लागि

गर्भवती अवस्थामा उनको उपयुक्त रूपमा हेरचाह गर्न आवश्यक छ । नेपालमा यस अवस्थामा ध्यान दिन नसकेकै कारण महिलामा अनेक समस्या उत्पन्न भएको छ (महर्जन, २०६७) ।

खाती (२०१२) ले बाजुरा जिल्ला कुलदेवमाण्डु गा. वि. स. का दलित र गैर दलित समुदायमा सुरक्षितमातृत्वको ज्ञान तथा अभ्यास सम्बन्धी अध्ययन गरेकाछन् । १५-४९वर्षका महिलाहरूको सामाजिक आर्थिक स्थिति पत्ता लगाउनु, कुलदेवमाण्डु गा. वि. स. का दलित र गैर दलितमा सुरक्षितमातृत्वसम्बन्धी ज्ञान पत्ता लगाउनु, दलित गैर दलितमा सुरक्षितमातृत्वको अभ्यास पत्ता लगाउनु यसका मुख्य उद्देश्य रहेका देखिन्छन् । यो अध्ययन वर्णनात्मक ढाँचामा आधारित रहकोछ । यो अध्ययन बाजुरा जिल्लाको कुलदेवमाण्डु गा. वि. स. का वडा नं. १, २, ३ र ४ का दलित ५२ र गैर दलित ११२ जनामा गरेकोछ । यसमा लोटरी विधिद्वारा जनसङ्ख्याको छनोट गरेको उल्लेखछ । दलित समुदायमा ३८.४६ प्रतिशत अशिक्षित रहेका छन् भने गैर दलितहरूमा ४१.०७ प्रतिशत प्राथमिक तह पूरा गरेका छन् । त्यस्तै ४६.१५ दलित लेबर रहेका देखिन्छन् । ३६.६० प्रतिशत गैर दलितले व्यापार व्यवसाय गरेको देखिन्छ । सुरक्षितमातृत्वसम्बन्धी जन चेतना पाएका दलित ७१.१५ प्रतिशत र गैर दलित ८४.८२ प्रतिशत रहेका छन् । दुवै समुदायमा १७-१९ वर्षको विचमा गर्भधारण गरेको पाइयो । गर्भावस्थामा दलित २१.१५ प्रतिशत र गैरदलित ३६.६१ प्रतिशतले आइरन चक्की सेवन गरेका छन् ।

बास्तोला (२००७) ले इलामा जिल्ला मंगलबारे गाविसमा विभिन्न जनजाति समुदायका महिलाका सुरक्षित मातृत्वका श्रीमानको भुमिका सम्बन्धि अध्ययन अनुसार ९६.१५ प्रतिशतले आफ्नी श्रीमती गर्भवती हुदा टि.टि खोप लगाउन लगेको बताएका छन् । जसमा ३४.४९ प्रतिशत राई ३६ प्रतिशत नेवार ३३.३३ प्रतिशत लिम्बू ३६.३७ प्रतिशत मगर २२.२१ प्रतिशत सुनुवार जातिका श्रीमानहरूले आफ्नी श्रीमती गर्भवती भए देखि काखे बालक नहुन्जेल सम्म निरन्तर हेरचाह गरेको पाइयो ।

थापा (२०१२) ले बझाङ्ग जिल्ला लामाटोल गा.वि.स.मा दलित समुदायका १५ -१९ वर्षको महिलामा सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान र अभ्यास सम्बन्धी गरेको अध्ययन अनुसार १० प्रतिशत महिला १६ वर्ष भन्दा कम ३०.८३ प्रतिशत महिला १७-१९ वर्षमा ३५ प्रतिशत महिला २० देखि २२ वर्षमा र २४.१७ प्रतिशत महिला २२ वर्ष भन्दा बढि उमेरमा गर्भवती हुने गरेको पाइयो । त्यस्तै ७९.१७ प्रतिशत उत्तरदाताले गर्भवस्थामा स्वास्थ्य परिक्षण नगरेको पाइयो र २०.२३ प्रतिशतले मात्र गर्भवस्थामा स्वास्थ्य परिक्षण गरेको बताएका छन् ८३.३३ प्रतिशतले घरमानै र ८.५ प्रतिशतले अस्पतालमा १.७६ प्रतिशतले स्वास्थ्य चौकि र ६.६७ प्रतिशतले विभिन्न ठाउँमा बच्चा जन्माएको

बताएका छन् । उक्त क्षेत्रका ६९.१७ प्रतिशत उत्तरदाताले जनाए पछि विभिन्न स्वस्थ्य समस्या देखिएको र २०.८३ प्रतिशतले कुनै पनि समस्या नभएको बताएका छन् ।

बम (२०१३) कैलाली जिल्ला जनक गाविसका थारु समुदायमा सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान अभ्यास सम्बन्धि अध्ययनमा गर्भवति अवस्था ५४ प्रतिशतले आफ्ने श्रीमान ३७ प्रतिशतले सासु ससुरा र ९ प्रतिशतले छरछिमेकिले सहयोग गरेको बताए त्यस्तै ११ प्रतिशतले सुत्केरी पश्चात पनि स्वस्थ्य संस्थमा गई स्वास्थ्य परिक्षण गरेको र ८९ प्रतिशतले सुत्केरी भएपछि स्वस्थ्यमा गई स्वस्थ्य परीक्षण नगरेको बताएका छन् ।

तथ्याङ्क विभागले गरेको सर्वेक्षण अनुसार अहिले पनि ११.५ प्रतिशत १४ वर्ष भन्दा कम उमेरमा पहिलो विवाह भएको पाइन्छ, गर्भवती प्रसव र सुत्केरी गरी तीन अवस्थामा स्वास्थ्य र स्वस्थ्य बच्चाको जन्मलाई ध्यान दिनु पर्छ, सहश्रान्दी विकास लक्ष प्राप्त गर्ने क्रममा नेपालले १९९० देखि २०१५ को विचमा मातृमृत्युलाई दुईतीहाई घटाउने प्रतिवद्धता जनाएको हो अन्य लक्ष्यको तुलनामा सुरक्षित मातृत्वमा प्राप्त उपलब्धी उत्साह जनक भए पनि सत प्रतिशत उपलब्धी हासिल गर्न थप सक्रियता जरुरी छ (www.annapurnapost.com 17th July 2014) ।

लैङ्गिक विभेद बिना समान वंशीय हक र प्रजनन सम्बन्धी हक तथा महिला विरुद्ध धार्मिक, सामाजिक, सांस्कृतिक परम्परा, प्रचलन वा अन्य कुनै आधारमा शारीरिक, मानसिक र यौनजन्य, मनोवैज्ञानिक वा अन्य कुनै किसिमको हिंसाजन्य कार्य वा शोषण गरिनु हुँदैन भन्ने ग्यारन्टी हुनुपर्छ (नारी, २०६९) ।

पौडेल (२०१४) ले मोरङ जिल्ला शनिश्चरे गाविसका मगर समुदायमा सुरक्षित मातृत्वमा श्रीमानको भुमिका सम्बन्धी अध्ययन अनुसार ९० प्रतिशत उत्तरदाताले गर्भवस्थमा श्रीमानले हेरचाह गरेको बताएको छन् त्यस्तै ४४.४४ प्रतिशत उत्तरदाताले ३ पटक ८.१५ प्रतिशतले १ पटक २५.९३ प्रतिशतले २ पटक र २१.४८ प्रतिशतले ४ पटक गर्भवस्थामा स्वास्थ्य परीक्षण गरेको बताएको छन् भने ७३.२३ प्रतिशत उत्तरदाताले प्रत्येक पटक गर्भवती हुदा टि.टि खोप लगाएको र २६.६७ प्रतिशतले खोप नलागाएको छन् ८०.६६ प्रतिशतले आइरन चक्क खाएको र १९.४४ प्रतिशतले आइरन चक्क नखाएको बताएका छन् भने ६२.६७ प्रतिशतले गर्भवस्थमा श्रीमानले थप पौष्टिक खाना खुवाएको र ३७.३३ प्रतिशतले नखुवाएको पाइयो ।

सुरक्षित मातृत्व सञ्जाल महासंघ नेपालले राजधानीमा आयोजना गरेको 'सम्मानित गर्भ सेवा' विषयक कार्यक्रममा सरकारसँग सम्मानित, सुरक्षित मातृत्वको माग गरेका छन् । महासंघकी

अध्यक्ष आरजू राणा देउवाले गर्भवती महिलाले सुरक्षित मात्र नभई सम्मानित सुरक्षित मातृत्व हुनुपर्ने बताइन् । महिलालाई गर्भवती भएको बेला समानता, स्वतन्त्रता, विभेद, गोप्यता, मर्यादा र सम्मान पाउनु पर्ने बताइन् । महासंघकै उपाध्यक्ष सूर्यकुमारी श्रेष्ठले १७ वर्ष अघि गरिएको अनुसन्धानमा एक लाखमा ५३९ जना महिलाको बच्चा जन्माउँदा मृत्यु हुने गरेको तथ्य प्रस्तुत गरिन् (अन्नपूर्णा पोस्ट, २०७०) ।

पोषण भन्नाले कुनै पनि प्राणीले खानेकुरा लिने (खाने) र समुचित प्रयोग (निल्नु, पचाउनु, शोषण) गर्नु हो । नेपालमा पोषणको वर्तमान अवस्थामा ५ वर्ष मुनिका ४९% बालबालिका कुपोषणबाट ग्रसित ३९% कमसल १३%, ख्याउटे २५% महिला बी. आई. एम. आई. निर्दिष्ट विन्दु भन्दा तल छन् । त्यस्तै पूर्ण स्तनपान गराउने ५३% १ घण्टा भित्रमा स्तनपान गर्ने गर्ने बच्चा ३५%, २४ घण्टा भित्र स्तनपान गर्ने ८५% र ३६.५% नवजात शिशु प्रि-ल्याक्टेड खाना खाइरहेको छ (स्वास्थ्य सेवा विभाग तथा बाल्यकालीन पोषण कार्यक्रम, २०७२) ।

भिटामिन 'ए' हाम्रो शरीर स्वास्थ्य राख्नका लागि नभई नहुने पौष्टिक तत्वहरू मध्ये एउटा सूक्ष्म पोषण तत्व हो । खासगरी आँखा स्वस्थ राख्नका लागि यो अत्यावश्यक हुन्छ । नेपाल लगायत विभिन्न देशहरूमा भएको बालमृत्युदर घटाउन सकिन्छ भन्ने देखाएको छ । भिटामिन 'ए' को कमीबाट पीडित संसारका भन्डै ६४ देशहरूमध्ये नेपाल पनि एक हो । नेपालमा बालमृत्युदर घटाउने र भिटामिन 'ए'को कमीबाट हुने रोग निर्मूल पार्ने उद्देश्यले २०५० सालदेखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय, बाल स्वास्थ्य महाशाखाको पोषण शाखा अन्तर्गत राष्ट्रिय भिटामिन 'ए' कार्यक्रम सञ्चालन भइरहेको छ ।

२.३ सम्बन्धित साहित्यको उपादेयता

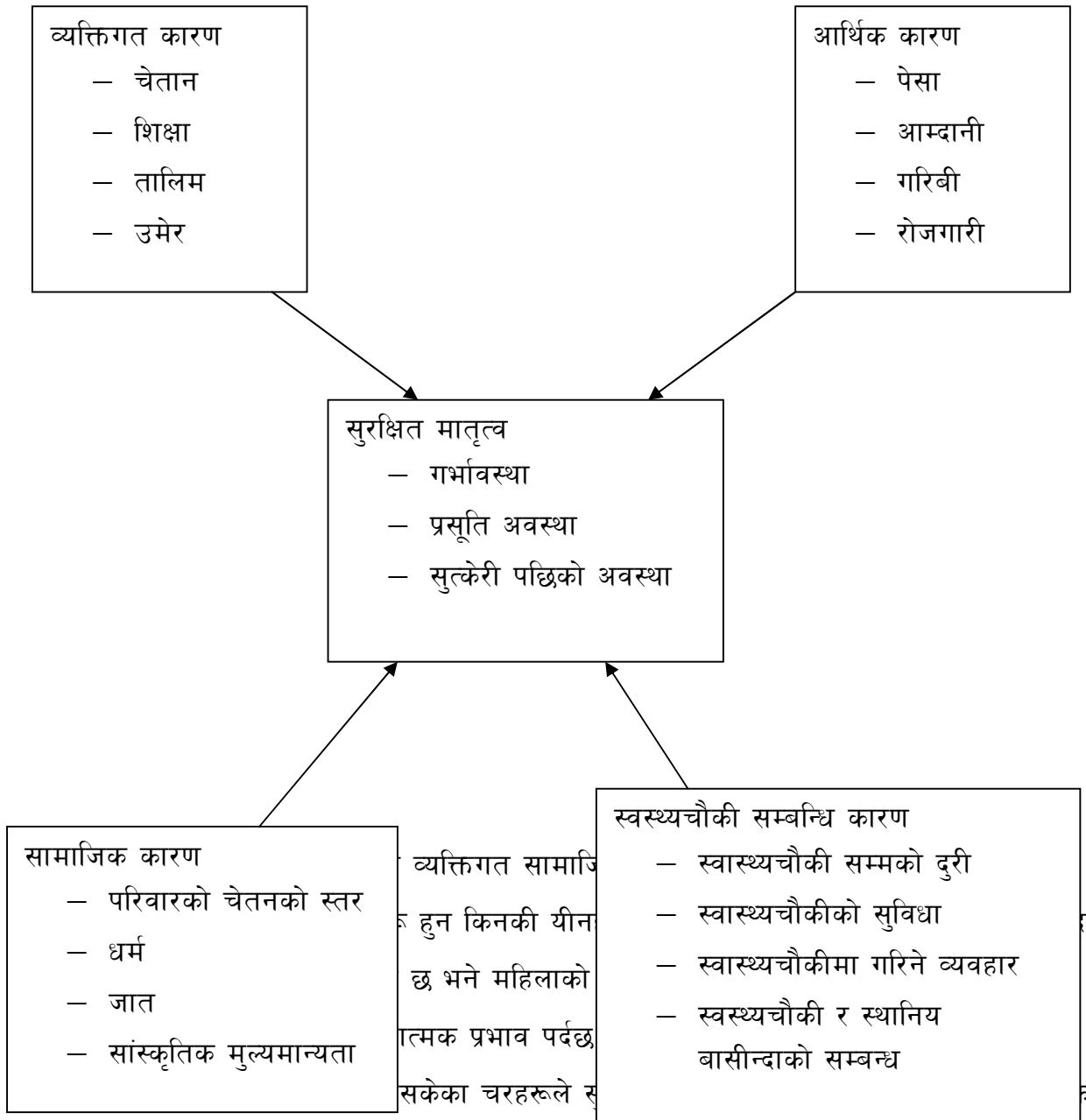
साहित्यको पुनरावलोकन कर्तालाई अनुसन्धान प्रक्रियाको महत्व पूर्ण खण्ड भनिन्छ । यर्थातमा भन्ने हो भने सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन विना कुनै पनि अनुसन्धानले पूर्णता प्राप्त गर्न सक्दैन सञ्चालन गर्न लागिएको अनुसन्धान चाहे गुणात्मक होस् चाहे परिमाणात्मक होस् उक्त अध्ययनलाई अर्थ पूर्ण बउनको लागि सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन अति आवश्यक हुन्छ । त्यसर्थ कुनै वैज्ञानिक खोज साहित्यको पुनरावलोकनबाट नै आरम्भ हुन्छ । सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन कर्ताले अनुसन्धाकर्तालाई उसका अनुसन्धानको लागि सैद्धान्तिक धरातल प्रदान गर्छ र उक्त धरातललाई नै उसले आफ्नो अनुसन्धानलाई नै सघाउने गर्दछ ।

- क) व्यक्तिको व्यावहारमा सकारात्मक परिवर्तन ल्याउन र नकारात्मक व्यवहार हटाउनको निम्ति विभिन्न प्रयासहरू गरिन्छ ।
- ख) मानव व्यवहारमा सकारात्मक परिवर्तन ल्याइ स्वास्थ्य पूर्ण जीवन यापन गर्न विभिन्न सिद्धान्तको प्रयोग गरिन्छ ।
- ग) यस अध्ययनमा सकारात्मक परिवर्तका निमित्त इभरेट रोगर्स र वेटि फ्रेडनको नारीवादी सिद्धान्तलाई सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकनको रूपमा लिइएको छ, इभरेट रागर्सको सिद्धान्त अनुसार नयाँ व्यावहारलाई सजिलै सुरुमा अपनाउन गाह्रो मान्दछन् जब त्यसको प्रभावकारीता र गुणस्तरमा राम्रो देखिए मात्र तयसलाई प्रयोग गर्नेको सङ्ख्या बढ्छ । नारीवादी सिद्धान्त अनुसार पुरुष र महिला सबै रूपमा समान छन् अधिकार कर्तव्य, उत्तरदायीत्व जिम्मेवारीमा तर एउटै पक्ष जुन जैविक विज्ञानको आधारमा भने महिला र पुरुष फरक छन् ।
- घ) सिद्धान्त एवम् पूर्व साहित्यको अध्ययनले विषय बस्तुलाई गहिरिएर बुझ्न सहयोग पुऱ्याउनुका साथै अनुसन्धानको रुचि रहेको क्षेत्रमा के कस्ता समस्याहरूमा केन्द्रीत भई पहिलेनै अध्ययन गरिएका छ ? के कस्ता समस्याहरू अहिले सम्म हुन सकेको छैन ? समान विषय क्षेत्रमा सञ्चालन गरिएका पहिलेका अनुसन्धानले निकालेका निष्कर्षमा मतान्तर छ वा छैन सो विषयका बारेमा जनकारी गराउछ ।
- ङ) उपयुक्त अनुसन्धान समस्याको छनौट गरी अनुसन्धान कार्यलाई औचित्य पूर्ण बनाउन सहयोग गर्छ । यसका लागि अलग साहित्यको पुनरावलोकनलाई अध्ययनको सिमा निर्धारण तथाडक सङ्कलनका साधनको निर्माण गर्न उपयुक्त अनुसन्धान ढाँचाको छनौट गर्न अनुसन्धानका निष्कर्षलाई उचित ढङ्गले प्रस्तुतगर्ने जस्ताकार्यमा प्रयोग गर्न सकिन्छ । त्यसर्थ सहित्यको पुनरावलोकनले समग्र अनुसन्धानलाई नै अर्थ पूर्ण बनाउन मद्दत गर्दछ ।

२.४ अवधाराणात्मक ढाँचा

समान्यतया सञ्चालन गर्न लागिएको अध्ययनलाई अनुसन्धान कर्ताले कसरी पूर्णता दिने सोच बनाएको छ सोहि कुरालाई चित्रात्मक रूपमा उल्लेख गरिन्छ भने त्यसैलाई अवधाराणात्मक ढाँचा भनिन्छ यसमा विशेषत अनुसन्धानका लागि छनौट गरिएका विभिन्न चरहरूको सम्बन्धलाई चित्रात्मक रूपमा उल्लेख गरिन्छ । जसले सम्पूर्ण अनुसन्धान प्रक्रियालाईनै निर्देशित गर्दछ । यस ढाँचाले अनुसन्धान कर्ताले आफ्नो अध्ययनलाई कसरी अघाडि बढाउन चाहेको छ, अनुसन्धान प्रक्रियाबाट कस्तो नतिजा अपेक्षा गरेको छ । सो कुरालाई प्रष्ट पार्दछ ।

अवधाराणात्मक ढाँचा



ढाँचामा देखाउने प्रयास गरिएको छ ।

परिच्छेद - तीन : अध्ययन विधि

३.१ अनुसन्धान ढाँचा

अनुसन्धान कार्यलाई व्यवस्थित रूपमा सम्पन्न गर्नका लागि अनुसन्धान गर्नु पूर्व तयार गरिएको योजनाबद्ध कार्यलाई अनुसन्धान ढाँचा भनिन्छ । अनुसन्धान ढाँचा प्रस्तावित अनुसन्धानको सबै तहहरूमा उठन सक्ने प्रश्नहरूलाई समाधान गर्न सक्ने पूर्व कार्य योजना हो, त्यसैले यो अनुसन्धान सञ्चालनको रणनीति, कार्ययोजना, विस्तृत खाका एवं मार्ग चित्र हो । यस अध्ययनलाई वर्णनात्मक ढाँचामा आधारित भई परिमाणत्मक विश्लेषण गरिएको छ ।

३.१.१ अध्ययनको जनसंख्या

यस अनुसन्धानमा मोरङ जिल्लाको कोसीहरैंचा नगरपालिका वार्ड नं. ५ मा रहेको ४०० घरधुरीका १५-४९ वर्ष उमेर समूहका विवाहित जम्मा ५६४ जना महिला नै यस अध्ययनको जनसंख्याको रूपमा रहेको छ ।

३.१.२ नमुना छनोट आधार

यस अनुसन्धानका लागि मोरङ जिल्लाको कोसीहरैंचा नगरपालिका वार्ड नं. ५ मा रहेको जम्मा ४०० घरधुरीका प्रत्येक घरबाट एक जना विवाहित महिला तथा पुरुषलाई नमूनाको रूपमा लिइने छ । जसमा यस अध्ययन क्षेत्र भित्र पर्ने ५६४ जना विवाहित महिला तथा पुरुषबाट २१% ले हुन आउने १२० जनालाई नमूनाको आकारको रूपमा छनोट गरिएको छ ।

३.१.३ नमुना छनोट विधि

मोरङ जिल्लाको कोसीहरैंचा नगरपालिका वार्ड नं. ५ को १५-४९ वर्ष उमेर समूहका विवाहित महिला ५६४ जनाको २१% हुन आउने १२० जना विवाहित महिलालाई सामान्य सम्भावनायुक्त नमुना छनोटको चिह्न विधिबाट सम्भावित नामुना छनोट गरिएको छ ।

३.२ तथ्याङ्कको स्रोत

(क) प्राथमिक स्रोत: यस शोधकार्य अध्ययन अनुसन्धान कार्यमा छनोट गरिएका घरधुरीमा शोधकर्ता स्वयम् उपस्थित भई प्रत्येक घरका विवाहित महिलाबाट तथ्याङ्क संकलन गरिएको छ । उत्तरदाता समक्ष अन्तर्वार्तासूची मार्फत मार्फत तथ्याङ्क संकलन गरिएको हो ।

(ख) द्वितीय स्रोत: यस अनुसन्धान कार्यमा द्वितीय स्रोतका रूपमा सन्दर्भग्रन्थ, पत्रपत्रिका, स्वास्थ्य चौकी, नगरपालिका अभिलेख, जर्नल, शोधपत्र, रिपोर्ट विभिन्न निकायबाट प्राप्त तथ्याङ्कलाई लिइएको छ ।

३.३ तथ्याङ्क संकलनको साधन

कुनै पनि अध्ययनबाट विश्वसनिय तथ्याङ्क प्राप्त गर्नका लागि विभिन्न सामग्रीहरूको आवश्यकता पर्नेछ । यसरी तथ्याङ्क सङ्कलन विधिलाई सहयोग पुर्याउने सामग्रीहरूलाई तथ्याङ्क संकलनका साधनहरू भनिन्छ । यो अनुसन्धानको मुख्य उद्देश्य सुरक्षित मातृत्वको स्थिति पत्तालागाउनु रहेको छ । यसका लागि बन्द र खुल्ला प्रकृतिका प्रश्नहरू समावेश गरिएको अन्तर्वता सूचिको प्रयोग गरिएको छ । तथ्याङ्क सङ्कलनमा प्रयोग गरिएको अन्तर्वता सूचीलाई परिशिष्टाङ्क एकमा राखिएको छ ।

३.३.१ साधनहरूको वैधता र विश्वसनीयता

कोसीहरैंचा नगरपालिका वार्ड नं. ३ को १५ जना १५-४९ वर्षका आमाहरूलाई अन्तर्वार्ता सूची प्रयोग गरी पूर्व परीक्षण पश्चात देखिएको कमिकमजोरीहरूलाई शोध निर्देशक सँग आवश्यक सरसल्लाहा गरी पुनः परिपमार्जन गरेर अन्तर्वता सूची बनाई अध्ययन साधनको वैधता र विश्वसनीयता प्रदान गरिएको छ ।

३.४ तथ्याङ्क संकलन प्रक्रिया

यो अध्ययन सुरक्षित मातृत्वको अवस्था, चेतना, यस सम्बन्धी समस्या पत्ता लगाउन, देखिएका समस्याहरूलाई समाधान गर्ने उद्देश्यले त्रिभुवन विश्वविद्यालय, शिक्षा शास्त्र तथा जनसंख्या शिक्षा विभाग, सुकुना बहुमुखी क्याम्पस, कोसीहरैंचा - ४ बाट लिइएको सिफारिस पत्र लिई सम्बन्धित न.पा., उपस्वास्थ्य चौकी, मातृशिशु कार्यकर्ता, महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविका, स्थानीय बुद्धिजीवीहरूमा पुगी सिफारिस पत्रका आधारमा समुदायमा प्रवेश गरिएको छ । समुदायमा रहेका विवाहित महिला र पुरुषसँग भेटी अन्तर्वार्ता सूची प्रयोग गरी तथ्याङ्क सङ्कलन गरिएकोछ ।

३.५ तथ्याङ्कको विश्लेषण प्रक्रिया

तथ्याङ्क संकलन पश्चात प्राप्त तथ्याङ्कलाई के कसरी विश्लेषण व्याख्या र प्रस्तुतिकरण गर्ने हो सो बारेमा स्पष्ट हुन आवश्यक छ । यो अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्कलाई आशयकता अनुसार प्रतिशत, तालिका स्तम्भ चित्र तथा वृत्त चित्रको प्रयोग गरि संकलन गरिएको तथ्याङ्कको विश्लेषण र व्याख्या गरिएको छ ।

परिच्छेद - चार : तथ्याङ्कको व्याख्या तथा विश्लेषण

४.१ वैवाहिक स्थिति

विवाह एक सामाजिक र सांस्कृतिक परम्परा देखि चलिआएको एउटा संस्कारको रूपमा छ । नेपालको कानून अनुसार महिलाको उमेर १८ र पुरुषको २१ वर्ष तोकेको भएता पनि गरिब तथा पिछडिएको समुदायमा खास गरेर केटीहरू किशोरावस्थामा प्रवेश गरेको केही वर्ष पछि अर्थात् १४-१५ वर्षमा विवाह गरिदिने चलन छ ।

४.१.१ महिलाको विवाह गर्दाको उमेर

शारीरिक रूपमा परिपक्व र मानसिक रूपमा सक्षम भई गरेको वैवाहिक सम्बन्धले पारिवारिक सम्बन्ध र दाम्पत्य जीवनलाई एउटा सकारात्मक दिशातर्फ लैजान महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको हुन्छ । यस अनुसन्धानमा संलग्न उत्तरदातालाई विवाह गर्दाको उमेर कति थियो भनी सोधिएको प्रश्नमा महिला उत्तरदाताहरूले दिएको उत्तरलाई तलको तथ्याङ्कबाट प्रस्तुत गरिएको छ ।

तालिका नं. १ : विवाह गर्दाको उमेर

क्र.सं.	उमेर समूह (वर्षमा)	संख्या	प्रतिशत
१	१०- १९	६६	५५
२	२०-२४	४०	३३.३३
३	२५वर्ष भन्दा माथि	१४	११.६७
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं.१ को तथ्याङ्क अनुसार १०- १९ वर्षमा विवाह गर्ने ५५%, २०-२४ वर्षमा विवाह गर्ने ३३.३३%, २५ वर्ष भन्दा माथि ११.६७% विवाह भएको उमेरमा विवाह गर्नेको संख्या बढी रहेको पाइयो ।

सिरहा जिल्लाको पिछडिएको समुदायका सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी व्यवहार र अभ्यास विषयमा गरेको अनुसन्धानमा जम्मा २५० जनामा ५०% ले १४-१६ वर्षमा, ३०% ले १७-१९ वर्षमा, १७% ले २०- २२ वर्षमा र ३% २२ वर्ष माथि विवाह गरेको पाइयो (यादव, २००६) ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र यादव २००६ को तथ्याङ्कबाट के स्पष्ट हुन्छ भने अभै पनि कानूनले तोकेको उमेर भन्दा कम उमेरमा नै विवाह गरेको पाइन्छ । त्यसैले कानुनी मापदण्ड अनुसार विवाह गर्न गराउनका लागि हिमाल, पहाड र तराईका गाउँ, टोल तथा सहरमा कानुनी

चेतना अभियान सञ्चालन गरी कम उमेरमा विवाह गर्ने चलन हटाउनु पर्ने देखिन्छ । साथै समम्पूर्ण जिम्मेवार निकायहरुको सक्रिय सहभागिता आवश्यक देखिन्छ ।

४.१.२ पहिलो गर्भधारणको उमेर

स्वास्थ्यका दृष्टिले महिलाको प्रजनन योग्य उमेर २० वर्ष माथि रहेको देखिन्छ । जुन उमेरमा महिलाको प्रजनन अंग र प्रणालीको उचित विकास र परिपक्वता हुने गर्दछ । जसले गर्दा प्रजनन समस्याको कारण आमा र शिशुको स्वास्थ्य जोखिममा पर्नबाट जोगिन सकिन्छ । यस समुदायमा महिलाको पहिलो गर्भधारण गर्दाको उमेरको विवरण तल प्रस्तुत गरिएको छः

तालिका नं. २ : पहिलो गर्भधारणको उमेर

क्र.सं.	उमेर समूह (वर्षमा)	संख्या	प्रतिशत
१	१०- १९	५३	४४.१६
२	२०- २४	३२	२६.६६
३	२५- ३०	२९	२४.१६
४	३१ वर्ष भन्दा माथि	६	५
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. २ को तथ्याङ्कअनुसार १०- १९ वर्षको उमेरमा पहिलो पटक गर्भधारण गर्ने ४४.१६%, २०-२४ वर्षमा २६.६६%, २५-३० वर्षमा २४.१६% र ३० देखि माथि ५% ले गर्भधारण गरेको पाइयो ।

कम उमेरमा विवाह गर्ने, सन्तान जन्माउने क्रम पनि उमेर नपुगी वा प्रजनन अङ्गको पूर्ण विकास नभई गर्भधारण गर्नाले आमा र बच्चाको स्वास्थ्य जोखिममा पर्न सक्छ । त्यसकारण, किशोर-किशोरीहरुलाई यौन तथा प्रजनन शिक्षा दिन संघ-संस्था तथा स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित संस्थाहरुले सक्रियतापूर्वक कार्य गर्नु पर्ने देखिन्छ ।

४.१.३ सुरक्षित मातृत्वबारे जानकारी प्राप्त महिला

स्वास्थ्य प्रवर्द्धन गर्नका निमित्त विभिन्न संघ संस्था, सरकारी, गैर सरकारी कार्यक्रमको माध्यमबाट सुरक्षित मातृत्व बारे जानकारी चेतना जागृत गर्ने विभिन्न सञ्चारको माध्यम प्रयोग गरेको अवस्था छ । यति हुँदाहुँदै पनि सबै समक्ष यस्ता कार्यक्रमहरुको जानकारी नहुन सक्छ । यस समुदायमा महिलाहरुमा सुरक्षित मातृत्व बारे के कति जानकारी प्राप्त छ जसको विवरण तल प्रस्तुत गरिएको छ ।

तालिका नं. ३ : सुरक्षित मातृत्वबारे ज्ञान

क्र.सं.	विवरण	संख्या	प्रतिशत
१	ज्ञान भएको	५४	४५
२	ज्ञान नभएको	६६	५५
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. ३ को तथ्याङ्कबाट सुरक्षित मातृत्वबारे ज्ञान भएको भन्दा ज्ञान नभएको संख्या बढी देखियो । जहाँ ज्ञान हुने ४५% र ज्ञान नहुने ५५% रहेको पाइयो ।

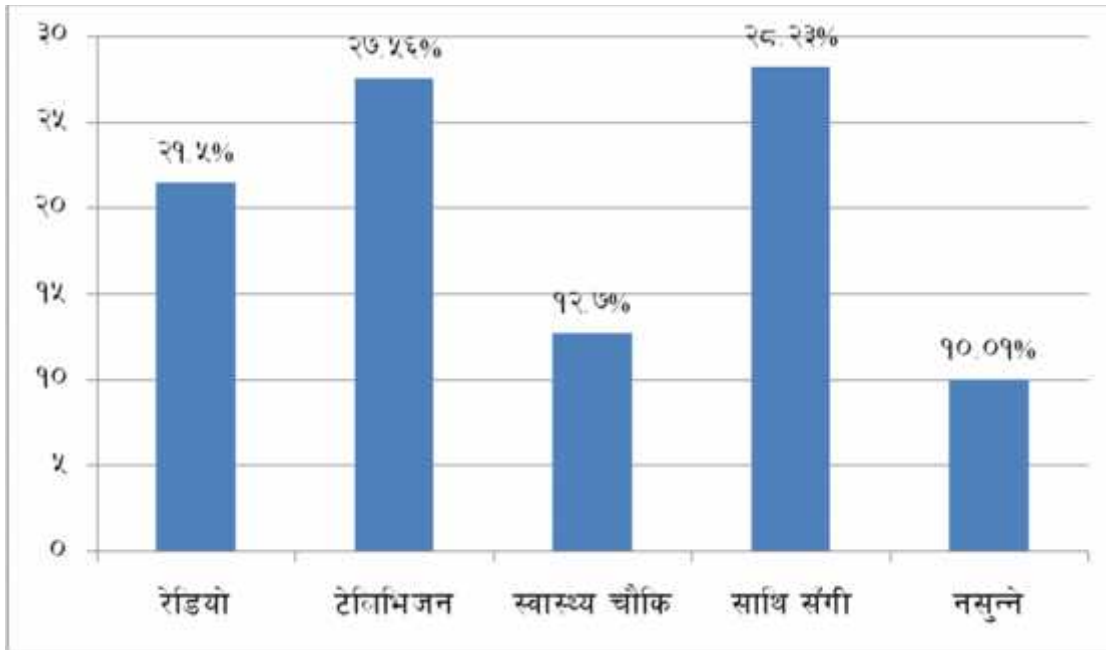
थारु समुदायमा सुरक्षित मातृत्व र मातृशिशु स्वास्थ्य सम्बन्धी अभ्यास विषयमा गरिएको अनुसन्धानमा उनीहरूको सुरक्षित मातृत्व प्रतिको उच्च ज्ञान हुने ३२%, मध्यम ज्ञान हुने ५२% र न्यून ज्ञान हुने १६% रहेको पाइयो (Journal, 2010) ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र जर्नल २००८ अनुसार सुरक्षित मातृत्व बारे जानकारी प्राप्त गर्ने भन्दा नगर्नेको संख्या बढी पाइयो । यसबाट सूचना, प्रविधि, चेतना र सञ्चारको कमी भएको अनुमान गर्न सकिन्छ । त्यसैले, सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी जानकारी दिनको निम्ति सरकारी तथा गैरसरकारी निकायहरूले समुदायमा गई आवश्यक जानकारी र चेतनामूलक प्रभावकारी कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्न आवश्यक देखिन्छ ।

४.१.४ सुरक्षित मातृत्व बारे जानकारीको माध्यम

सुरक्षित मातृत्वबारे जानकारी दिने विभिन्न माध्यमहरू छन् जसको प्रयोगले समुदायमा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी गलत धारणा, नकारात्मक सोचाइ तथा व्यवहारलाई हटाउन प्रभावकारी भूमिकाको रूपमा लिन सकिन्छ । यस समुदायमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी जानकारी भएका महिलालाई कहाँबाट पाउनुभयो भन्ने प्रश्नमा दिएको उत्तरको विवरण यसप्रकार छ :

चित्र नं. १ : सुरक्षित मातृत्वको जानकारीको माध्यम



यस चित्र नं. १ को तथ्याङ्क अनुसार सुरक्षित मातृत्वबारे जानकारी प्राप्त गर्ने माध्यम रेडियोबाट २९.५%, टेलिभिजनबाट २९.५६%, स्वास्थ्यचौकीबाट १२.७%, साथीसंगीबाट २६.२३% जानकारी लिएको पाइयो भने १०.०९% ले यसबारे जानकारी नलिएको बताए ।

महर्जन, (२०६७) युनिसेफ २००१ ले गरेको सर्वेक्षण अनुसार यौन तथा प्रजनन शिक्षा प्राप्त गर्ने माध्यमका रूपमा रेडियो २३%, टेलिभिजन १८%, पुस्तक १७% पत्रपत्रिका १४%, साथीसंगी ९%, स्वास्थ्य कार्यकर्ता/सामाजिक कार्यकर्ता/अग्रज ४९%, तालिम /छलफल ३.६, शिक्षक १.७%, चिकित्सक ०.६%, सिनेमा ०.३%ले प्रयोग गरेको पाइयो भने ७.६% अनभिज्ञ रहेको देखियो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र महर्जन २०६७ का अनुसार सुरक्षित मातृत्वको शिक्षा प्रदान गर्ने उपयुक्त माध्यम रेडियो, टेलिभिजन र साथीसंगी, सामाजिक कार्यकर्ता उपयुक्त रहेको पाइयो । त्यसकारण, सूचना र सञ्चारको माध्यमबाट विकट बस्ती र समुदायमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी सूचना प्रवाह गर्न, स्थानीय तहमा उपलब्ध प्रविधिको प्रयोग गर्नु पर्ने र जनशक्ति परिचालन गरी कार्यक्रम सञ्चालन गर्नु पर्ने हुन्छ ।

४.२ गर्भावस्था

महिलाको लागि गर्भावस्था एक विशेष तथा संवेदनशील अवस्था हो । यस अवस्थामा अरु महिला भन्दा उनको शारीरिक र मानसिक स्थिति फरक हुनाले उनीबाट स्वस्थ बच्चा जन्माउनु पर्ने

भएकाले उनलाई विशेष खानपान, पोषण, उपयुक्त व्यायाम, आराम र स्वास्थ्यको हेरविचारका साथै पारिवारिक सहयोग अति नै जरुरी हुन्छ ।

४.२.१ गर्भास्थामा स्वास्थ्य परीक्षण

समय समयमा गरिएको गर्भ परीक्षणले गर्भवती र उनको गर्भमा रहेको बच्चाको स्थिति कस्तो छ भनी थाहा पाउन सकिन्छ । यस्तो जाँचमा धनुषंकार विरुद्धको टि.टि. खोप, आइरन चक्की, जुकाको औषधी, रक्तजाँच गरेर आइपर्ने खतरालाई बेलैमा समाधान गर्न सकिन्छ । यस समुदायमा गर्भास्थामा जाँचाउन गएको समय तल प्रस्तुत गरिएको छ:

तालिका नं. ४ : गर्भ परीक्षण

क्र.सं.	जाँचेको पटक	संख्या	प्रतिशत
१	२ पटक	२६	२१.७७
२	३ पटक	५६	४६.६६
३	४ पटक	३०	२५
४	जाँच नगराउने	८	६.६६
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. ४ को तथ्याङ्क अनुसार गर्भ परीक्षण २ पटक गर्ने २१.६७%, ३ पटक गर्ने ४६.६६%, ४ पटक गर्भ परीक्षण गराउने २५% र परीक्षण नगराउने ६.६६% रहेको पाइयो ।

४.२.२ गर्भास्थामा जुकाको औषधी खाएको विवरण

मानिसको पेट भित्र लाग्ने आन्तरिक परजीवी वा जुकाहरूलाई सामान्य रुपमा लिनु हुँदैन । यसले डरलाग्दो समस्या निम्त्याउन सक्छ । गर्भवती महिलाले सामान्यतया गर्भधारण गरेको ३ महिना पछि जुकाको औषधी खानु पर्ने हुन्छ । जुकाकै कारण रक्ताल्पता, कुपोषणबाट ग्रस्त हुनबाट जोगाउन सकिन्छ । यस अध्ययन क्षेत्रमा गर्भवती भएको कति समय पछि जुकाको औषधी खानुभयो भन्ने प्रश्नमा दिएको उत्तर निम्नानुसार छ :

तालिका नं. ५ : गर्भावस्थामा जुकाको औषधी खाएको विवरण

क्र.सं.	जुकाको औषधी खाएको समय	संख्या	प्रतिशत
१	३ महिनापछि	३६	३०
२	४ महिनापछि	४८	४०
३	५ महिनापछि	२३	१९.१६
४	नखाने	१३	१०.८३
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका ५ मा ३ महिना पछि जुकाको औषधी खाने ३०%, ४ महिनापछि ४०%, ५ महिनापछि १९.१६% र नखानेमा १०.८३% रहेको पाइयो ।

त्यसकारण, गर्भावस्थामा जुकाको औषधी गर्भ रहेको ३ महिना पूरा भएपछि खानु अतिनै आवश्यक छ भन्ने जानकारी दिनको निमित्त गाउँ, टोल र समुदायमा सूचना पाटी, होर्डिड बोर्डको प्रयोग गरी सूचित गर्न सकिन्छ ।

४.२.३ गर्भवतीले टि.टि. खोप लगाएको अवस्था

गर्भवतीले गर्भ रहेपश्चात् २ पटक धनुष्टंकार विरुद्धका टी. टी.सुइ लगाउन जरुरी हुन्छ, जसले गर्दा गर्भमा रहेको शिशु र आमा दुवैलाई धनुष्टंकारबाट संक्रमित हुनबाट बचाउँछ । यति हुँदाहुँदै पनि कतिपयले टी. टी. सुइ एकपटक मात्र लगाएको र कसैले लगाउँदै नलगाएको पनि पाइयो । यस अध्ययन क्षेत्रमा टी.टी. खोपको मात्रा सम्बन्धी तथ्याङ्क तल प्रस्तुत गरिएको छ :

तालिका नं. ६ : गर्भवतीले टि.टि. खोप लगाएको अवस्था

क्र.सं.	खोप लगाएको पटक	संख्या	प्रतिशत
१	१ पटक	६८	५६.६
२	२ पटक	४३	३५.८३
३	आवश्यक छैन	६	५
४	उपलब्ध भएन	३	२.५
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका अनुसार १ पटक खोप लगाउने ५६.६६%, २ पटक लगाउने ३५.८३%, आवश्यक छैन भन्ने ५% र उपलब्ध भएन भन्ने २.५% रहेको पाइयो ।

गौतम, (२००४) ले पर्वत जिल्लामा मातृशिशु स्वास्थ्य सेवामा महिला स्वयंसेविकाको भूमिका विषयमा १४० जनामा गरिएको अध्ययनमा गर्भवती महिलाले टी.टी. खोप १ पटक लगाउने जम्मा १४० जना २८.५७%, २ पटक लगाउने ३०% र नलगाउने ४०.७१% रहेको पाइयो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र गौतम २००४ का अनुसार गर्भवतीले दुई पटक टी.टी. खोप लगाउनु पर्नेमा अभैपनि एक पटक लगाउने र लगाउँदै नलगाएको तथ्य पाइयो जसले आमा र शिशुको स्वास्थ्य अभै जोखिममा रहेको संकेत गर्दछ । त्यसैले, गर्भावस्थामा टी.टी. खोप २ पटक लगाउनुनै पर्छ, भन्ने ज्ञान बसाली अभ्यासमा परिणत गर्नुपर्छ, नत्र टी.टी. खोपको पर्याप्त मात्रामा अपुग भएमा धनुष्टङ्कारबाट बच्चाको ज्यानै जान सक्ने जानकारी दिलाउनु आवश्यक छ ।

४.२.४ गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खाद्यको विवरण

गर्भवती महिलालाई आफ्नो र गर्भमा भएको शिशुको स्वास्थ्य राम्रो राख्न सामान्य महिला भन्दा अरु बढी तागतिलो र पोसिलो खानाको आवश्यकता पर्दछ । यस समुदायमा गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खाना खाएको विवरण तलको तथ्याङ्कमा प्रस्तुत गरिएको छ :

तालिका ७ : गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खाना

क्र.सं.	विवरण	संख्या	प्रतिशत
१	पौष्टिक खाना खाने	४२	३५
२	पौष्टिक खाना नखाने	७८	६५
	जम्मा	१२०	१००

माथिल्लो तालिका नं. ७ लाई हेर्दा गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खाना खाने ३५% र पौष्टिक खाना नखाने ६५% रहेको पाइयो ।

गर्भावस्थामा पौष्टिक तत्वको महत्व र आवश्यकतालाई प्राथमिकता दिई कुपोषण र पोषण सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालन गरेर समुदायलाई सहभागी गराउने ।

४.३ सुत्केरी अवस्था

नवजात शिशु जन्मेपछि ४२ दिन वा ६ हप्ताको अवधिलाई सुत्केरी भनिन्छ । स्वस्थ आमाले मात्र स्वस्थ शिशुको जन्म दिन सकिन्छन् । यसो हुँदा आमाको प्रसुति अधिको स्वास्थ्य परीक्षण, पोषण,

स्वास्थ्यको हेरचाह, सुत्केरी गराउने स्थान, सुत्केरी गराउने व्यक्तिले महत्वपूर्ण भूमिका खेलेको हुन्छ । प्रसव अवस्थामा देखा पर्ने रक्तस्राव, लामो व्यथा, बच्चा उल्टो जन्मनु, बच्चा अङ्कनु जस्ता समस्याहरू ज्यादै खतरापूर्ण लक्षणहरू हुन् । त्यसैले सुत्केरी अवस्थामा आमा र बच्चाको स्वास्थ्य र खानाको पक्षमा विशेष ध्यान दिनु आवश्यक हुन्छ ।

४.३.१ सुत्केरी गराउने स्थान

सुत्केरी गराउँदा अस्पताल, स्वास्थ्यसंस्था, अनुभवी र तालिमप्राप्त व्यक्तिबाट गराए मात्र सुरक्षित रूपमा शिशुको जन्म हुन सक्छ । यसबाट आमा र बच्चा दुवैको सुरक्षा हुन्छ । दुर्गम क्षेत्रमा जहाँ स्वास्थ्य कर्मीको तुरन्त व्यवस्था हुन नसक्ने स्थानमा पहिले नै सुत्केरी सामग्री जस्तै बाकस र आर्थिक प्रबन्ध हुनु पर्दछ । यस समुदायमा सुत्केरी गराएको स्थान सम्बन्धी विवरणलाई तलको तालिकाबाट स्पष्ट हुन्छ :

तालिका नं. ८ : सुत्केरी गराउने स्थान

क्र.सं.	सुत्केरी गराउने स्थान	संख्या	प्रतिशत
१	घरमा	२३	१९.१६
२	अस्पतालमा	९७	८०.१३
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. ८ अनुसार घरमा सुत्केरी गराउने १९.१६% र अस्पतालमा ८०.१३% सुत्केरी गराएको पाइयो ।

पर्वत जिल्लामा मातृशिशु स्वास्थ्य सेवामा महिला स्वयंसेविकाको भूमिका विषयमा १४० जनामा गरिएको अध्ययनमा घरमा सुत्केरी गराउने ७२.८५%, अस्पतालमा सुत्केरी गराउने २७.१५% रहेको पाइयो (गौतम, २००४) ।

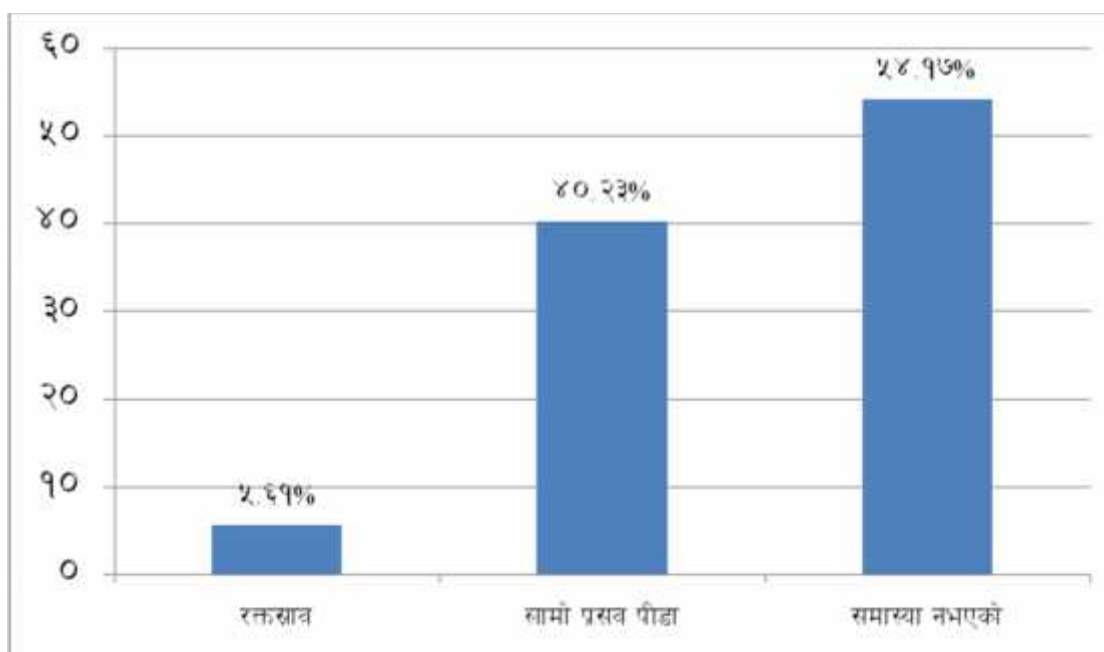
अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र गौतम २००४ को तथ्याङ्क अनुसार सुत्केरी गराउने स्थान घरमाभन्दा अस्पतालमा बढी देखियो जसले सुरक्षित सुत्केरी गराउनमा अस्पताल नै सुरक्षित स्थान हो भन्ने चेतनाको विकास अध्ययन क्षेत्रमा भएको देखिन्छ । त्यसकारण, सुत्केरी गराउने सुरक्षित स्थान अस्पताल हो जहाँ दक्ष प्रसुतिकर्मीको सहयोग, सरसफाइ, निर्मलीकृत औजारहरूको

प्रयोग हुने हुँदा आमा र बच्चालाई कुनै संक्रमण हुँदैन र खतराको लक्षण देखिएमा तुरन्तै उचित व्यवस्था हुन्छ भन्ने धारणाको विकास गराउन आवश्यक छ ।

४.३.२ प्रसव अवस्थामा देखिएको समस्या

सन्तान जन्माउने प्रक्रिया प्राकृतिक प्रक्रिया भए पनि सन्तान जन्मने समयमा देखा पर्ने समस्याले आमा र शिशुको ज्यानै जाने अवस्था आउन सक्छ । प्रसव अवस्थामा रक्तचाप बढ्नु, रक्तस्राव, लामो प्रसव पीडा, मुर्छा पर्नु, उच्च ज्वरो आउनु, बच्चा उल्टो हुनु, खतरापूर्ण सङ्केत हुन् । यस समुदायमा प्रसव अवस्थामा देखा परेका समस्याहरूलाई तलको चित्रले अझ स्पष्ट पार्न सकिन्छ :

चित्र नं २ : प्रसव अवस्थामा देखिएको समस्याको अवस्था



माथिको चित्र अनुसार प्रसव अवस्थामा देखिएका समस्याहरू रक्तस्राव हुने ५.६%, लामो प्रसव पीडा ४०.२३% र कुनै समस्या नभएको ५४.९७% रहेको पाइयो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय २०६७/०६८ को अनुसार प्रजननयोग्य उमेरमा भन्दा अघिनै गर्भवती हुँदा असुरक्षा र जोखिमपूर्ण हुने सम्भावना धेरै हुन्छ । त्यसैले, सुत्केरी अवस्थामा समस्या आउन नदिनका निम्ति बेलैमा सुरक्षित स्थानमा तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मीबाट सुत्केरी गराउनु पर्छ भन्ने चेतना फैलाउन संघ-संस्था, सञ्चार र व्यक्तिको माध्यमबाट चेतनामूलक कार्यक्रम सञ्चालन गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

४.३.३ बच्चाको नाल काट्न प्रयोग गरेको साधन

उचित चेतनाको अभावले गर्दा बच्चाको नाल काट्न प्रयोग गरिने साधनको कारण विभिन्न समस्या आउन सक्छ । खिया परेको, निर्मलीकरण नगरेको औजारको प्रयोग भएमा धनुष्टंकारको संक्रमणको सम्भावना हुन्छ । यस समुदायमा शिशुको नाल काट्न प्रयोग गरिएको साधनको विवरण तल प्रस्तुत गरिएको छ :

तालिका नं. ९ : नाल काट्न प्रयोग गरिएको साधन

क्र.सं.	साधन	संख्या	प्रतिशत
१	निर्मलीकृत ब्लेड	९२	७६.६६
२	सिधै प्रयोग गरेको ब्लेड	२८	२३.३३
३	चक्कु	-	-
४	अन्य	-	-
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. ९ का अनुसार शिशुको नाल काट्न प्रयोग गरिने औजारमा निर्मलीकृत ब्लेड प्रयोग गर्ने ७६.६६%, सिधै प्रयोग ब्लेड प्रयोग गर्ने २३.३३%, यस अध्ययन क्षेत्र अर्थात कोशीहरैचा न. पा. ५ मा शिशुको नाल काट्न अन्य वस्तुको प्रयोग नगरेको पाइयो ।

ज्ञवाली (२००८) ले रुपन्देही जिल्लाको करहिया गा.वि.स.का थारु संस्कृति र तिनीहरूको मातृशिशु स्वास्थ्यप्रतिको व्यवहार विषयमा १२१ जनामा गरिएको अनुसन्धानमा बच्चाको नाल काट्न निर्मलीकृत ब्लेड प्रयोग गर्ने ५६%, सिधै ब्लेड गर्ने ३४%, चक्कु ८% र सिक्कल २% ले प्रयोग गरेको पाइयो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र ज्ञवाली २००८ को तथ्याङ्कबाट के स्पष्ट हुन्छ भने बच्चाको नाल काट्न निर्मलीकृत ब्लेड नै उपयुक्त हो भन्ने ज्ञानको कमी समुदायमा अभै विद्यमान रहेको पाइन्छ । त्यसकारण, समुदायमा समय सान्दर्भिक रूपमा बच्चाको जन्मपछिको स्याहार सुसार सम्बन्धी कार्यक्रम गर्नु पर्छ जसले गर्दा बच्चाको जन्म पछि नाल काट्न निर्मलीकृत औजारको प्रयोगको अभावमा धनुष्टंकार जस्तो रोगको संक्रमण हुनबाट बच्न सकिने कुरा सम्बन्धित सरोकारवालाहरूले विभिन्न माध्यमबाट ज्ञान दिन आवश्यक हुन्छ ।

४.३.४ बच्चालाई दूध बाहेक अन्य थप खाना खुवाएको समय

आमाको दूध बच्चाको लागि अमृत समान हुन्छ जसबाट बच्चाको वृद्धि र विकास हुन्छ । तर बच्चाको उमेर बढ्दै जाँदा उसलाई आमाको दूधमात्र पर्याप्त हुँदैन । उमेरको वृद्धिसँगै बच्चाको विकासको लागि अन्य थप खानेकुरा आवश्यक पर्दछ । बच्चा जन्मेको ६ महिनापछि थप खाना खुवाउनु पर्दछ । यस समुदायमा बच्चालाई थप खाना खुवाएको समय तलको तालिकाबाट प्रष्ट हुन्छ :

तालिका नं. १० :बच्चालाई थप खानाको समय विवरण

क्र.सं.	समय	संख्या	प्रतिशत
१	६ महिना	१०८	९०
२	९ महिना	५	४.१६
३	१ वर्ष	७	५.८
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. १० का अनुसार बच्चालाई दूध बाहेक थप खाना ६ महिनामा दिने ९०%, ९ महिनामा दिने ४.१६%, १ वर्षमा ५.८% रहेको देखिन्छ । समुदायमा ६ महिनामा थप खाना दिने संख्या बढी पाइन्छ ।

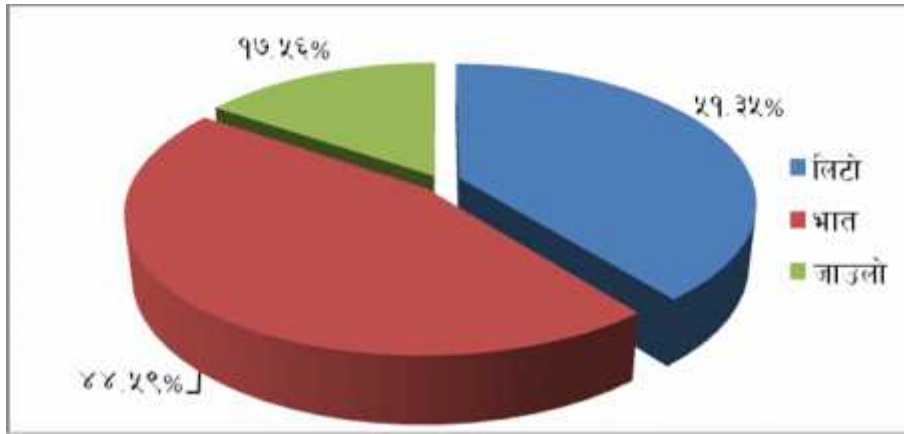
मोरङ जिल्ला, इन्द्रपुर गा.वि.स. अन्तर्गत सुकुम्बासी बस्तीका ७२ जनामा गरिएको स्वास्थ्य सर्वेक्षणमा बच्चालाई आमाको दूध बाहेक थप खाना खुवाएको समय १ महिनामा खुवाउने १८.०६%, ६ महिनापछि ३८.८९%, १० महिनामा ८.३३% र १ वर्षमा ३४.७२% ले अन्य थप खाना खुवाएको समयावधि पाइयो (समुदाय सर्वेक्षण, २०६६) ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र सामुदायिक सर्वेक्षण २०६६ अनुसार बच्चालाई ६ महिना पुगेपछि आमाको दूध बाहेक अन्य थप खानाको आवश्यकता पर्दछ भन्ने मान्यतालाई अनुशरण नगरेको पाइयो । त्यसैले, प्रत्येक सुत्केरी आमा र परिवारका सदस्यहरूलाई बच्चालाई ६ महिनापछि थप खानाको आवश्यकता पर्दछ भन्ने धारणाको विकास गर्न संघ-संस्था, स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको माध्यमबाट जानकारी दिने कार्यक्रम गराउनु पर्छ ।

४.३.५ बच्चालाई दूध बाहेक थप खानाको विवरण

बच्चा जन्मेपछि उसको वृद्धि र विकास क्रमशः बढ्दै जान्छ । जसले गर्दा आमाको दूधले मात्र उसको शरीरलाई पर्याप्त हुँदैन । त्यसैले बच्चा ६ महिना पुगेपछि थप खानाको व्यवस्था गर्नुपर्छ । शरीरलाई पिठो, भात, माछा, मासुको भोल, जाउलो, सर्वोत्तम पिठो आदि पोसिलो खाना आवश्यक पर्छ । बच्चालाई थप खानाको विवरण तलको चित्रबाट प्रष्ट हुन्छ :

चित्र नं.३ : बच्चालाई दूध बाहेक थप खानाको विवरण



माथिको चित्र नं. ३ का अनुसार बच्चालाई थप खानाको रूपमा लिटो ४४.५९%, भात ५१.३५% र जाउलो १७.०६% खुवाउने गरेको पाइयो । बच्चालाई गेडागुडी र अन्नको पिठो बनाई लिटो दिँदा राम्रो भए पनि यस समुदायमा भात खुवाउने संख्या बढी पाइयो ।

शिशुलाई ६ महिनासम्म आमाको दूधमात्र खुवाउनु पर्छ । त्यसपछि लिटो, भुटेको आलु, अन्डा आदि खुवाउनु पर्छ । एक वर्ष देखि २ वर्षसम्ममा शिशुलाई पर्याप्त मात्रामा दाल, भात, जाउलो, हलुवा, चिनी र दूध सहित रोटी, खिचडी, लिटो, आँप, केरा वा परिवारले खाने गरेको खानामा ५ पटक सम्म खुवाउनु पर्दछ । २ वर्ष माथिका शिशुरूलाई पारिवारिक खाना दिनको ३ पटक र अतिरिक्त खाना (खाजा) रोटी, चिउरा, मकै, भटमास, फल फूल, गेडागुडी, माछा, मासु दिनको २ पटक खुवाउनु पर्दछ (नारी, जेठ २०७०) ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र नारी, २०७० का अनुसार बच्चालाई दूध बाहेक थप खानाको रूपमा लिटो, फलफूल, गेडागुडीको पिठो र माछामासु भन्दा जाउलो खुवाउनेको संख्या बढी पाइयो जसले गर्दा जाउलोले मात्र बच्चाको उचित वृद्धि र विकास नहुने समस्या रहने हुन्छ । त्यसकारण, बच्चालाई दूध बाहेक थप खानाको रूपमा शरीरको वृद्धि र विकासको लागि चाहिने पोषणयुक्त

खाद्यको जानकारी दिन समुदायमा गई पोषणयुक्त खानाहरुको छनौट गर्न प्रशिक्षित गराउनु उपयुक्त देखिन्छ ।

४.३.६ बच्चा बिरामी हुँदा जँचाउन लैजाने स्थान

हाम्रो समाजमा अझै पनि बच्चाहरु बिरामी परेमा देउता लागेको, भूत प्रेतको छायाले छोएको, बोक्सी लागेको भन्ने अन्धविश्वास रहिआएको छ जसले गर्दा बच्चा साधारण औषधी र उपचारबाट निको हुने रोगहरुबाट पनि मृत्यु हुने अवस्थामा पुगिरहेको छ । यस माभीटोलका परिवारले आफ्नो बच्चा बिरामी हुँदा जँचाउन लाने स्थान सम्बन्धी दिएको धारणा तल तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ ।

तालिका नं. ११ : बच्चालाई जँचाउन लैजाने स्थान

क्र.सं.	विवरण	संख्या	प्रतिशत
१	स्वास्थ्य चौकी	८७	७२.५
२	वैद्य	२०	१६.६६
३	भाँक्री	१३	१०.८
४	अन्य	—	—
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. ११ का अनुसार बच्चा बिरामी हुँदा जँचाउन स्वास्थ्य चौकी लाने ७२.५%, वैद्यकहाँ लैजाने १६.६६% र भाँक्रीकहाँ लाने १०.८% रहेको पाइयो । यस समुदायमा स्वास्थ्य चौकी लैजाने संख्या बढी रहेको पाइयो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र मुडवरी, २०६७ का अनुसार सरकारको नीति अनुरूप खोलिएका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा जाँच गराउनका निम्ति पायक र पहुँच हुदा हुदै पनि अन्ध विश्वास र स्वस्थय सम्बन्धी शिक्षाको कमीले गर्दा अझै पनि धामी भाक्रीमा विश्वास रहेको पाइन्छ । त्यसकारण, स्वास्थ्य सम्बन्धी नकारात्मक ज्ञान र व्यवहारलाई हटाई, रुढीवादी धारणा त्यागी उपलब्ध स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट लाभान्वित भई स्वास्थ्यको स्तर सुधार्न प्रोत्साहन गराउनु आवश्यक छ ।

४.३.७ बच्चाको मृत्युको कारण

बच्चाहरूलाई विभिन्न किसिमका रोगको संक्रमणबाट मृत्यु हुने गर्दछ। बच्चाको उचित हेरचाहको कमी, हेल्थकेन्ट्रि, गरिबी, स्याहारको कमी, अन्धविश्वासको कारण शिशुहरूको मृत्यु हुने क्रम बढ्ने गर्दछ। सामान्य स्वास्थ्य जाँच नगर्ने र पोषणको अभावमा बच्चाहरू अकाल मृत्युमा परिरहेको छ। यस अध्ययन क्षेत्रमा बच्चाको मृत्यु भएको कारण तलको तालिकाबाट प्रष्ट गरिएको छ -

तालिका नं.१२ : बच्चाको मृत्युको कारण

क्र.सं.	विवरण	संख्या	प्रतिशत
१	निमोनिया	६	५
२	टाइफाइड	४	३.३३
३	भाडापखाला	२	१.६
४	मृत जन्म	२	१.६
५	महिना नपुगी जन्म	२	१.६
६	दुर्घटना	३	२.५
७	मृत्यु नहुने	१०१	८४.१६
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. १२ को तथ्याङ्कअनुसार निमोनियाबाट ५%, टाइफाइडबाट ३.३३%, भाडापखालाको कारणले १.६%, मृत जन्म १.६%, महिना नपुगी जन्मबाट १.६%, दुर्घटनाबाट २.५% मृत्यु भएको देखियो। निमोनियाबाट धेरैजनाको मृत्यु भएको पाइयो। काफ्ले, (२०६७) नेपालमा व्यापक गरिबी, अशिक्षा, अज्ञानता, कमजोर स्वास्थ्य सेवा, स्वास्थ्य सम्बन्धी चेतनाको अभाव, परम्परागत धारणाको बाहुल्यता र व्यक्तिगत सरसफाइको कमीका साथै वातावरणीय अस्वस्थताको कारणले अझ सम्म पनि उच्च शिशु तथा बाल मृत्युदर रहेको छ। पछिल्लो समयमा प्राप्त तथ्याङ्क हेर्दा प्रतिहजार जीवित जन्ममा ४८ जना शिशुहरूको आफ्नो जीवनको पहिलो जन्म वर्ष मनाउन नपाउँदै मर्ने गरेको पाइएको छ। त्यसैगरी प्रतिहजार ६१ जना बाल बालिकाहरू ५ वर्षको उमेर पार नगर्दै मृत्युवरण गर्न बाध्य छन्।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र काफ्ले, २०६७ का अनुसार बच्चाको मृत्यु हुने कारण गरिबी, अशिक्षा र स्वास्थ्य सम्बन्धी चेतनाको कमी प्रमुख रहेको पाइयो। त्यसकारण, गाउँ, टोल र

समुदायका व्यक्तिहरूलाई स्वास्थ्य र रोगका बारेमा जानकारी गराई समयमा नै उपचार गर्न सके अकाल मृत्युबाट जोखिन सकिन्छ, भन्ने चेतना जगाउन स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित सरोकारवालहरूबाट सुसूचित गराउन सके बच्चाको अकाल मृत्युलाई कम गर्न सकिन्छ ।

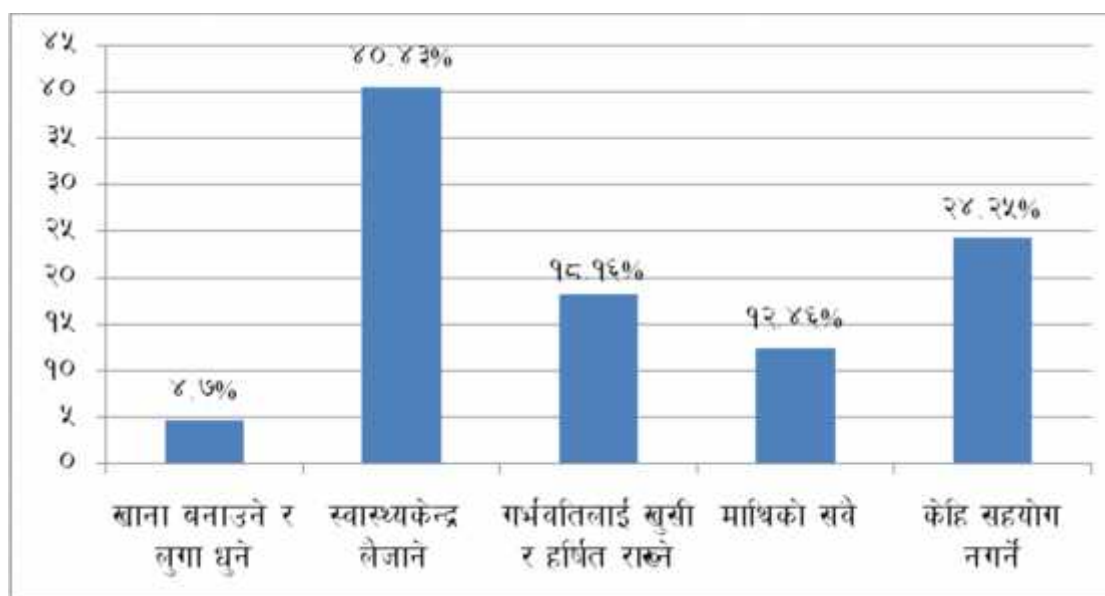
४.४ सुरक्षित मातृत्वमा पुरुषको भूमिका

परिवार, समाज र समुदायमा महिला पुरुष दुवैको भूमिका बराबरी हुन्छ । पुरुषलाई जसरी स्वास्थ्य, खानपान, रहनसहन, शारीरिक सरसफाइको आवश्यकता पर्दछ, त्यसरी नै महिलालाई तत्सम्बन्धित विषयहरूको आवश्यकता पर्दछ । प्रजनन स्वास्थ्यमा पुरुषको भूमिका परिवारको योजना बनाउने, बालबालिकाको हेरचाह गर्ने, परिवार नियोजनको साधनको प्रयोग गर्ने, महिलालाई घरायसी कार्यमा सघाउने आदि पर्दछन् । महिलाको प्रजनन स्वास्थ्य र सुरक्षित मातृत्वप्रति सम्मान गर्न तथा व्यवहारमा लागू गर्न समुदायको सबै पुरुषको जिम्मेवारी हुन्छ ।

४.४.१ गर्भावस्थामा पत्नीलाई गरेको सहयोग विवरण

गर्भावस्था एक संवेदनशील अवस्था हो । यस अवस्थामा धेरै गह्रौं भारी उचाल्न, गह्रौं काम गर्न र धेरै हिँडडुल गर्नु गर्भको शिशु र आमाका लागि असुरक्षित हुन्छ । यस्तो अवस्थामा शारीरिक रूपमा स्वस्थ र मानसिक रूपमा आनन्दित रहनु आवश्यक हुन्छ । यसको लागि महिलालाई परिवारमा सबैभन्दा पतिको भूमिका बढी हुन्छ । यस समुदायमा पत्नी गर्भवती हुँदा पतिले के कस्तो सहयोग गरे भन्ने कुरा तलको चित्रबाट अझ स्पष्ट पार्न सहयोग पुग्दछ :

चित्र नं. ४ : गर्भावस्थामा पत्नीलाई गरेको सहयोग विवरण



माथिको चित्र नं. ४ को तथ्याङ्कबाट पत्नी गर्भवती हुँदा खाना बनाउने र लुगा धुने सघाउने ४.७%, जाँच गर्नको लागि स्वास्थ्य केन्द्र लैजाने ८०.८३%, गर्भवतीलाई खुसी र हर्षित राख्ने १५.९६%, माथिका सवै गर्ने १२.८६% र केही पनि सहयोग नगर्ने २८.२२% रहेको पाइयो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र पोखरेल, बुढाथोकी, २०६८ का अनुसार पत्नीलाई गर्भवती अवस्थामा पतिको सहयोगको अति आवश्यक भइरहँदा पनि पुरुषले केही सहयोग नगरेको अवस्था अभै पनि रहेको पाइयो । वास्तवमा परिवारको समान सहभागिता, आपसी समझदारी, हेरचाह, माया ममता, सद्भाव र आत्मीयता सम्मानबाट नै महिला प्रजनन स्वास्थ्यको सुरक्षा हुन्छ, त्यसकारण समान अधिकार र कर्तव्यको बोध गराउने समुदायका महिला र पुरुषलाई समानरूपमा सहभागी गराई प्रजनन स्वास्थ्यका सम्बन्धमा गोष्ठी, सेमिनार, भेला गराउने सके सुरक्षित मातृत्वमा पुरुषको भूमिका बढाई गर्भावस्थामा महिलाको स्वास्थ्यमा टेवा पुग्न सक्छ ।

४.४.२ गर्भ जाँच गराउने पतिसँगै गएको विवरण

सन्तान जन्माउने वा नजन्माउने, जन्माउँदा कति फरकमा जन्माउने भन्ने कुरा पति पत्नीको उत्तिकै सहभागिता र उत्तरदायित्व हुनुपर्दछ । गर्भमा छँदा पत्नीको जति धेरै ख्याल राख्ने, स्वास्थ्य जाँच गर्ने हो त्यतिनै बच्चालाई पनि राम्रो हुन्छ । पत्नी गर्भवती भएको बेला उसको स्वास्थ्यको ख्याल गर्ने, समस्याहरू बुझ्ने पतिको जिम्मेवारी हो । त्यसकारण पत्नीको गर्भ जाँच गर्न जाँदा पति पनि जानु राम्रो हुन्छ । यस समुदायमा पुरुषहरू आफ्नी पत्नी गर्भ जाँच गराउने जाँदा पति साथमा गए वा गएनन् सो को विवरण तलको तालिकामा प्रस्तुत गरिएको छ :

तालिका नं.१३ : गर्भ जाँच गराउँदा पति साथमा गएको विवरण

क्र.सं.	विवरण	संख्या	प्रतिशत
१	गएको	८२	६०.३३
२	नगएको	३८	३१.६६
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. १३ लाई हेर्दा पत्नी गर्भवती भएर जाँच गराउन स्वास्थ्य चौकी जाँदा पति पनि साथमा गएको तथ्याङ्क ६०.३३% र साथमा नजाने पति ३१.६७% रहेको देखियो ।

पौडेल (२००७) परोपकार मेटरनिटि हस्पिटल काठमाडौंले १५० जनामा पहिलो गर्भावस्थाको योजना र अभ्यास विषयमा गरिएको अध्ययनमा पति साथमा जाने ३४% र साथमा नजाने ६६% रहेको पाइयो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र पौडेल, २००७ का तथ्याङ्क अनुसार यस अध्ययन क्षेत्रमा गर्भवती पत्नीलाई गर्भ जाँच गराउन जाँदा पति सँगै जानेको संख्या अधिकांश रहेको पाइयो । तथापि केहि प्रतिशत पुरुष यसमा सहभागि नभएको पनि पाइयो । त्यसकारण, गर्भवतीको स्वास्थ्य अवस्था बुझ्न पति पनि सँगै गएमा दुवै जनालाई गर्भवतीको समस्याहरु बुझ्न र आमा र शिशुको स्वास्थ्य सुरक्षित राख्न सकिन्छ भन्ने चेतना जगाउन पतिहरुलाई सकेसम्म सँगै गर्भ परीक्षण गर्न आउन सुभाब दिन सकिन्छ ।

४.४.३ बच्चाको स्वास्थ्य प्रति ध्यान दिने पतिको विवरण

हाम्रो समाजमा घर परिवारका कुरा महिलाले मात्र गर्नु पर्दछ, छोराछोरीको लालनपालन स्वास्थ्य सबै महिलाले गर्नु पर्छ भन्ने धारणा छ । पुरुषले रोजगारी र घर बाहिरको काम मात्र गर्ने गरेको पाइन्छ । तर घर परिवारमा छोराछोरीको पालन पोषण हेरचाह आमा बुबा दुवैले गर्नु राम्रो हुन्छ । यस समुदायका पतिहरुले बच्चाहरुको स्वास्थ्य प्रति कति ध्यान दिन्छन् भन्ने कुराको जानकारी तलको तालिकाबाट प्रष्ट हुन्छ ।

तालिका नं. १४ : बच्चाको स्वास्थ्य प्रति पतिको ध्यान

क्र.सं.	विवरण	संख्या	प्रतिशत
१	ध्यान दिन्छु	५८	४८.३३
२	पत्नीले नै गर्छिन्	६२	५१.६६
	जम्मा	७४	१००

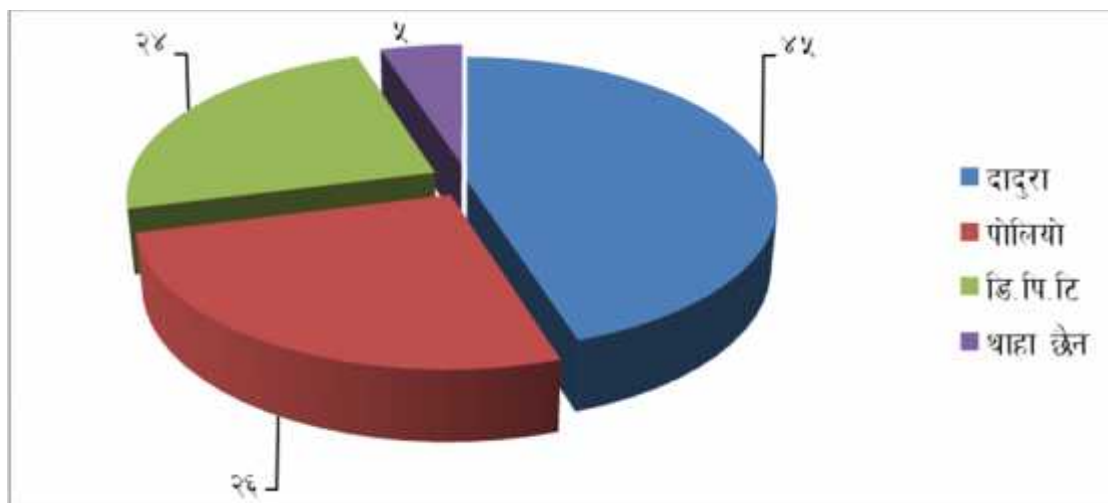
माथिको तालिका नं. १४ लाई हेर्दा बच्चाको स्वास्थ्यप्रति ध्यान दिने ४८.३३% र पत्नीले नै गर्छिन् भन्ने ५१.६६% रहेको पाइयो ।

यस तथ्याङ्क अनुसार यस समुदायमा बच्चाको स्वास्थ्यमा ध्यान दिने पति भन्दा पत्नीलाई नै जिम्मेवारी दिने पतिको संख्या बढी रहेको पाइयो । बच्चाको स्वास्थ्यप्रति पति पत्नी दुवैको समान उत्तरदायित्व हुन्छ । त्यसकारण पुरुषलाई पनि बच्चाको स्वास्थ्यको विषयमा जिम्मेवार हुन अति नै जरुरी छ । विभिन्न सूचना र सञ्चारको माध्यमबाट पुरुषको पनि बच्चाको स्वास्थ्यप्रति समान जिम्मेवारी बोध हुने खालका कार्यक्रमहरु प्रसारण गर्ने ।

४.४.४. ९ महिना पछि बच्चालाई खोप लगाउने प्रति पतिको ज्ञान

अहिले पनि आर्थिक व्यवहार धान्ने क्रममा पतिहरूको बच्चालाई लगाइने खोपको बारेमा अनभिज्ञता, पत्नीले नै ख्याल राख्ने चलन रहेको छ । सो विषयमा पतिहरूलाई कुन खोप कति महिनामा लगाउने भन्ने बारेमा कति जानकारी रहेछ, भनी अनुसन्धान गर्दा पुरुष उत्तरदाताहरूबाट प्राप्त नतिजा तलको चित्रमा प्रस्तुत गरिएको छ ।

चित्र नं.५ : ९ महिना पछि बच्चालाई खोप लगाउने प्रति पतिको ज्ञान



माथिको चित्र नं. ५ अनुसार बच्चा ९ महिना पूरा भएपछि दादुराको खोप लगाउनु पर्छ भन्ने पति ४५%, पोलियो लगाउनु पर्छ भन्ने २६%, डि.पि.टि.को खोप लगाउनु पर्छ भन्ने २४% र थाहा नहुने ५% रहेको पाइयो ।

नारी, जेठ (२०७०) ले नेपाल सरकार, स्वास्थ्य मन्त्रालयको खोप महाशाखा अन्तर्गतको स्वास्थ्य संस्थाले दिने खोप १ वर्षको उमेर सम्ममा पर्याप्त छन् । यस अन्तर्गत शिशु जन्मिएको दिनदेखि डेढ महिना भित्र वी. सी. जी. डेढ महिना, साढे दुई महिनामा, साढे तीन महिनामा डी. पी. टी., हेपाटाइटिस बी. पोलियो तथा नौ महिना पूरा भएपछि दादुराको खोप लगाउनु पर्दछ । ती खोपहरू बाहेक अन्य खोप प्राइभेट क्लिनिक तथा हस्पिटलमा किनेर लगाउनु पर्छ । ती खोपमा एमएमआर हेपाटाइटिस ए, चिकेन फक्स, जापानिज एन्सेफलाइटिस आदि पर्छन् ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र नारी, २०७० का अनुसार बच्चालाई सम्पूर्ण खोपको मात्रा पूरा गर्नु पर्दछ भनेपनि पुरुषमा अबै ९ महिना पछि बच्चालाई कुन खोप लगाइन्छ भन्ने कुरामा अनभिज्ञ रहेको देखियो । त्यसकारण, पति र पत्नी दुवैलाई बच्चालाई सम्पूर्ण खोपहरूको जानकारी दिन गाउँ वा टोलमा गई सूचना दिन विभिन्न माध्यमहरूको प्रयोग गरी चेतना प्रवाह गर्न सके सबै महिला र पुरुषलाई खोपसम्बन्धी अभ्यासमा परिणत गर्न सकिन्छ ।

४.५ परिवार नियोजन

इच्छा अनुसारको परिवारको आकार निर्धारण गर्नु परिवार नियोजन अन्तर्गत पर्दछ । आफ्नो स्तर अनुसार परिवारको सदस्यहरूको स्वास्थ्य, शिक्षा र अन्य आवश्यकताहरूको समायोजन गर्न गरिने योजना परिवार नियोजन हो । परिवार नियोजनका विभिन्न साधनहरू बजारमा उपलब्ध छन् । प्राकृतिक र कृत्रिम साधनको प्रयोग गरी परिवारको आकारलाई आफ्नो इच्छा अनुसार निर्माण गर्न सकिन्छ । प्राकृतिक विधि अन्तर्गत क्यालेन्डर विधि, योनीस्राव परीक्षण विधि, बाह्य स्खलन विधि पर्दछन् । कृत्रिम अन्तर्गत अस्थायी र स्थायी साधन उपलब्ध छन् । अस्थायी साधन अन्तर्गत ढाल, आई.यु.डी., कपर्टि, डायफ्राम, खानेचक्की, डिपोप्रोभेरा, नरप्लान्ट पर्दछन् । स्थायी अन्तर्गत भ्यासेक्टोमी, मिनिल्याप पर्दछन् ।

४.५.१ परिवार नियोजनको विषयमा खुलेर कुरा गर्ने दम्पति

जनसंख्या वृद्धिसँगै विभिन्न समस्या आइपर्दछन् । शिक्षा, स्वास्थ्य, वातावरण, सुविधा आदि पक्षहरूको अभाव खड्कन थाल्दछ । यस्तो अवस्था आउन नदिन दम्पतिबीच परिवार नियोजनको

जानकारी र प्रयोग हुन अत्यन्तै आवश्यक हुन जान्छ । त्यसैले उक्त अध्ययन क्षेत्रमा पति पत्नीबीच यस विषयमा खुलेर कुरा गर्ने कति दम्पति छन् भन्ने तलको तथ्याङ्कले स्पष्ट पार्दछ :

तालिका नं. १५ : परिवार नियोजनको विषयमा खुलेर कुरा गर्ने दम्पति

क्र.सं.	विवरण	संख्या	प्रतिशत
१	खुलेर कुरा गर्ने	५४	४५
२	खुलेर कुरा नगर्ने	६६	५५
	जम्मा	१२०	१००

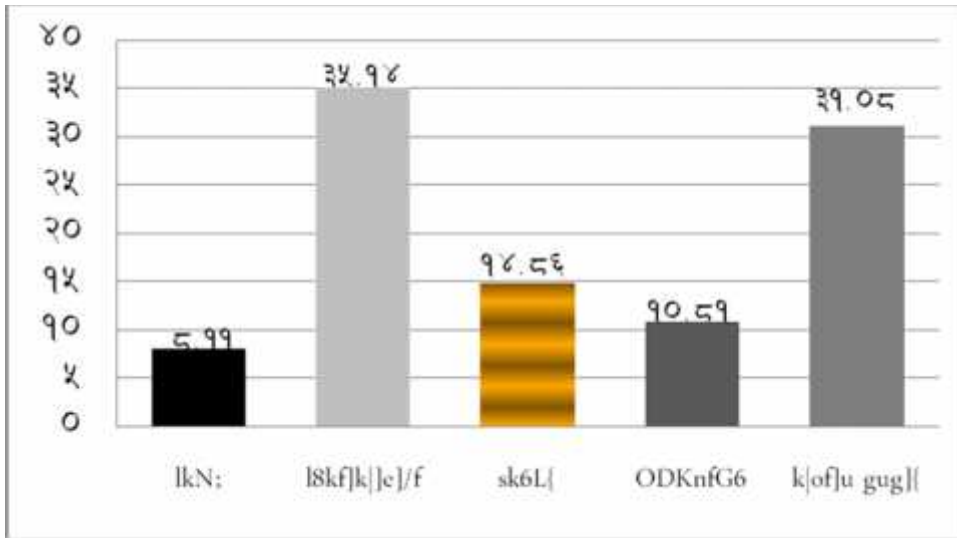
माथिको तालिका नं. १५ को आधारमा परिवार नियोजनको विषयमा पति पत्नीबीच खुलेर कुरा गर्ने ४५% र खुलेर कुरा नगर्ने ५५% रहेको पाइयो । यसमा दम्पति बीच खुलेर कुरा गर्ने भन्दा कुरा नगर्ने १०% ले बढी पाइयो ।

पुरुष र महिला यौनिक क्रियाकलापमा संलग्न भई सामाजिक र सांस्कृतिक एवम् कानुन सम्मत प्रक्रियाबाट बच्चा जन्माउनु बच्चा जन्माउन सक्षम बनाउने सम्बन्ध विवाह हो । पतिपत्नी बीच परिवारको आकार निर्धारण गर्ने, कहिले बच्चा जन्माउने, कति फरकमा जन्माउने, परिवार नियोजनका कुन साधनको प्रयोग गर्ने भन्ने सम्बन्धमा खुलेर सल्लाह गर्नु आवश्यक छ । तर लाज मान्ने, डर लाग्ने, वास्ता नगर्ने जस्ता कारणहरू अझै पनि यो विषयमा खुलेर कुरा गर्ने दम्पति कम नै पाइन्छ । त्यसकारण, परिवारको पालन पोषण, शिक्षादीक्षा लगायत सम्पूर्ण पक्षहरूमा पति र पत्नी दुवैको जिम्मेवारी उत्तिकै भएकाले परिवार नियोजनको सल्लाह सुझाव र परामर्श लिनका निम्ति दुवैलाई सहभागी गराउन कुरामा जोड दिनु पर्छ ।

४.५.२ परिवार नियोजनका साधन प्रयोग गर्ने महिला

दम्पतिको परिवारको आकार आफ्नो इच्छा, पालनपोषणको क्षमता आदि पक्षलाई हेरेर सन्तान जन्माउने, नजन्माउने योजना गर्नु परिवार नियोजन अन्तर्गत पर्दछ । परिवार नियोजनका साधनहरू महिलाहरूका विभिन्न किसिमबाट उपलब्ध भइसकेको अवस्थामा यस समुदायका महिलाहरूले कुन कुन साधन प्रयोग गरेका छन् भन्ने कुरा तलको चित्रबाट प्रष्ट हुन्छ ।

चित्र नं. ६ : परिवार नियोजनका साधन प्रयोग गर्ने महिला



माथिको चित्र नं. ६ को तथ्याङ्कको आधारमा परिवार नियोजन साधनको प्रयोगकर्ता महिलाले पिल्स ५.९९%, डिपोप्रोभेरा ३४.९४%, कपटी १४.५६%, इम्प्लान्ट १०.५९% प्रयोग गरेको पाइयो भने ३१.०५% ले परिवार नियोजनको कुनै पनि साधनको प्रयोग नगरेको पाइयो ।

मोरङ जिल्लाको इन्द्रपुर गाविसको सुकुम्बासी बस्तीमा गरिएको सामुदायिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण अनुसार महिलाहरूले प्रयोग गरेको परिवार नियोजनको अस्थायी साधनहरूमा जम्मा ७२ जनामा १५% ले पिल्स, ७५% ले डिपो, २.५% ले नरप्लान्ट र ७.५% ले परिवार नियोजनको साधन प्रयोग नगरेको पाइयो (सामुदायिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०६६) ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र सामुदायिक सर्वेक्षण, २०६६ को तथ्याङ्क अनुसार महिलाले प्रयोग गर्ने गरेको परिवार नियोजनको अस्थायी साधनहरूमा डिपोप्रोभेरालाई बढी अपनाएको पाइयो जसलाई प्रभावकारी र सहज साधन मानेको पाइयो । त्यसकारण, आफूलाई सहज र प्रभावकारी लाग्ने साधनको बारेमा जानकारी लिई परिवारको आकार निर्धारण गर्न अनिच्छित गर्भलाई रोक्ने साधनको बारेमा जानकारी दिन पोस्टर, पम्प्लेट र सूचनाको प्रयोग गर्नुपर्ने देखिन्छ ।

४.५.३ पतिले परिवार नियोजनको साधन प्रयोगको विवरण

चेतनाको कमी, रूढिवादी परम्पराको कारण सन्तान ईश्वरको वरदान, बुढेसकालको सहारा भनी सन्तान धेरै जन्माउने मान्यताले अत्यधिक जनसंख्या वृद्धि भइरहेको छ । यस समुदायमा पतिले परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गरेको स्थिति तलको तालिकाले स्पष्ट पार्दछ :

तालिका नं. १६ : पतिले परिवार नियोजनको साधन प्रयोगको विवरण

क्र.सं.	विवरण	संख्या	प्रतिशत
१	प्रयोग गर्ने	४५	३७.५
२	प्रयोग नगर्ने	७५	६२.५
	जम्मा	१२०	१००

माथिको तालिका नं. १६ को अनुसार परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्ने पति ३७.५% र प्रयोग नगर्ने पुरुष ६२.५% रहेको पाइयो । पहिलेको तुलनामा भन्दा हाल पुरुषले पनि परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्ने संख्या बढ्दैछ । जसले गर्दा जनसंख्या वृद्धि कम गर्न महिला मात्र नभई पुरुष पनि सहभागी बन्दै गएको देखिन्छ ।

परिवार नियोजन एउटा योजनाबद्ध कार्यक्रम हो । जसले परिवारको सदस्य अनुसार स्रोत तथा साधनहरूको समुचित व्यवस्था गर्न र परिवारको सुख, समृद्धि तथा गुणस्तरीय जीवन यापन गर्न मद्दत गर्छ । परिवारको आकार निर्धारण गरी सीमित र चाहेजस्तो बनाउन परिवारको कल्याण गर्न, मातृशिशु स्वास्थ्यको रक्षा गर्न एवं सीमित स्रोत र साधनको परिचालन गरी सुखी परिवारको योजना बनाउने कार्यमा पुरुषको महत्वपूर्ण भूमिका हुन्छ (शेरचन र उप्रेती, २०६८) ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र शेरचन र उप्रेती, २०६८ का अनुसार परिवार नियोजनमा पुरुषको समान सहभागिता भई जनसंख्या वृद्धिदरमा कमी ल्याउन र महिलाको प्रजनन स्वास्थ्यमा उल्लेख्य भूमिका रहेको देखिएन । त्यसैले, प्रजनन सम्बन्धी योजना गर्नु, निर्णय गर्नु र पत्नीको प्रजनन स्वास्थ्यमा सहयोग गर्नु पुरुषको अहम् भूमिका हुन्छ । परिवार नियोजनका विषयमा पुरुषलाई पनि समान रूपमा सहभागी गराउनका निम्ति दम्पतिलाई सल्लाह र सुभाषा दिन स्वास्थ्य क्षेत्रमा काम गर्ने संघ-संस्थाले परिवार नियोजन सम्बन्धी कार्यक्रमहरू गर्नु आवश्यक हुन्छ ।

४.६ प्राप्ति

मोरङ जिल्ला कोसीहरैँचा वडा नं. ५ को वेलेपुरमा गरिएको अनुसन्धानमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी महिला र पुरुषको ज्ञान र अभ्यासको खोजी गर्नु रहेकोमा सो सम्बन्धी आएका प्राप्तिहरू यस अनुसार छन् ।

क) समुदायमा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान र जानकारी भएका ४५% र थाहा नभएको ५५% रहेको पाइयो ।

ख) प्रजनन स्वास्थ्य बारे थाहा नभएको कारण वास्ता नगरेर २१.६२% फुर्सद नभएर ४.०५%, मन नलागेर २.७०% ज्ञान नभएर ३२.४३% रहेको पाइयो ।

- ग) जानकारी माध्यम रेडियो २१.५%, टेलिभिजन २७.५६%, स्वास्थ्य चौकी १२.७% र साथीसँग २८.२३% रहेकमो देखियो ।
- घ) १०- १९ वर्षमा विवाह गर्ने ५५%, २०-२४ वर्षमा विवाह गर्ने ३३.३३%, २५ वर्ष भन्दा माथि ११.६७% विवाह भएको उमेरमा विवाह गर्नेको संख्या बढी रहेको पाइयो ।
- ङ) १६-२० वर्षमा आमा बन्नेहरू सबै भन्दा बढि ४६.६६% रहेको पाइयो ।
- च) गर्भावस्थामा जाँच गर्न गएको ८९.१९%, गइन भन्ने १०.८१% रहेको देखियो ।
- छ) गर्भावस्थामा २ पटक गर्भ जाँच गर्न जाने २१.७७% गर्न गएको, ४६.६६% तीन पटक, २५% ४ पटक र जाँच गर्न नगएको ६.६६% रहेको पाइयो ।
- ज) जाँच गर्न नजानुको कारणमा ज्ञान नभएर , घरदेखि टाढा भएर, हिँड्न नसकेर र जाँच गर्न जान नभ्याएर भन्ने उत्तर आयो ।
- झ) सुरक्षित मातृत्व बारे जानकारी नभएको कारण पोषण, खोप, सुई, स्वास्थ्य जाँच आदिको उपयुक्त सुविधा उपलब्ध नहुनाले शिशुहरूको मृत्यु भएको उत्तर दिने २८.३८% पाइयो ।
- ञ) गर्भवती अवस्थामा खोप लगाएको संख्या ८९.२०% र नलगाउने १०.८१% रहेको पाइयो ।
- ट) जुकाको औषधी ३ महिनापछि खाने ३०%, ४ महिना पछि खाने ४०% र ५ महिना पछि खाने १९.१६% र नखाने १०.८३% रहेको पाइयो ।
- ठ) गर्भावस्थामा पौष्टिक खाना खाने संख्या ३५% र नखाने ६५% रहेको देखियो । घरमा सुत्केरी गराउने १९.१६% र अस्पतालमा गराउने ८०.१३% रहेको पाइयो ।
- ड) सुत्केरी अवस्थामा लामो प्रसव पीडा ४०.२३% र रक्तस्रावको समस्या ५.६% लाई देखिएको पाइयो ।
- ढ) पत्नी गर्भवती भएको बेला केही सहयोग नगर्ने पति संख्या २४.२५% मा खाना बनाउन लुगा धुने ४.७% जाँच गर्न स्वास्थ्य केन्द्र लैजाने ४०.४३%, गर्भवतीलाई खुसी र हर्षित राख्ने ४०.४३% रहेको पाइयो ।
- ण) बच्चालाई लगाउनु पर्ने खोप लगाएको भन्ने ९५% र थाहा नभएको उत्तर दिने ५% रहेको पाइयो ।
- त) पत्नीको स्वास्थ्यप्रति चासो राख्ने ४३.२४% र हाम्रो चासोको विषय होइन भन्ने ३१.१०% र उनीहरू आफैले चासो राख्नुपर्छ भन्ने २५% रहेको पाइयो ।
- थ) पत्नीको गर्भ जाँच गराउन जाँदा सँगै लिएर जाने ६०.३३% र नजाने ३१.६६% रहेको पाइयो ।

- द) नजानुको कारण मन नलागेर १२.१६% र म जानु आवश्यक छैन भन्ने ३३.७८% र नभ्याएर २१.६२% रहेको पाइएको छ ।
- ध) पति-पत्नीबीच परिवार नियोजन बारे खुलेर कुरा गर्ने भन्दा खुलेर कुरा नगर्ने बढी मात्रामा देखियो ।
- न) महिलाले परिवार नियोजनको अस्थायी साधन प्रयोग गर्ने जम्मा ८२ जनामा ८.११% ले पिल्स, ३५.१४% ले डिपोप्रोभेरा, १४.८६% कपर्टी, १०.८१% ले इम्प्लान्ट प्रयोग गरेको पाइयो ।
- प) पुरुषले परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्ने ३७.५% र प्रयोग नगर्ने ६२.५% रहेको पाइयो ।

४.७ सारांश

स्वास्थ्य क्षेत्र अन्तर्गत पर्ने प्रजनन् स्वास्थ्यसँगै आउने सुरक्षित मातृत्व महत्वपूर्ण र संवेदनशील विषय हो । यस विषयमा सचेत, जागरुक नहुने हो भने आमा र शिशुको स्वास्थ्य जोखिममा पर्ने, सुत्केरीमा संक्रमित भई मातृमृत्यु र बालमृत्युको दरमा तिब्रता आउन सक्छ । त्यसैले यस विषयमा अध्ययन गर्न सान्दर्भिक देखिएकाले यस विषयमा अध्ययन गर्न मोरङ जिल्लाको कोशीहरैचा नं. पा. ५ स्थित बेलपुरमा गरिएको छ । उक्त समुदायको महिला र पुरुषको सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धि ज्ञान र अभ्यासको खोजी गर्नु, सुरक्षित मातृत्वको अवस्था पत्ता लगाउनु र यस सम्बन्धि समस्याहरूलाई पहिचान गरी समाधानको लागि सुझाव संकलन गर्नु मुख्य उद्देश्य रहेको छ ।

यस अध्ययनमा कोशीहरैचा नं. पा. ५ का ४०० घर परिवार मध्ये ५६४ जना अध्ययन जनसंख्याको २१% अर्थात १२० जना विवाहित महिला र पुरुषलाई सामान्य संभावनायुक्त नमुना छनोटको आधारमा अन्तर्वार्ता सूचीको प्रयोग गरी तथ्याङ्क सङ्कलन पश्चात व्याख्यात्मक र संख्यात्मक अनुसन्धान ढाँचामा सम्पन्न गरिएको छ ।

अध्ययनबाट प्राप्त नतिजालाई हेर्दा यस समुदायमा प्रजनन् स्वास्थ्यको विषयमा जनकारी नभएको संख्या बढी देखियो । अधिकांशले २० वर्ष अघि नै विवाह गरेको र पहिलो गर्भाधारणा पनि २० वर्ष अघि नै भएकोले प्रसव अवस्थामा रक्तचाप, लामो प्रसव पिडाको समस्या बढीलाई देखियो । गर्भावस्थामा थप पोषणयुक्त खाना खाने संख्या कम पाइयो । शिशुको मृत्युहुने कारण मध्ये निमोनिया प्रमुख रहेको पाइयो । गर्भावस्थामा पत्नीलाई सहयोग गर्ने र पत्तिको स्वास्थ्यप्रति ख्याल गर्ने पतिहरू कम पाइयो । परिवार नियोजनको विषयमा खुलेर कुरा गर्ने दम्पति भन्दा नगर्नेको संख्या बढी पाइयो । महिलाहरूले परिवार नियोजनका साधन डिपोप्रोभेरालाई बढी अपनाएको पाइयो भने पुरुषहरूले परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्ने भन्दा नगर्नेको संख्या उल्लेख्य

मात्रामा पाइयो । अध्ययनबाट प्राप्त निष्कर्ष र प्राप्तिलाई हेर्दा देखिएका समस्यालाई समाधान गर्नको निम्ति स्वास्थ्य सेवा विभाग, स्वास्थ्य शिक्षा तथा संगठन, सरकारी तथा गौह सरकारी संघ संस्था, स्थानीय निकायहरू एक अर्कामा समन्वयन गरी समुदायमा प्रजनन स्वास्थ्य र सुरक्षित मातृत्वसम्बन्धी शिक्षा तथा सुचना दिने, सुविधा र पहुँचको विस्तार गरी सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धि विषयमा गोष्ठी, सेमिनारमा समुदायलाई पनि सहभागी गराई छलफल र अन्तरक्रियामा सहभागी गराउने कार्यक्रम सञ्चालन गर्न सकेको खण्डमा प्रजनन् स्वास्थ्य र सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धि समस्यालाई कम गर्न सकिन्छ ।

परिच्छेद पाँच : निष्कर्ष तथा सुभाव

५.१ निष्कर्ष

मोरङ जिल्लाको कोशीहरैचा नं.पा. ५ मा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन विषयमा गरिएको अध्ययनबाट प्राप्त भएको तथ्याङ्कको व्याख्या र विश्लेषणको आधारमा निम्न निष्कर्ष निकालिएको छ :

यस अध्ययन क्षेत्र कोशीहरैचा ५ का अधिकांशले १६-२० वर्ष अघि नै विवाह गरेका, पहिलो पटक आमा बन्दाको उमेर १७-२० वर्षका बढी रहेको पाइयो । सुरक्षित मातृत्वबारे जानकारी भएको भन्दा नभएको बढी मात्रामा रहेको पाइयो जसको कारण ज्ञान नभएर, वास्ता नगरेर, फुर्सद नभएर र मन नभएर जस्ता उत्तर प्राप्त भयो । गर्भधारण पश्चात् स्वास्थ्य जाँच गर्न ४ पटक आवश्यक भए पनि सबैले ४ पटक स्वास्थ्य जाँच नगराएको र गर्दै नगरेको पनि पाइयो । शिशुको मृत्यु हुने कारणहरू निमानिया, टाइफाइड, भ्रूणमृत्यु, मृत जन्म र महिना नै नपुगी जन्म र दुर्घटना भए पनि निमोनियाको कारण मृत्यु हुनेको संख्या अधिकांश रहेको देखियो । गर्भावस्थाको ३ महिना पूरा गरेपछि जुकाको औषधी खानु पर्ने भए पनि सबैले त्यस अनुसार नगरी ४/५ महिना पछि मात्र खाएको र नखाएको संख्या पनि रहेको पाइयो ।

गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खानेकुरा खाने भन्दा र पौष्टिक खानेकुरा नखानेको संख्या उल्लेख्य रहेको पाइयो । अस्पतालमा सुत्केरी गराउने भन्दा र घरमा नै सुत्केरी गराउने बढी रहेको पाइयो । प्रसव अवस्थामा धेरैलाई लामो प्रसव व्यथा र रक्तस्रावको समस्या देखियो । बच्चा विरामी हुँदा वैद्यकोमा लैजाने, धामीभाँक्रीको सहयोग लिने भन्दा स्वास्थ्य चौकी लाने संख्या बढी पाइयो । बच्चालाई थप खानाको रूपमा लिटो र जाउलोभन्दा भात खुवाउनेको संख्या बढी रहेको पाइयो । परिवार नियोजनको साधनमा महिलाले बढी मात्रामा डिपोलाई अपनाएको पाइयो भने पुरुषहरूले परिवार नियोजनाको साधनको प्रयोग नगर्नेको संख्या बढी पाइयो ।

५.२ सुभावहरू

५.२.१ नीति निर्माता तहका लागि सुभाव

अध्ययन क्षेत्रमा स्वास्थ्य चौकी तथा उपस्वास्थ्य चौकीको व्यवस्था भए पनि सबैको पायक पर्ने गरी लक्षित समुदाय तथा जनसंख्याको चाप भएको स्थानमा गाउँ घर क्लिनिक सञ्चालन गर्नु पर्दछ । सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी कार्यक्रमलाई अझ विस्तार गरी गाउँका कुना कुना सम्म लैजानु पर्छ । अशिक्षित र असचेत समुदायमा जनचेतना प्रवाह गर्नु पर्दछ । यस्ता कार्यक्रम सञ्चालन गर्न

तालिमप्राप्त जनशक्ति परिचालन गर्नु पर्छ । स्वास्थ्य सेवा विभाग, स्वास्थ्य शिक्षा तथा संगठन, सरकारी तथा गैर सरकारी संस्था र स्थानीय निकायसँग समन्वय गरी सुरक्षित मातृत्व, सुत्केरी अवस्था, मातृशिशुको स्वास्थ्य र खोपको विषयमा व्यापक चेतना जागरण गर्नु अनिवार्य देखिएको छ । देशबाट अकाल बाल तथा शिशुको मृत्यु र मातृ मृत्युदर घटाउने र आमा र बच्चाको स्वास्थ्यको लागि यस्ता विषयहरूमा नीति तय गर्नु प्रभावकारी कार्यान्वयन गर्नु आवश्यक छ ।

५.२.२ अभ्यासकर्ताका लागि सुझाव

समुदायमा रहेका संघ संस्था, आमा समूह, महिला स्वयंसेविका र गाउँका सर्वसाधारण सबैलाई संगठित गरी सुरक्षित मातृत्व र प्रजनन स्वास्थ्य विषयमा गोष्ठी कार्यशाला आयोजना गर्ने । परिवार नियोजन, सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी विषयमा छलफल तथा अन्तर्क्रिया सञ्चालन गर्न समुदायका महिला पुरुष सबै सक्रिय रूपमा सहभागी गराउने कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने ।

प्रजनन स्वास्थ्य तथा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी समस्यालाई सावधानीपूर्वक समाधान गर्ने सीपको विकास गर्ने, सुरक्षित सुत्केरी, अनिच्छित गर्भले निम्त्याउने समस्या प्रति सजग हुने । प्रजनन स्वास्थ्य र सुरक्षित मातृत्व सेवा र सुविधाबारे जानकारी लिई व्यवहारमा अपनाउने । शिशु स्वास्थ्य स्याहार, परिवार नियोजन र सुरक्षित मातृत्वका सम्बन्धमा दम्पतिलाई सल्लाह, सुझाव र परामर्श सेवा प्रदान गर्न वर्तमानको निकायलाई विकास गर्ने । आमा र शिशुको पोषण, खोप, स्तनपान, सरसफाइ आदि राम्रो ध्यान दिन परिवारले प्रेरित गर्ने ।

५.३.३ अनुसन्धान कर्तालाई सुझाव

समुदायको प्रजनन स्वास्थ्य र सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान र अभ्यासको अवस्था पत्ता लगाउने । आमा र शिशुको स्वास्थ्य अवस्थाको बारेमा पत्ता लगाउन समुदायका व्यक्ति, सम्बन्धित स्थानीय संघसंस्था बारे यस सम्बन्धी तथ्याङ्कको खोजी गर्ने । सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी समस्यालाई पत्ता लगाई समाधानको निम्ति सुझावहरू पेश गर्ने । प्रजनन स्वास्थ्यमा पुरुष र महिलाको ज्ञान र अभ्यास बीचको सम्बन्ध खोज्ने । मातृशिशु स्वास्थ्य सम्बन्धी पुरुषको भूमिकाको पहिचान गर्ने र परिवार नियोजन, बच्चाको स्वास्थ्यका विषयमा पुरुषको ज्ञानको पहिचान गर्ने ।

सन्दर्भ सामग्री

- आमा सुरक्षा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिका (२०६९), नेपाल सरकार स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या मन्त्रालय स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखा, टेकु काठमाण्डौ ।
- कार्की, अशोक कुमार (२०६६), *मानव यौनिकता र प्रजनन स्वास्थ्य*, कीर्तिपुर काठमाडौं: पैरवी प्रकाशन ।
- काफ्ले, रामेश्वर (२०६७), *सामुदायिक स्वास्थ्य तथा प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा*, काठमाडौं: जुपिटर पब्लिकेशन एन्ड डिस्ट्रिब्युटर्स प्रा.लि., टेकु ।
- खाती, मदनवाहादुर (२०१२), *सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान र अभ्यास*, त्रिभुवन विश्वविद्यालय, स्वास्थ्य शारीरिक तथा जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग कीर्तिपुर: अप्रकाशित शोधपत्र ।
- तुडतुई, रोशनी (२०६४), *गर्भावस्था*, काठमाडौं : विद्यार्थी पुस्तक भण्डार, भोटाहिटी ।
- थापा, दिपक कुमार (२०१२), *दलित समुदायमा महिलाको सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान र अभ्यास*, त्रिभुवन विश्व विद्यालय स्वास्थ्य, शारीरिक तथा जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग कीर्तिपुर : अप्रकाशित शोधपत्र ।
- दुलाल, कृष्णप्रसाद (२०६८), *छात्राको सिकाइ उपलब्धिमा लैङ्गिक विभेदको प्रभाव*, अप्रकाशित शोधपत्र, शिक्षा शास्त्र संकाय, सुकुना बहुमुखी क्याम्पस ।
- पाण्डे, उपासना (२०७० जेठ), *शिशुको हेरचाह कसरी गर्ने ?*, नारी पृ.७५ ।
- प्रजापति (अवा), लक्ष्मीमैया (२०६१), *समुदाय स्वास्थ्य नर्सिङ*, काठमाडौं : मकालु बुक्स एन्ड स्टेशनरी, कीर्तिपुर ।
- पौडेल, भवनी (२०१४), *मगर समुदायमा महिलाको सुरक्षित मातृत्वमा श्रीमानको भूमिका*, त्रिभुवन विश्वविद्यालय कीर्तिपुर : अप्रकाशित शोधपत्र ।
- महर्जन, श्यामकृष्ण (२०६७), *मानव यौनिकता र प्रजनन स्वास्थ्य*, काठमाडौं : सनलाइट पब्लिकेशन, कीर्तिपुर ।
- महर्जन, श्यामकृष्ण (२०६८), *मानव यौनिकता र प्रजनन स्वास्थ्य*, कीर्तिपुर काठमाडौं : सनलाइट प्रकाशन ।
- मुडवरी, नवराज (२०६७), *स्वास्थ्य शिक्षाका सिद्धान्त र आधारहरु*, काठमाडौं: जुपिटर पब्लिसर्स एन्ड डिस्ट्रिब्युटर्स प्रा.लि., टेकु ।

रिपोर्ट (२०६६), *मातृशिशु स्वास्थ्य स्थिति सम्बन्धी अध्ययन*, अप्रकाशित शोधपत्र, शिक्षा शास्त्र संकाय, सुकुना बहुमुखी क्याम्पस, इन्द्रपुर, मोरङ ।

स्वास्थ्य मन्त्रालय (२०७२), *शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण परामर्श*, काठमाडौं : राष्ट्रिय तालिम केन्द्र, टेकु ।

समाचारदाता (२०७०, जेठ १३, सोमबार), सुरक्षित मातृत्वको माग, *अन्नपूर्णा पोस्ट दैनिक*, पृष्ठ २ ।

सम्पादक, (२०६९, जेठ), संविधानमै सम्बोधन होस् महिलाको माग, *नारी मासिक*, पृ. ६ ।

स्वास्थ्य मन्त्रालय (२००८), *मेटरनल एन्ड न्युबर्न केयर*, काठमाडौं : टेकु ।

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय (२०६७/०६८), *राष्ट्रिय स्वास्थ्य शिक्षा, सूचना तथा सञ्चार केन्द्र*, टेकु, काठमाडौं ।

स्वास्थ्य मन्त्रालय (२०६५), *शिशु तथा बाल्यकालीन पोषण परामर्श*, काठमाडौं : राष्ट्रिय तालिम केन्द्र, टेकु ।

Adikari, R. (2010), *Safe mother hood practice of dalit community* unpublished Master's thesis, Health physical and population Education department, T.U. Kirtipur;

Central Bureau of statistics (2011/12), *Nepal Living Standards Survey, Kathmandu*, Central Bureau of statistics.

Gautam, Ram Prasad (2004). *Role of Female Community Health Volunteer and Safe Motherhood Service in Parbat*, An unpublished Master's Thesis. Faculty of Education Department of Health and Population Education, Tribhuvan University, Kirtipur, Kathmandu.

Gyawali, Mira (2008). *Tharu Culture and Their Knowledge about Maternal and Child Health care practice of Kahaiya VDC in Rupandehi district*, An unpublished Master's Thesis. Faculty of Education Department of Health and Population Education, Tribhuvan University, Kirtipur, Kathmandu.

<http://www.annapurnapost.com> 17th July 2014.

Paudel, Ram Prasad (2006). *Planning and Practice of First pregnancy at Paropakar Maternity Hospital, Kathmandu*. An unpublished Master's Thesis. Faculty of Education Department of Health and Population Education, Tribhuvan University, Kirtipur, Kathmandu.

Pokharal, Trichan (2003), *Male involvement in reproductive healthurban Rural Differential* unpublished Master's thesis, Health physical and population Education department, T.U. Kirtipur;

Thapa, Krishna Bahadur (2010). *Safe Motherhood Practice of Tharu Mothers*, Journal of Health Promotion 3 (6) pp. 39-44.

अनुसूची-१
अन्तरवार्ता सूची

मिति :

सामान्य प्रश्नावली

अञ्चल : जिल्ला : गा.वि.स. :
 वार्ड नं: टोल :
 घरमुलीको नाम : उत्तरदाताको नाम :
 जातजाति : परिवारको किसिम :
 धर्म : भाषा :

पारिवारिक पृष्ठभूमि

नामथर	उमेर	लिङ्ग	शैक्षिक अवस्था	वैवाहिक स्थिति	पेशा	अन्य

सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी महिलाहरुलाई प्रश्न

- तपाईंको विवाह कति उमेरमा भयो ?
 (क) १३-१५ (ख) १६-२० (ग) २१-२५ (घ) २५ भन्दा माथि
- सुरक्षित मातृत्वबारे सुन्नुभएको छ ?
 (क) छ (ख) छैन
- छ भने कहाँबाट सुन्नुभयो ?
 (क) रेडियो (ख) टेलिभिजन (ग) स्वास्थ्यचौकी (घ) साथीसँगै
- छैन भने किन सुन्नुभएन होला ?
 (क) वास्ता नगरेर (ख) फुर्सद नभएर (ग) मन नलागेर (घ) ज्ञान नभएर
- तपाईं हाल गर्भवती हुनुहुन्छ ?
 (क) छु (ख) छैन
- पहिलो गर्भाधारण कति उमेरमा भयो ?
 (क) १३-१९ (ख) २०-२४ (ग) २५-३० (घ) ३१ भन्दा माथि

७. गर्भवती हुनुहुन्छ भने पहिलो बच्चा र दोस्रो बच्चाबीच फरक कति छ?

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

८. गर्भावस्थामा जाँच गर्न जानुभयो कि भएन ?

(क) गाँ (ख) गइन

९. गर्भावस्थाको समयमा कति पटक जाँच गराउनुभयो ?

(क) २ (ख) ३ (ग) ४ (घ) गराइनँ

१०. जानुभएन भने किन जानुभएन ?

(क) ज्ञान नभएर (ख) घरदेखि टाढा भएर

(ग) जाँच गर्न जान नपाएर (घ) हिँड्न नसकेर

११. पहिलो पटक गर्भवती हुँदा तपाईं कति वर्षको हुनुहुन्थ्यो ?

उत्तर

१२. तपाईंले कति बच्चा जन्माइसक्नु भयो ?

उत्तर

१३. तपाईंले जन्माउनु भएका सबै बच्चाहरु जीवित छन् ?

(क) छन् (ख) छैनन्

१४. छैन भने के रोगले मृत्यु भयो ?

उत्तर

१५. गर्भवती भएको अवस्थामा खोप लगाउनु भयो ?

(क) लगाएँ (ख) लगाइन

१६. लगाउनु भएन भने किन लगाउनु भएन ?

(क) उपलब्ध नभएर (ख) थाहै थिएन (ग) आवश्यकै छैन

१७. गर्भवती हुँदा कति महिना पछि जुकाको औषधी खानुभयो ?

(क) ३ महिना (ख) ४ महिना (ग) ५ महिना (घ) खाइन

१८. टि.टि. खोप कति पटक लगाउनु भयो?

(क) २ (ख) ४ (ग) आवश्यक छैन (घ) उपलब्ध भएन

१९. गर्भवती हुँदा कुनै विरामी वा रोग लागेको थियो ?

(क) थियो (ख) थिएन

२०. थियो भने कुन रोग लागेको थियो ?

उत्तर

२१. गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खाना खानु भयो ?

(क) खाएँ (ख) खाइन

२२. खानुभएन भने किन खानुभएन ?

(क) पैसाको अभावले (ख) थाहै थिएन (ग) परिवारको सहयोग नभएर

२३. सुत्केरी सामग्री भनेको थाहा छ ?

(क) छ (ख) छैन

२४. सुत्केरी सामग्रीको प्रयोग कोद्वारा गराउनु भयो ?

(क) सुडेनी (ख) स्वास्थ्य स्वयमसेविका

(ग) तालिमप्राप्त स्वास्थ्यकर्मी (घ) घरपरिवार

२५. सुत्केरी कहाँ गराउनु भयो ?

(क) घर (ख) अस्पताल

२६. प्रसव अवस्थामा कुनै जटिलता देखियो ?

(क) देखियो (ख) देखिएन

२७. देखियो भने के समस्या थियो ?

(क) रक्तचाप (ख) रक्तस्राव (ग) लामो प्रसव पीडा (घ) टाउको दुख्नु

२८. कसको सहायतामा सुत्केरी गराउनु भयो ?

(क) सुडेनी (ख) परिवार र छरछिमेक (ग) स्वास्थ्य कर्मी

२९. बच्चा जन्मँदा कति तौलको थियो ?

(क) <2.5 केजी (ख) > 2.5 केजी

३०. बच्चाको नाल काट्न के प्रयोग गर्नु भयो ?

(क) निर्मलीकृत ब्लेड (ख) सिधै पसलबाट ल्याएको ब्लेड

(ग) हाँसिया (घ) अन्य

३१. सुत्केरीमा कसले बढी सहयोग गर्नुभयो ?

(क) पति (ख) परिवारका अन्य सदस्य (ग) छरछिमेक (घ) अन्य

३२. सरकारी अस्पतालमा सुत्केरी भत्ता दिन्छ, भन्ने कुरा थाहा छ ?

(क) छ (ख) छैन

३३. जाँड, रक्सी, खैनी, चुरोट खाने गर्नुभएको छ ?

(क) खान्छु

(ख) खान्न

३४. खानुहुन्छ भने किन खानुभएको ?

(क) संस्कारको कारणले

(ख) बानीको कारणले

(ग) पीडा भगाउन

३५. बच्चालाई कुन कुन खोप लगाउनु भयो ?

(क) बिसीजी

(ख) दादुरा

(ग) डिपिटि

(घ) पोलियो

(ङ) सबै

३६. शिशुलाई हप्तामा कति पटक नुहाउनु हुन्छ ?

(क) ३ पटक

(ख) २

(ग) हप्तामा नुहाइदिन्छु

(घ) दुई हप्तामा एक पटक

३७. बच्चालाई दूध बाहेक अरु थप खाना कहिलेदेखि खुवाउन थाल्नुभयो ?

(क) ६ महिना

(ख) ९ महिना

(ग) १ वर्ष पछि

परिवार नियोजन सम्बन्धी महिला र पुरुषलाई प्रश्नावली

३८. परिवार नियोजनको विषयमा पतिपत्नीबीच खुलेर कुरा गर्नुहुन्छ ?

(क) गर्छु

(ख) गर्दिन

३९. गर्नुहुन्न भने किन गर्नुहुन्न ?

(क) लाज लागेर

(ख) डर लागेर

(ग) वास्ता नगरेर

४०. परिवार नियोजन भनेको के हो ?

(क) जन्मान्तर गर्ने विधि

(ख) जनसंख्या वृद्धि कम गर्ने विधि

(ग) थाहा छैन

४१. तपाईंले परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्नु भएको छ ?

(क) छ

(ख) छैन

४२. छ भने कुन साधन प्रयोग गर्नुभएको छ ?

(क) पिल्स

(ख) डिपोप्रोभेरा

(ग) कपर्टी

(घ) इन्प्लान्ट

(ङ) कण्डम

पुरुषलाई सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी प्रश्नावली

४३. पत्नीको स्वास्थ्यप्रति कतिको चासो राख्नुहुन्छ ?

(क) राख्छु

(ख) त्यति चासो लाग्दैन

(ग) हाम्रो चासोको विषय होइन

(घ) उनीहरु आफैले चासो राख्नु पर्छ

४४. पत्नी पहिलो पटक गर्भवती हुँदा कति वर्षको हुनुहुन्थ्यो ?

उत्तर

४५. गर्भ जाँच गराउन कहाँ लैजानु भयो ?

(क) क्लिनिक (ख) अस्पताल (ग) स्वास्थ्यचौकी (घ) अन्य

४६. तपाईं पनि साथमा जानुभयो ?

(क) गाँ (ख) गइन्

४७. नगएको भए किन जानुभएन ?

(क) मन नलागेर (ख) म जान आवश्यक छैन (ग) नभ्याएर

४८. गर्भावस्थामा तपाईंले कस्तो सहयोग गर्नुभयो ?

(क) खाना बनाउने, लुगा धुने (ख) जाँच गर्नको निम्ति स्वास्थ्यकेन्द्र लैजाने
(ग) गर्भवतीलाई खुसी र हर्षित राख्ने (घ) माथिका सबै
(ङ) केही सहयोग गरिन

४९. सुत्केरी हुनु अघि तपाईंले के सामग्री तयार गर्नुभयो ?

(क) पेशा (ख) सुत्केरी सामग्रीको बाकस
(ग) स्वास्थ्यकर्मीको सल्लाह र सुझाव (घ) केही गरिन
(ङ) सबै

५०. प्रसव अवधिमा तपाईंको भूमिका के होला ?

(क) गर्भवतीलाई हौसला दिनु (ख) स्वास्थ्यकर्मीलाई सहायता गर्नु
(ग) केही गरिन

५१. बच्चालाई लगाउनु पर्ने सबै खोप लगाउनु भयो ?

(क) लगाएको (ख) मलाई त थाहै छैन

५२. बच्चाको स्वास्थ्य प्रति ध्यान कति दिनुहुन्छ ?

(क) ध्यान दिन्छु (ख) पत्नीले नै गर्छिन् (ग) मैले वास्ता गरेको छैन

५३. परिवार नियोजनको साधन प्रयोग गर्नुभएको छ ?

(क) छ (ख) छैन

५४. छैन भने किन प्रयोग नगर्नुभएको ?

(क) महिलाले नै प्रयोग गर्नुपर्छ (ख) डर लागेर (ग) सन्तुष्टि नभएर

५५. परिवार नियोजनको कुन साधन प्रयोग गर्नुभएको छ ?

(क) अस्थायी

(ख) स्थायी

(ग) प्रयोग गरेको छैन

५६. कुन अस्थायी साधन प्रयोग गर्नुभयो ?

उत्तर

५७. बच्चालाई ९ महिना पूरा भएपछि कुन खोप लगाउनु पर्छ ?

(क) दादुराको

(ख) पोलियोको

(ग) डिपिटि

(घ) थाहा छैन

५८. बच्चा बिरामी हुँदा जँचाउन कहाँ लैजानु हुन्छ ?

(क) स्वास्थ्यचौकी

(ख) वैद्य

(ग) भाँक्री

(घ) अन्य

५९. बच्चालाई दूध बाहेक थप खाना कहिलेदेखि खुवाउनु भयो ?

(क) १ वर्ष

(ख) ६ महिना

(ग) १.५ वर्ष

(घ) थाहा छैन

६०. बच्चालाई थप खानाका रूपमा कस्तो खाना खुवाउनुहुन्छ ?

(क) लिटो

(ख) भात

(ग) जाउलो