

गर्भवतीआमाहरुमा सुरक्षितमातृत्वको ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन

प्रस्तोता

इन्दिरा पाठक

परीक्षा रोल नं. : २१४००९१/२०७२

रजिष्ट्रेसन नं. : ९-२-२४०-३१५-२००५

शैक्षिकवर्ष : २०७०/२०७१

त्रिभुवनविश्वविद्यालयशिक्षाशास्त्र संकाय, स्वास्थ्य
तथा जनसङ्ख्याविभागअन्तर्गत स्नातकोत्तरतहएम.एड. दोस्रो वर्षको
स्वास्थ्यशिक्षा(H. Ed. 598) विषयको शोधपत्र लेखनकालागितयार पारिएको शोधपत्र

सुकुनाबहुमुखीक्याम्पस
स्वास्थ्यतथा जनसंख्याविभाग
सुन्दरहरैचा-१२, मोरङ
२०७५



त्रिभुवन विश्वविद्यालयद्वारा सम्बन्धनप्राप्त

सुकुना बहुमुखी क्याम्पस

SUKUNA MULTIPLE CAMPUS

(स्नातकोत्तर तह कार्यक्रम)

सुन्दरहरैँचा, मोरङ

SUNDARHARAINCHA, MORANG

स्था.: २०४८

(विश्वविद्यालय अनुदान आयोग बाट QAA प्राप्त)

☎ ०२९-५४५६९७

☎ ०२९-५४५७९७

फ्याक्स : ०२९-५४५७९७

सूचना बोर्ड सेवा ९६९८०२९५४५७९७

E-mail: sukunac@yahoo.com

Web site: www.sukuna.edu.np

पत्र सङ्ख्या

चलानीनम्बर

सिफारिस पत्र

त्रिभुवन विश्वविद्यालय, एम. एड्. दोस्रो वर्षको ऐच्छिक विषय अन्तर्गत रहेको शोधपत्र अध्ययन गर्ने छात्रा इन्दिरा पाठकले स्नातकोत्तर तह दोस्रो वर्षको आंशिक आवश्यकता परिपूर्ति गर्नका लागि “गर्भवति आमाहरुमा सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन” शीर्षकमा अध्ययन कार्य मेरो निर्देशनमा पूरा गर्नु भएको छ। यस अध्ययन, निष्कर्ष र प्रस्तुतिकरणमा म सन्तुष्ट छु। यो अध्ययन प्रतिवेदन मूल्याङ्कन समितिमा सिफारिस गर्दछु।

जनार्दन गुरागाई

शोधनिर्देशक

सुकुना बहुमुखी क्याम्पस



त्रिभुवन विश्वविद्यालयद्वारा सम्बन्धनप्राप्त

सुकुना बहुमुखी क्याम्पस SUKUNA MULTIPLE CAMPUS

(स्नातकोत्तर तह कार्यक्रम)

सुन्दरहरैँचा, मोरङ

SUNDARHARAINCHA, MORANG

स्था.: २०४८

(विश्वविद्यालय अनुदान आयोग बाट QAA प्राप्त)

☎ ०२९-५४५६९७

☎ ०२९-५४५७९७

फ्याक्स : ०२९-५४५७९७

सूचना बोर्ड सेवा ९६९८०२९५४५७९७

E-mail: sukunac@yahoo.com

Web site: www.sukuna.edu.np

पत्र सङ्ख्या

चलानीनम्बर

स्वीकृती पत्र

उपर्युक्त सम्बन्धमा सुकुना बहुमुखी क्याम्पसको शिक्षाशास्त्र सङ्काय, स्नातकोत्तर तह (M. Ed.) स्वास्थ्य तथा जनसङ्ख्या विभाग (H. Ed. 598) का विद्यार्थी इन्दिरा पाठकले गर्भवती आमाहरुमा सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन शीर्षकको शोधपत्र शोधनिर्देशक तथा सुपरिवेक्षकबाट वाह्य मूल्याङ्कनका लागि सिफारिस भई आएको हुँदा निजको शोधपत्र आवश्यक मूल्याङ्कन गरी स्वीकृत गरिएको छ ।

मूल्याङ्कन समिति

| क्र. स. | नाम | पद | हस्ताक्षर |
|---------|----------------------|----------------|-----------|
| १. | श्री जनार्दन गुरागाई | विभागीय प्रमुख | |
| २. | श्री जनार्दन गुरागाई | शोध निर्देशक | |
| ३. | | वाह्य परीक्षक | |

वाह्य परीक्षण गरिएको मिति :

इशवी.सम्बत् :

घोषणापत्र

म यो घोषणा गर्दछु किभापाजिल्लाबुद्धशान्ति गाउँपालिका वार्ड नं. १मागर्भवतिआमाहरुमासुरक्षितमातृत्वको ज्ञान र अभ्यास अध्ययनविषयमाअध्ययनगरिएको छ । यस अनुसन्धानलाई पूरा गर्ने क्रममा अनुसन्धानका सम्पूर्ण नीतिनियमहरुको पालन गरी तयार पारिएको छ । यस अनुसन्धानमा अघिल्ला अध्ययन अनुसन्धानलाई हुबहु नसारी आफ्नो भाषाशैलीमातयार पारिएको छ । यो अनुसन्धानतयार पार्दासम्मआजभन्दा अगाडी कहिकतै पेश नगरी आफैले तयार पारेको छु ।

इन्दिरा पाठक

एम. एड्. दोस्रो वर्ष

कृतज्ञताज्ञापन

त्रिभुवनविश्वविद्यालय, शिक्षाशास्त्र सङ्काय, स्वास्थ्यतथा जनसंख्याविभाग सुकुनाबहुमुखीक्याम्पस अन्तर्गत एम. एड्. दोस्रो वर्षको शोधपत्र पूरा गर्न “गर्भवतिआमाहरुमासुरक्षितमातृत्वको ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन”शीर्षकमातयार पारिएको अनुसन्धानहो ।

यो अनुसन्धानतयार पार्ने सिलसिलामामुख्यतःआफ्नो अमूल्य सल्लाह, सुभावा र मार्गनिर्देशनप्रदानगर्नुहुने सुकुनाबहुमुखीक्याम्पसकाश्रद्धेय गुरुहरुक्याम्पस प्रमुखप्रेमप्रसाद भट्टराई,स्वास्थ्यतथा जनसंख्याशिक्षाविभागकाप्रमुखतथाशोधनिर्देशकजनार्दन गुरागाई र विषयशिक्षकहरुप्रतिहार्दिक कृतज्ञता प्रकट गर्दछु । यसै गरी बुद्धशान्ती गाउपालिका १ काकार्यरत मातृशिशु कार्यकर्ता महिला स्वयम्सेविका,विभिन्न संघ-संस्थातथा सम्पूर्ण बासिन्दाहरुप्रतिधन्यवाद ज्ञापन गर्न चाहन्छु ।

यो अनुसन्धानतयारीमा सहयोग पुऱ्याउनु हुनेसहपाठी साथीहरुतथा सम्पूर्ण उत्तरदाताहरु र कम्प्युटर टड्कनमा सहयोग गर्नुहुने टिना कम्प्युटरखोर्सानिकाश्री यज्ञमणि निरौलालाई धन्यवाददिन चाहन्छु ।

इन्दिरा पाठक

एम. एड्. दोस्रो वर्ष

शोधसार

यस अध्ययनभापाजिल्लाबुद्धशान्ति गाउँपालिका वडा नं. ५ कागर्भवतीआमाहरुमासुरक्षितमातृत्वको ज्ञान र अभ्यासको विषयमाखोजी गरी त्यस सम्बन्धी देखिएका समस्याहरुलाई समाधानगर्नुको लागि सुभावहरु संकलनगर्नु मुख्य उद्देश्यहो ।

यस अध्ययनभापाजिल्लाको बुद्धशान्ति गाउँपालिका वडा नं. १ कागर्भवती आमाहरुबाटउद्देश्यमुलकनमुना छनोट विधिकाआधारमाजम्मा३७४ जनालाई जनसंख्याको रुपमालिई अन्तरवार्ता सूचीको प्रयोग गरेर तथ्याङ्कहरुको संकलनलाई व्याख्यात्मक र संख्यात्मक अनुसन्धान ढाँचामा सम्पन्नगरिएको छ ।

अध्ययनबाट प्राप्तनतिजालाई हेर्दा उत्तरदाताको शैक्षिकअवस्थामा आठभन्दा माथिमा ४०% सबैभन्दा बढी रहेको पाइयो । एस्एलसीभन्दामाथि र साक्षरमा २७/२७प्रतिशत र निरक्षरमा ६% रहेको पाइयो । २१-२५ वर्ष उमेरमाविवाहहुनेको संख्या बढी पाइयो भने १३-१५ वर्ष उमेरमा सबैभन्दाकमपाइयो । समुदायमाप्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान र जानकारी नभएका ४०.५४% र थाहाभएको ५९.४६% रहेको पाइयो । जानकारी माध्यम रेडियो र टेलिभिजन २०%, स्वास्थ्यचौकी १५% र साथीसँगै ३५% रहेको देखियो । गर्भावस्थामा २ पटक गर्भ जाँचगर्न जाने १७.५७% गर्न गएको, ४१.८९% तीन पटक, २९.७३% चार पटक र जाँचगर्न नगएको १०.८१% रहेको पाइयो । जुकाको औषधी ३ महिनापछि खाने ३६.४९%, ४ महिना पछि खाने ३७.८३% र ५ महिना पछि खाने १४.८६% र नखाने १०.८१% रहेको पाइयो । सुत्केरी अवस्थामालामो प्रसव पीडा ४३.२४% र रक्तस्रावको समस्या २०.२७% लाई देखिएको पाइयो ।

अध्ययनबाट प्राप्तभएको प्राप्ति र निष्कर्षलाई हेर्दा देखिएको समस्यालाई समाधानगर्नको निम्ति स्वास्थ्य सेवाविभागसरकारी तथागौह सरकारी संघ, संस्था र स्थानीयनिकायको समन्वयनमा समुदायमाप्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धिकार्यक्रम सञ्चालनगर्न सकेको खण्डमा प्रजनन् स्वास्थ्य र सुरक्षितमातृत्व सम्बन्धी समस्यालाई कमगर्न सकिन्छ ।

विषय सूची

| शीर्षक | पेज नं. |
|-----------------|---------|
| घोषणापत्र | क |
| सिफारिस पत्र | ख |
| स्वीकृतिपत्र | ग |
| कृतज्ञता ज्ञापन | घ |
| शोधसार | ङ |
| विषयसूची | च |

परिच्छेद-एक

परिचय

| | |
|---|---|
| १.१ अध्ययनको पृष्ठभूमि | १ |
| १.२ समस्याको कथन | ६ |
| १.३ अध्ययनको महत्व | ७ |
| १.४ अध्ययनको उद्देश्य | ८ |
| १.५ अनुसन्धानात्मकप्रश्न | ८ |
| १.६ अध्ययनको परिसीमा | ८ |
| १.७ अध्ययनमाप्रयोगभएकापारिभाषिकशब्दावली | ९ |

परिच्छेद - दुई

सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकन

| | |
|--------------------------------------|----|
| २.१ सैद्धान्तिक साहित्यको पुनरावलोकन | १० |
| २.२ व्यावहारिक साहित्यको पुनरावलोकन | १४ |
| २.३ सम्बन्धित साहित्यको उपादेयता | २० |
| २.४ अवधारणात्मक ढाँचा | २० |

परिच्छेद - तीन

अध्ययनविधि

| | |
|--|----|
| ३.१ अनुसन्धान ढाँचा | २३ |
| ३.२ तथ्याङ्कको स्रोतहरू | २३ |
| ३.३ तथ्याङ्क सङ्कलनप्रक्रिया | २३ |
| ३.४ अध्ययनको जनसंख्या र क्षेत्र | २४ |
| ३.५ तथ्याङ्क संकलनविधि | २४ |
| ३.६ नमुनाको आकार | २४ |
| ३.७ तथ्याङ्क संकलन साधन | २४ |
| ३.८ तथ्याङ्क संकलनकासाधनको वैधता | २४ |
| ३.९ तथ्याङ्कको व्याख्या र विश्लेषण प्रक्रिया | २५ |

परिच्छेदचार

तथ्याङ्कको व्याख्यातथाविश्लेषण

| | |
|--|----|
| ४.१ व्यक्तिगतविवरण | २६ |
| ४.१.१ शैक्षिकअवस्था | २६ |
| ४.१.२ महिलाको विवाहगर्दाको उमेर | २७ |
| ४.१.३ पहिलो गर्भधारणको उमेर | २८ |
| ४.१.४ सुरक्षितमातृत्वबारे जानकारी प्राप्तमहिला | २९ |
| ४.१.५ सुरक्षितमातृत्वबारे जानकारीको माध्यम | २९ |
| ४.२ गर्भावस्था | ३१ |
| ४.२.१ गर्भावस्थामा स्वास्थ्य परीक्षण | ३१ |
| ४.२.२ गर्भावस्थामाजुकाको औषधीखाएको विवरण | ३२ |
| ४.२.३ गर्भवतीले टि.टि. खोप लगाएको अवस्था | ३२ |
| ४.२.४ गर्भावस्थामाथपपौष्टिक खाद्यको विवरण | ३३ |
| ४.३ सुत्केरी अवस्था | ३४ |
| ४.३.१ सुत्केरी गराउने स्थान | ३४ |
| ४.३.२ प्रसवअवस्थामा देखिएको समस्या | ३५ |

| | |
|---|----|
| ४.३.३ बच्चाको नाल काट्न प्रयोग गरेको साधन | ३६ |
| ४.३.४ बच्चालाईदूधबाहेक अन्यथपखानाखुवाएको समय | ३७ |
| ४.३.५ बच्चालाईदूधबाहेक थपखानाको विवरण | ३८ |
| ४.३.६ बच्चा बिरामीहुँदाजँचाउन लैजाने स्थान | ३९ |
| ४.४ परिवार नियोजन | ४० |
| ४.४.१ परिवार नियोजनको विषयमाखुलेर कुरा गर्ने दम्पति | ४० |
| ४.५ प्राप्ति | ४१ |

परिच्छेद- पाँच : निष्कर्ष र सुभाब

| | |
|----------------------------------|----|
| ५.१निष्कर्ष | ४३ |
| ५.२ सुभाबहरु | ४३ |
| ५.२.१ नीतिनिर्मातातहकालागि सुभाब | ४४ |
| ५.२.२ अभ्यासकर्ताकालागि सुभाब | ४४ |
| ५.२.३ अनुसन्धानकर्ताकालागि सुभाब | ४४ |
| सन्दर्भ सूची | |
| अनुसूची | |

परिच्छेद-एक

परिचय

१.१ अध्ययनको पृष्ठभूमि

विश्वका विभिन्न देशहरू मध्ये भौगोलिक दृष्टिले नेपाल एक सानो देश हो । नेपाल सानो देश भए तापनि यहाँ भिन्न विविधता रहेको पाइन्छ । नेपालको जैविक विविधता, भौगोलिक विविधता र जातीय विविधता मुख्य विशेषता हुन । यस्ता विविधताको निर्माण गर्न मानिस लगायत सम्पूर्ण जीवजन्तुले आफ्नो अस्तित्वको रक्षा गर्न र आफ्नो वंशलाई निरन्तरता दिनका लागि प्रजनन कार्य अपरिहार्य छ । त्यसैले प्रजनन कार्य एक महत्वपूर्ण पक्ष भएकोले प्रजनन स्वास्थ्यमा ध्यान दिनु पर्दछ । प्रजनन स्वास्थ्यलाई WHO ले “रोग र दुर्बलताबाट मुक्ति हुनु मात्र नभई प्रजनन प्रणाली तथा यसका कार्य र प्रक्रियाहरूमा समेत शारीरिक, मानसिक तथा सामाजिक रूपमा पूर्ण स्वास्थ्यताको अवस्थालाई प्रजनन स्वास्थ्य भनिन्छ ।” भनि परिभाषित गरेको छ (महर्जन, २०७०) । प्रजनन स्वास्थ्य हुनका लागि महिलाहरू रोग र दुर्बलताबाट मात्र मुक्त नभई शारीरिक, मानसिक, सामाजिक, आध्यात्मिक, संवेगात्मक जस्ता पक्षहरूमा समेत स्वास्थ्य हुनुपर्दछ ।

सबै मानिसहरू राम्रो स्वास्थ्य होस भन्ने चाहन्छन् । राम्रो स्वास्थ्य प्राप्त गर्नु आधारभूत मानव अधिकार पनि हो । स्वास्थ्य प्राप्त गर्ने अधिकार सबैको भए तापनि सबै व्यक्तिले स्वास्थ्य प्राप्त गर्न सकिरहेका हुदैनन् । स्वास्थ्य प्राप्त गर्नका लागि विश्व स्वास्थ्य संघ र युनिसेफको विभिन्न प्रयास भए तापनि यस कार्यमा त्यति सफलता प्राप्त गर्न सकेको छैन । राम्रो स्वास्थ्य प्राप्त गर्न स्वास्थ्यलाई प्रभाव पार्ने विभिन्न पक्षहरू मध्ये प्रजनन स्वास्थ्य पनि एक हो । प्रजनन स्वास्थ्यको अवधारणा सर्वप्रथम सन् १९९४ मा इजिप्टको कायरोमा भएको जनसंख्या र विकास बारे अन्तराष्ट्रिय सम्मेलनबाट ल्याइएको थियो । कायरोमा उक्त अन्तराष्ट्रिय सम्मेलनबाट पारित भएको घोषणा तथा नीति अनुसार नेपालमा पनि प्रजनन स्वास्थ्यका बृहत क्षेत्रहरूलाई ध्यानमा राख्दै देश भित्रको कुना काप्चासम्म प्रजनन स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने उद्देश्यले सरकारी तथा गैरसरकारी संस्थाहरू प्रयत्नशील रहेका छन् । हाल सञ्चालित प्रजनन स्वास्थ्यको नौ क्षेत्रहरू रहेका छन् । ती हुन:- परिवार नियोजन, सुरक्षित मातृत्व, बालस्वास्थ्य तथा नवजात शिशुको हेरचाह,

गर्भपतनको हेरचाह, प्रजनन् नलीको संक्रमण/यौन प्रसारित संक्रमण/एच्.आई.भी. र एड्स, बाँभोपनको रोकथाम र व्यवस्थापन, किशोर किशोरीको प्रजनन् स्वास्थ्य, अघबैँसे महिलाका समस्याहरू, लैङ्गिकताको आधारमा हिंसा हुन (बुढाथोकी, २०६८) । हाम्रो देश नेपालमा पनि प्रजनन् स्वास्थ्यलाई जोड दिई सबै ठाउँमा प्रजनन् स्वास्थ्यको अवधारणा पुर्याउने उद्देश्यले विभिन्न क्षेत्रहरू बनाइए पनि देशका सबै ठाउँमा यी क्षेत्रहरू सफल हुन सकेको पाइँदैन ।

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 ।

प्रजनन् स्वास्थ्यका लागि विश्वदेखि विभिन्न प्रयासहरू हुदै आएको पाइन्छ । त्यस्तै विश्व स्वास्थ्य संगठनले प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न रणनीतिहरू बनाएको पाइन्छ । जुन रणनीति सन् २००४ मा सन्ताउन्नौँ विश्व स्वास्थ्य सभाले पास गरेको थियो । यसको मुख्य लक्षहरू प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी आइसिपिडी र सहस्राब्दी विकासका लक्ष्यहरू प्राप्त गर्नु हो भने उक्त रणनीतिले ५ वटा प्रजनन् र यौनिक स्वास्थ्यका पक्षहरूलाई ग्राह्यता दिएको थियो । जुन यस प्रकार रहेका छन् : गर्भवती अवस्था, प्रसूति अवस्था र प्रसव पश्चात तथा नवजात शिशु स्वास्थ्य हेरचाहको उन्नति गर्ने, बाँभोपन सहित उच्च स्तरको परिवार नियोजन सेवाको उपलब्ध गराउने, असुरक्षित गर्भपतन निर्मूल गर्ने, एच्.आई.भी., प्रजनन् नलीको संक्रमण, पाठेघरको मुखको क्यान्सर सहित यौन प्रसारित रोगहरू र स्त्री रोगहरू विरुद्ध संघर्ष गर्ने, यौनिकता स्वास्थ्यको प्रवर्द्धन गर्ने रहेको पाइन्छ (महर्जन, २०७०) । यसले प्रजनन् स्वास्थ्य सम्बन्धी विभिन्न सेवाहरू उपलब्ध गराएर स्वस्थ जीवन जिउन मद्दत गर्दछ ।

कुनै पनि महिलालाई आमा बन्न पाउनु सौभाग्यको कुरा हो । जबसम्म एउटी महिला आमा बन्दिनन् तबसम्म उनले आफूलाई अपूर्ण ठानेकी हुन्छिन । आमा बन्नु कुनै चानचुने कुरा होइन, महिलाले आफ्नो जीवनलाई जोखिममा पारी आमा बन्ने गर्दछिन । एउटी

स्वस्थमहिलाले मात्र स्वस्थ बच्चाको जन्म दिन सकिन्छ । त्यसैले गर्भवती महिला आफैँ र घरपरिवारका सदस्यहरूले गर्भवती महिलाको स्वास्थ्यमा ध्यान दिनु पर्दछ । साथै राज्य पक्षबाट पनि महिला सम्बन्धी विभिन्न सेवा सुविधाहरूमा ध्यान दिनु पर्दछ । यसै क्रममा नेपालको संविधान २०७२ को प्रस्तावनाको धारा ३८ मा महिला हकको व्यवस्था गरिएको छ । धारा ३८ को उपधारा २ अनुसार प्रत्येक महिलालाई प्रजनन् स्वास्थ्य तथा प्रजनन् सम्बन्धी हक उल्लेख भएको छ । आमा सुरक्षा कार्यक्रम कार्यविधि निर्देशिकामा गर्भवती तथा प्रसूति सेवाको लागि सेवाग्राही महिलालाई स्वास्थ्य संस्था रहेको स्थान सम्म आउँदा र घर फर्कदा लाग्ने यातायात खर्च बापतको रकम दिने व्यवस्था रहेको छ (सिवाकोटी, २०७२) । नेपालको संविधान २०७२ मा महिलाहरूको विभिन्न हक राखी प्रजनन् पक्षको समेत कुरा उठाए तापनि अझसम्म हाम्रो देशका कतिपय महिलाहरूले आफ्नो स्वास्थ्यसम्बन्धी निर्णय गर्न पाएका छैनन् । स्वास्थ्य शिक्षा प्रत्येक व्यक्तिको दैनिक जीवनसँग सम्बन्धित एक वृहत् क्षेत्र हो । स्वास्थ्य शिक्षाले जीवनलाई स्वस्थ र गुणस्तरीय जीवनयापन गर्न ठूलो सहयोग पुर्याउँदछ । 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 ।

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 प्रसूती 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 प्रसूतीपूर्व 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) । उच्च मातृशिशु र मातृमृत्यु भएको देश नेपाल जहाँ सुरक्षित मातृत्वको ज्ञानको कमीले यस्तो हुने देखिन्छ । जुन कुरामा कमी ल्याउन गर्भवती आमाहरूलाई सुरक्षित मातृत्वसम्बन्धी ज्ञान हुनु आवश्यक छ ।

विश्वको विकासशील र प्रगतिशील देश अझै पनि सुरक्षित यौन सम्पर्क र अनिच्छित गर्भधारणका भयावह चक्रमा गुज्रिरहेको 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 प्रसुती 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) । गर्भवती आमाहरूले सुरक्षित मातृत्वको लागि माथि उल्लेख भएका जस्ता कुराको ज्ञान हुनु अति आवश्यक हुन्छ ।

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 (महतरा, २०६६) । गर्भवती आमाहरूले सुरक्षित मातृत्वको लागि माथि उल्लेख भएका जस्ता कुराको ज्ञान हुनु अति आवश्यक हुन्छ ।

प्रजनन स्वास्थ्यको स्तरलाई माथि उकास्नका लागि गर्भवती महिलालाई उचित स्वास्थ्य सेवाका साथै नवजात शिशुलाई पनि सेवा पुऱ्याउनु पर्दछ । प्रजनन स्वास्थ्य अन्तर्गत सुरक्षित मातृत्व, परिवार नियोजन, शिशु स्वास्थ्य, गर्भपनको समस्या समाधान, एड्स एवम् यौन प्रसारित रोगहरू, बाँभोपन किशोरीहरूको प्रजनन स्वास्थ्य प्रौढ एवम् एकल महिलाहरूको स्वास्थ्य समस्या, जन्मान्तर र विवाहको उमेर आदि पर्दछन् (पोखरेल, २०६४) । गर्भवती आमाहरूले सुरक्षित मातृत्वको लागि माथि उल्लेख भएका जस्ता कुराको ज्ञान हुनु अति आवश्यक हुन्छ ।

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 भार्ने मातृशिशु दर सन् २००० मा १९९० को भन्दा आधा घटाउने र सन् २०१५ भित्रमा ६० प्रतिलाखमा भार्ने, २०१५ भित्रमा विश्वव्यापी रूपमा पूर्ण र विश्वसनीय परिवार नियोजनका साधनहरू र सम्बन्धित प्रजनन र यौनिक स्वास्थ्य सेवा पुऱ्याउने मातृमृत्यु उच्च रहेको स्थानमा सन् २०१५ भित्र कम्तीमा पनि ४० प्रतिशत तालिमप्राप्त व्यक्तिको सहयोगबाट

बच्चा जन्माउन लगाउने र २०१० मा ५०% र २०१५ मा ६०% पुऱ्याउने रहेको छ । त्यसलाई विश्वव्यापी रूपमा सन् २००५ भित्र ८०% र २०१० भित्र ८५% र २०१५ मा ९०% पुऱ्याउने लक्ष्य राखेको छ। प्रजनन पक्षबाट स्वस्थ हुनका लागि प्रजनन तथा यौन सम्बन्धी मानसिकता, दृष्टिकोण, अवधारणा, सोच आदि कुरमा सकारात्मक हुनुपर्छ । प्रजनन स्वास्थ्य अन्तर्गत रहेको सुरक्षित मातृत्व महत्वपूर्ण क्षेत्र हो । महिलाले आफ्नो इच्छा अनुसार गर्भवती हुन वा नहुन, गर्भवती अवस्थामा स्वस्थ रहन, सुरक्षित रूपमा प्रसुती 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, २०७०) । गर्भवती आमाहरूले सुरक्षित मातृत्वको लागि माथि उल्लेख भएका जस्ता कुराको ज्ञान हुनु अति आवश्यक हुन्छ । प्रजनन पक्षबाट स्वस्थ हुनका लागि प्रजनन तथा यौन सम्बन्धी मानसिकता, दृष्टिकोण, अवधारणा, सोच आदि कुरमा सकारात्मक हुनुपर्छ । जुन कुरा मेरो शोधसँग मेलखान जान्छ ।

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 अड्किने 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 ? यस शोधपत्रले सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी समस्या समाधानमा महत्वपूर्ण भूमिका खेल्ने छ र भावी अनुसन्धानमा थप समस्याहरुको समाधान गर्न कोसेढुङ्गा सावित हुनेछ भन्ने आशा गरेकी छु । त्यसैले मेरो अध्ययन भापा जिल्ला बुद्धशान्ति गाऊपालिका वार्ड नं. १ मा “गर्भवती आमाहरुमा सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन” शीर्षक अन्तर्गत रही समुदायमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी महिला र पुरुष कस्ता अभ्यास गर्दछन् ? सुत्केरी पश्चात् आमा र शिशुको स्वास्थ्य सुधारमा कस्ता अभ्यास गर्दछन् र सुरक्षित मातृत्वको विषयमा के-कस्ता समस्याहरु देखिएका छन् ? प्रजनन स्वास्थ्यप्रतिको आम चेतनाको खोजी गर्नु जस्ता पक्षहरुको खोजी गर्नु मेरो अनुसन्धानको मूल समस्याको रूपमा उल्लेख गरेको छु ।

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 रहनेछन् :

- (क) समुदायमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी अवस्था पत्ता लगाउनु ।
- (ख) समुदायका गर्भवती आमाहरूमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान र अभ्यासको खोजी गर्नु ।
- (ग) सुरक्षित मातृत्वमा देखिएका समस्याहरू पहिचानगर्नु ।

१.५ अनुसन्धानात्मक प्रश्न

- (क) सुरक्षित मातृत्व भनेको के हो ?
- (ख) सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी के कस्ता अभ्यास गर्नुपर्दछ ?
- (ग) हाल अभ्यासमा आएका सुरक्षित मातृत्वका अभ्यासहरू के के हुन् ?
- (घ) सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी समस्याहरूलाई कसरी समाधान गर्न सकिन्छ ?

१.६ अध्ययनको परिसीमा

- क) यो अध्ययन भ्नापा जिल्ला बुद्धशान्ति गाउँ पालिका वाड नं. १ मा बसोबास गर्ने ३७४ जना विवाहित गर्भवती आमाहरूमा मात्र समिति गरिएको छ ।
- ख) अध्ययनमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान, अभ्यास, प्रजनन स्वास्थ्य, शिशु स्वास्थ्य स्याहार सम्बन्धी अध्ययन गरिएको छ ।
- ग) सीमितस्रोत, साधन र समय भित्र रही तयार गरिएको छ ।

१.७ 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 रूपमा 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 रूपमा पुरुष र स्त्रीका रूपमा 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

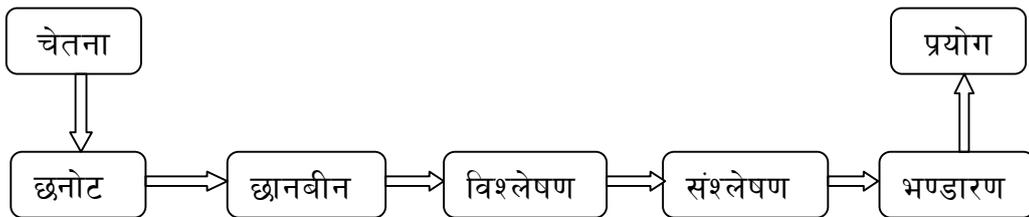
२.१ सैद्धान्तिकसाहित्यको पुनरावलोकन

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 निम्ति यो स्थिर किसिमले रहन्छ र बिस्तारै जब १३% देखि २०% मानिसहरूले यो नयाँ परिवर्तनलाई अंगाली सकेपछि व्यवहार ग्रहण वक्ररेखा (Behaviour Adoption) माथि जान्छ । जसको अर्थ छोटो समयमै धेरै मानिसले नयाँ व्यवहारलाई अंगाल्नु हुन्छ । त्यसपछि क्रमशः फेरि यो बी. ए. सी. को गति बिस्तारै 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) ।

Shannon and Weaver (1949) सूचना प्रक्रिया सिद्धान्त अनुसार मानिसले आफ्नो स्वभाव र व्यवहारलाई स्वतः योजनाबद्ध रूपमा सञ्चालन गर्दछ। मानिस चेतनशील प्राणी भएकाले सिकाइमा उसले उत्तेजना र प्रतिक्रिया गर्दैन उसले सोच्दछ, विचार गर्दछ, योजना बनाउँछ र निर्णय गर्दछ भन्ने यस सिद्धान्तको आधार हो ।

यस सिद्धान्त अनुसार मानिसमा व्यवहार परिवर्तन निम्न प्रक्रियाको माध्यमबाट हुन्छ ।

सिकाइ



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)।

सन् १९६८ मा नेपाल परिवार नियोजन र मातृ शिशु स्वास्थ्य संघलाई नेपाल सरकार स्वास्थ्य मन्त्रालयको मातहतमा रहने गरि स्थापना गरियो। तर परिवार नियोजन, मातृशिशु स्वास्थ्य कार्यक्रम भने पहिलो पटक तेस्रो पञ्चवर्षिय योजना १९७०-७५ मा मात्र लागु गरियो। नेपालले पहिलोपटक दीर्घकालिन स्वास्थ्य योजना भने सन् १९८७ मा नैरोवी मा भएको सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धि कार्यशाला गोष्ठी पश्चात मात्र बनाएको हो। जनसंख्या र विकास सम्बन्धी अन्तराष्ट्रिय गोष्ठी १९९४ को एक हस्ताक्षर कर्ता भएको कारणले नेपालले एक कार्यदल गठन गर्‍यो र सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी एक सुरक्षित मातृत्व योजना (१९९४-९७) विकास गर्‍यो। त्यस्तै गरि सन् १९९८ मा राष्ट्रिय प्रजनन रणनीति पारित गरियो। जसले सुरक्षित मातृत्वलाई प्रजनन स्वास्थ्यको एक अत्यावश्यक अंगको रूपमा समेटेको थियो। सन् १९९८ मा राष्ट्रिय प्रजनन रणनीतिले समेटेका सम्पूर्ण विषयवस्तुहरूलाई समेटेको थियो। अर्को सुरक्षित मातृत्व योजना (२००२-२००७) तयार गरियो। जसले सुरक्षित मातृत्वलाई आधार प्रदान गरेको छ (Sharma and Misra, 2011)।

NDHS (2007) का अनुसार नेपालमा आदि भन्दा धेरै (५४.२%) महिलाहरूले आफू सुत्केरी हुने समयमा आवश्यक सावधानी अपनाएको पाइयो। त्यसमध्ये एक तिहाई भन्दा धेरै (३७%) महिलाहरूले सुत्केरी अवस्थाका लागि पैसा जम्मा गरेको पाइयो। १०% ले सुत्केरी अवस्थाका लागि आवश्यक अन्य सामग्री खरिद गरेको पाइयो। त्यस्तै ४% महिलाहरूले स्वास्थ्य कार्यकर्ताहरूसँग स्वास्थ्य सेवा लिएको र २६% महिलाहरूले शिशुको लागि आवश्यक खाना र लत्ता कपडाको व्यवस्था गरेको पाइयो। उक्त अध्ययन अनुसार स्वास्थ्य सेवा लिएका र नलिएका महिलाहरूको स्वास्थ्यमा फरक पाइयो। शहरी क्षेत्रमा जहा

औषतमा ३.५ पटक गर्भवती महिलाहरूले स्वास्थ्य जाँच गराउद छन् । त्यहाँ ५१% शिशुहरू स्वास्थ्य जन्मिएको पाइयो भने गाँउमा १४% शिशुहरू मात्र स्वास्थ्य जन्मिएको पाइयो । जम्मा ७% सुत्केरी मात्र पूर्ण रूपमा तालिम प्राप्त स्वास्थ्य कार्यकर्ता द्वारा गराइएको पाइयो ।

राष्ट्रिय मातृत्व कार्यक्रमको प्रमुख उद्देश्य भनेको सुत्केरी महिला तथा नवजात शिशुको मृत्युदर घटाउनु हो । अहिले सम्मको रेकर्ड/अध्ययनले के देखाउदछ भने सम्पूर्ण गर्भवती अवस्था समस्यापूर्ण नै हुने गर्दछ र कुन बेला कस्तो खतरा आउदछ भनेर अनुमान गर्न पनि नसकिने हुन्छ । माथिको अध्ययनले के पनि देखाउदछ भने मुख्यगरी तीनवटा ढिलाइहरू:

- (क) हेरचाहमा गरिने ढिलाइ
- (ख) स्वास्थ्य संस्था पग्न गरिने ढिलाइ
- (ग) स्वास्थ्य सेवा लिन गरिने ढिलाइ ।

सुत्केरी अवस्था र त्यसपछि देखा पर्ने समस्याका प्रमुख कारण मानिन्छ । माथि उल्लेख गरिएका ढिलाइहरू र त्यसपछि आउने खतराहरूलाई समाधान गर्नका लागि तीन वटा रणनीतिहरूलाई नेपालमा अवलम्बन गरिएको पाइएको छ । उक्त तीन रणनीतिहरू निम्नानुसार छन् ।

- (क) शिशुको जन्मका लागि तयारी गर्ने, मातृ शिशुको स्वास्थ्यका बारेमा जनचेतना फैलाउने र आवश्यक आर्थिक सहयोग र रगतको आपूर्तिलाई सहज गराउने ।
- (ख) संस्थागत सुत्केरी कार्यक्रमलाई प्रोत्साहन गर्ने ।
- (ग) चौविस घण्टा सुत्केरी सुविधा उपलब्ध गराउने आदि ।

MOH (2065) का अनुसार केवल ४१ प्रतिशत शिशुले टी.टी. खोपको पुरा मात्रा पाउदछन्, १५% ले एक पटक मात्र र २७ % ले दुई पटक टी.टी. खोप लगाउदछन् । प्रौढ महिलाहरूको तुलनामा किशोरी आमाहरूले टी.टी खोप धेरै लगाइएको तथा टीटानसबाट सुरक्षित रहेको पाइयो । त्यस्तै ९०% भन्दा बढी शिशुको जन्म घरमा भएको पाइयो । त्यसमध्ये ६०% भन्दा कमलाई मात्र स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध भएको पाइयो । समग्रमा जम्मा

७ % सुत्केरी मात्र तालिम प्राप्त स्वास्थ्य कर्मीबाट त्यस्तै ५% डाक्टर र २% नर्सबाट गराइएको पाइयो ।

नेपालमा मातृ मृत्यु दर उच्च रहेको छ । जुन एकलाख सुत्केरी महिलामा तीन सय चौसठ्ठी रहेको छ । त्यसैगरी नेपाल जनसाङ्ख्यिकिय स्वास्थ्य सर्वेक्षण २००० का अनुसार प्रति एक लाख महिलामा २०९ जना महिला सुरक्षित मातृत्वको अभावमा ज्यान गुमाउन बाध्य छन् । मधेसी समुदायमा मातृमृत्यु दर प्रतिलाख तीनसय रहेको छ । (मधेशी मातृ मृत्यु दर सर्वेक्षण २००८/०९) । नेपाल सरकारले मातृमृत्यु दर, शिशु मृत्युदर, कोरा मृत्युदर र बालमृत्युदर घटाउनका लागि विभिन्न प्रकारका कार्यक्रमहरु संचालन गर्दै आएको छ । धेरै जसो मातृमृत्युदर (करिब ७०%) प्रशवको समयमा हुने समस्याका कारणले हुने हुँदा उक्त समस्याहरुलाई समाधान गर्नका लागि विभिन्न कार्यक्रमहरु संचालन गर्नु आवश्यक देखिएको थियो । त्यसै कारणले गर्दा सन् १९९८ यता १३ वटा बृहत किसिमको २० वटा आधारभुत स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउने, ८७ वटा प्रसुती सेवा प्रदान गर्ने स्वास्थ्य संस्थाहरु स्थापना भएका छन् । विगत केही दशक यता सुरक्षित मातृत्व एक महत्वपूर्ण विषयबस्तु बन्दै गएको छ । नैरोबी सम्मेलनले निर्देश गरे अनुसार नेपाल सरकारले राष्ट्रिय स्वास्थ्य नीती १९९१ निर्माण गरेको छ । जसले सुरक्षित मातृत्वलाई एक प्राथमिक स्वास्थ्य सेवाका रुपमा उल्लेख गरेको छ । त्यसै गरि मातृ स्वास्थ्य सुधारका लागी सुरक्षित मातृत्व कार्यदल र राष्ट्रिय मातृत्व योजना (१९९४-९७) लाई महत्वपूर्ण कार्यका रुपमा लिइन्छ । सन् १९९८ मा स्वास्थ्य मन्त्रालयले सुरक्षित मातृत्व रणनीती तयार गरी सुरक्षित मातृत्वलाई प्रजनन स्वास्थ्यको एक अंगको रुपमा सामवेश गर्‍यो । जसलाई सुरक्षित मातृत्व नीतिले पनि योगदान पुऱ्यायो । सुरक्षित मातृत्व नीतिले मातृ शिशु स्वास्थ्य सुधारलाई प्रमुख प्राथमिकता दिएको थियो । सन् १९९८ मा गरिएको नेपाल मातृमृत्यु र मातृरोग अध्ययनलाई एक कोशेदुऱाको रुपमा लिइन्छ । उक्त अध्ययनले मातृमृत्यु समस्याका कारणहरुलाई प्राथमिकता दिएको थियो । त्यस्तै उक्त अध्ययनले गुणस्तरीय मातृस्वास्थ्य सुधारका लाग उपलब्ध स्रोत साधनहरुको सही प्रयोगमा जोड दिएको थियो (सुबेदी,२०१०) ।

२.२ व्यावहारिक साहित्यको पुनरावलोकन

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, लठ्ठ्यौरोपन 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 (प्रजापति, २०६१) ।

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 (MOH, 2065) ।

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 (महतरा, २०६६) ।

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) ।

एउटी स्वस्थ गर्भवतीले स्वस्थ बालकको जन्म दिन्छिन् 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, २०७०) ।

भिटामिन 'ए' हाम्रो शरीर स्वास्थ्य राख्नका लागि नभई नहुने पौष्टिक तत्वहरू मध्ये एउटा सूक्ष्म पोषण तत्व हो । खासगरी आँखा स्वास्थ्य राख्नका लागि 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 ।

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 (पाण्डे, २०७०) ।

यहाँका अधिकांश मानिसले शिक्षा पाउन सकेका छैनन् । अशिक्षाका कारणले गर्दा सुत्केरी भइसकेपछि बच्चाको सालनाल काट्न असुरक्षित सुत्केरी सामग्रीको प्रयोग अर्थात

घरेलु औजार चक्कु वा अरू कुनै सामग्रीको प्रयोगको सङ्ख्या ५० प्रतिशत भन्दा बढी रहेको पाइन्छ । त्यसै गरी निर्मलीकरण गरिएको सामग्रीको प्रयोग नगर्ने ५० प्रतिशत भन्दा बढी रहेको र त्यसको सट्टामा घिउ, तेल जस्ता सामग्रीको प्रयोग गरेको देखिन्छ (CBS, २०११) ।

पोखरेल (२००८) ले अर्घाखाँची जिल्ला परेना गा. वि. स. का कामी समुदायका महिलाहरूका सुरक्षित सुत्केरी सम्बन्धी अध्ययन गरेका छन् । सामाजिक-जनसांख्यिक अवस्था पत्ता लगाउनु, आमाहरूका भएको सुरक्षित सुत्केरी सम्बन्धी ज्ञान पत्ता लगाउनु र सुरक्षित सुत्केरी अभ्यासको स्थिति पत्ता लगाउनु यस अध्ययनका मुख्य उद्देश्य रहेका छन् । यो अध्ययन वर्णनात्मक ढाँचामा आधारित रहेको पाइन्छ । कामी समुदायका १०२ जना महिलामा गरेको अनुसन्धानमा उपयुक्त उमेरमा पहिलो गर्भधारण गर्ने बारेमा थाहा नहुने ३५.३ प्रतिशत रहेका छन् । त्यसै गरी सुरक्षित सुत्केरी सामग्रीको प्रयोग गर्नु पर्ने बारेमा ज्ञान भएका ३७.३ प्रतिशत र ज्ञान नभएका ६२.७ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । त्यसै गरी घरमा नै सुत्केरी गराउने २४.५ प्रतिशत, अस्पतालमा सुत्केरी गराउने ३७.३ प्रतिशत र सुरक्षित सुत्केरी गराउने ठाउँका बारेमा थाहा नभएका ३५.३ प्रतिशत रहेका छन् । सुत्केरी हुनुभन्दा पहिले स्वास्थ्य परिक्षण गराउनेमा दुइपटक गराउने ३३.३ प्रतिशत, र तीनपटक, चारपटक र सोभन्दा बढी गराउने क्रमशः १५.४, १०.३ र २.६ प्रतिशत रहेका छन् । त्यसै गरी सुत्केरी पश्चात स्वास्थ्य परिक्षण गराउनेमा एकपटक गराउने ३०.० प्रतिशत, दुइपटक २० प्रतिशत, तीनपटक ३० प्रतिशत, चारपटक १५ प्रतिशत र सोभन्दा बढी ५ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । त्यसैगरी १६ वर्षभन्दा कम उमेरमा पहिलो बच्चा जन्माउने ५.९ प्रतिशत रहेका छन् । १६-१९ वर्षका ४७.१ प्रतिशत, २०-२४ वर्षका ३७.३ प्रतिशत र २५ वर्षभन्दा माथिका ९.८ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । प्रसुती समयमा सुत्केरी सामग्रीको प्रयोग गर्ने ३१.४ प्रतिशत र प्रयोग नगर्ने ६८.६ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । त्यसैगरी सुत्केरी पश्चात बच्चालाई दुध चुसाउने २८.४ प्रतिशत र नचुसाउने ७१.७ प्रतिशत रहेका छन् ।

साउद (२०११) ले सेती अञ्चल अस्पतालमा सुरक्षित मातृत्व सेवाको प्रभाव शीर्षकमा अध्ययन गरेका छन् । यसका उद्देश्यहरूमा अस्पतालको सरसफाइको अवस्था पहिचान गर्न, अस्पतालद्वारा प्रदान गरिएका स्वास्थ्य सेवाहरू पत्ता लगाउनु, र सेती अञ्चल अस्पतालको सुत्केरी सेवाबाट महिलाले पाउने सन्तुष्टि पत्ता लगाउनु रहेका छन् । यो अध्ययन वर्णनात्मक ढाँचामा सर्वेक्षण विधिको प्रयोग गरिएको पाइयो । १५० जनामा गरिएको अनुसन्धानमा १४७ जनाले अस्पतालमा सुत्केरी गराएको र ३ जनाले घरमा नै

सुत्केरी गराएको देखिन्छ । यसको निष्कर्षमा अस्पतालबाट प्राप्त सुरक्षित सुत्केरी सेवासकारात्मक, प्रभावकारी र व्यक्त गर्न सकिने रहेको उल्लेख गरेको पाइयो । ८८.६७ प्रतिशत सुत्केरी सेवाबाट सन्तुष्टि रहेको पाइयो । ८७ प्रतिशत सेवा अस्पतालमा तुरुन्त दिएको पाइयो । अस्पतालमा जम्मा १२५ वेड रहेकोमा २७ वटा वेड सुत्केरीका लागि छुट्टीइएको देखिन्छ । अस्पतालको सेवा, सरसफाइ आधारभूत स्वास्थ्य पूर्वाधार पर्याप्त रहेको र सुत्केरी सेवा सञ्चालन गर्ने उपकरण पनि सन्तोष जनक रहेको पाइयो(साउत, २०११) ।

उप्रेती (२०११) ले रुकुम जिल्लाको पश्चिम क्षेत्रका विवाहित महिलाहरूमा सुरक्षितमातृत्व र परिवार नियोजनको ज्ञान तथा अभ्याससम्बन्धी अध्ययन गरेकी छिन् । सामाजिक जनसांख्यिक स्थिति पत्ता लगाउनु, सुरक्षितमातृत्व र परिवार नियोजनका साधनसम्बन्धी ज्ञान पत्ता लगाउनु, र रुकुम जिल्लाको पश्चिम क्षेत्रका विवाहित महिलाहरूको सुरक्षितमातृत्व र परिवार नियोजनसँग सम्बन्धित अभ्यास पत्ता लगाउनु यसका मुख्य उद्देश्य रहेका देखिन्छन् । यो अध्ययन वर्णनात्मक ढाँचामा आधारित रहेकोछ । यस अध्ययनमा सबैभन्दा बढी जनजाति ७७.१९ प्रतिशत रहेको देखिन्छन् । त्यसै गरी पेशाको हिसाबले सबैभन्दा बढी ७५.४४ प्रतिशत कृषि पेशामा लागेका देखिन्छन् । गर्भावस्थामा स्वास्थ्य परिक्षण गराउने २९.२८ प्रतिशत रहेकाछन् । त्यसै गरी ४९.१२ प्रतिशतले पूरा टि.टि. खोप लगाएका छन् भने ८५.९६ प्रतिशत गर्भवती महिलाले आइरन चक्की खाएको पाइएकोछ । ८३ प्रतिशत महिला घरैमा सुत्केरी भएको पाइन्छ । सुत्केरी अवस्थामा ४६ प्रतिशत महिलालाई स्वास्थ्य समस्या भएता पनि २३.०८ प्रतिशत महिलाले मात्र स्वास्थ्य सेवा लिएको पाइन्छ । परिवार नियोजनका साधनको प्रयोग गरी जन्मान्तर बढाउनेको सङ्ख्या ज्यादै कम २४.५५ प्रतिशत रहेको पाइन्छ । अस्पतालबाट प्राप्त गर्ने सेवा सुविधा कम मात्र प्रयोग गरेको पाइयो ।

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 उल्लेख छ । 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 । दलितमा ८४.६१ प्रतिशत र गैरदलितमा ५३.५७ प्रतिशतले घरमा नै सुत्केरी गराएका छन् । सुत्केरी पश्चात ९.६२ प्रतिशत दलित र २०.५४ प्रतिशत गैर दलितले स्वास्थ्य परिक्षण गराएका छन् । स्तनपान गराउनेमा चाहिँ दलित ७८.८५ प्रतिशत र गैर दलित समुदायका ८८.३९ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् ।

थारु (२०७०) ले काठमाडौं वाडभञ्ज्याङ्ग गा. वि. स. का महिलाहरूमा सुरक्षित मातृत्वसम्बन्धी ज्ञान तथा व्यवहारको अध्ययनसम्बन्धी स्थलगत अध्ययन गरेको पाइन्छ । यसका उद्देश्यहरूमा सुरक्षितमातृत्वसम्बन्धी ज्ञान पत्ता लगाउनु र सुरक्षितमातृत्वसम्बन्धी व्यवहारको स्थिति पत्ता लगाउनु रहेको पाइन्छ । यो अध्ययन वर्णनात्मक ढाँचामा आधारित रहेको छ । यस अध्ययनमा सुरक्षितमातृत्वसम्बन्धी जानकारी भएका ८८ प्रतिशत र नभएका १२ प्रतिशत रहेका छन् । त्यसै गरी साक्षरता ७६ प्रतिशत र निरक्षर २४ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । सुरक्षितमातृत्वसम्बन्धी जानकारीका माध्यमहरूमा टि.भी. ४४ प्रतिशत, रेडियो ३६ प्रतिशत, सुरक्षितमातृत्वसम्बन्धी कार्यक्रम ८ प्रतिशत र अन्य १२ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । त्यसै गरी परिवार नियोजनका साधनको प्रयोगकर्ताहरू ७६ प्रतिशत र प्रयोग नगर्ने २४ प्रतिशत रहेका छन् । परिवार नियोजनका साधनहरूमा स्थायी साधन प्रयोग गर्ने १०.५३ प्रतिशत र अस्थायी साधन प्रयोगकर्ता ८९.४६ प्रतिशत रहेका छन् । त्यस्तै बच्चालाई लगाउने खोप पूरा लगाउनेहरू ७१.४२ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् ।

भण्डारी (२०१४) ले बझाङ्ग जिल्ला चौठारी गा. वि. स. का दलित महिलाहरूमा सुरक्षितमातृत्वसम्बन्धी ज्ञान तथा अभ्याससम्बन्धी एक अध्ययन गरेका छन् । दलित महिलाहरूमा भएको सुरक्षित मातृत्वसम्बन्धी ज्ञान पत्ता लगाउने र दलित महिलाहरूमा भएको सुरक्षितमातृत्वसम्बन्धी अभ्यासको स्थिति पत्ता लगाउने यसका उद्देश्य रहेका छन् । यो अध्ययन वर्णनात्मक ढाँचामा आधारित भएर गरेको छ । यसका प्राप्तहरूमा शिक्षाबाट बन्चित ४७.१६ प्रतिशत रहेका र उच्च माध्यमिक तहसम्म अध्ययन गर्ने ६.१७ प्रतिशत

रहेकाछन् । १८ वर्ष भन्दा कम उमेरमा विवाह गर्ने ६२.६० प्रतिशत रहेका छन् भने २५ वर्षभन्दा बढी उमेरमा विवाह गर्ने १.८४ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । १८ वर्षभन्दा कम उमेरमा गर्भवती हुने ५६.०९ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । त्यसै गरी २५ वर्षभन्दा बढी उमेरमा गर्भवती हुने ३.२६ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । गर्भावस्थामा स्वास्थ्य परिक्षण गराउनेहरूमा तीन पटक गराउने १३.८९ प्रतिशत र सोभन्दा बढी स्वास्थ्य परिक्षण गराउने ८.१४ प्रतिशत रहेको पाइयो । गर्भवती अवस्थामा टि.टि. खोप लगाउने ७८.८७ प्रतिशत रहेको देखिन्छ । बच्चालाई दुध खुवाउनेमा १ घण्टाको फरकमा दुध चुसाउने १८.६९ प्रतिशत, २ घण्टाको फरकमा दुध चुसाउने ८.९६ प्रतिशत र २ घण्टाभन्दा बढी समयसम्म दुध चुसाउने ३.२५ प्रतिशत रहेकाछन् । घरमा सुत्केरी गराउने २.४३ प्रतिशत रहेका देखिन्छन् । त्यसै गरी सुत्केरी अवस्थामा देखा पर्ने समस्या रगत बग्ने र बान्ता हुने जस्ता समस्याले ५७.७८ प्रतिशतलाई सताएको पाइएको छ, ।

Every year 50 million women in the developing world give birth with one professional health and 8.8 million children and newborn die from easily preventable, treatable causes, these reports identifies countries that has invested in training in developing more female health worker and shows who cares this women are delivery life saving health care to some of the poorest and hardest - to - rich mother and babies (Save the Children, 2010).

In many developing countries, complication of pregnancy and childbirth are the leading causes of death among women of productive age. A woman dies from complication childbirth approximately every minutes. According to the WHO, in it is World Health Report 2005, poor maternal condition account for the fourth leading cause of death for women worldwide, after HIV/ AIDS, Malaria, TB, most maternal death and injuries are caused by biological processes not from diseases, which can be prevented and have been largely eradication in the developing world - such as post-partum hemorrhaging, which causes 34% of maternal death in the developing world but only 13% of maternal death in developed countries (UNICEF, 9 July 2013).

२.३ सम्बन्धित साहित्यको उपादेयता

व्यक्तिको व्यवहारमा सकारात्मक परिवर्तन ल्याउन र नकारात्मक व्यवहार हटाउनको निम्ति विभिन्न तरिका र प्रयासहरू गरिन्छ। मानव व्यवहारमा सकारात्मक परिवर्तन ल्याई स्वास्थ्यपूर्ण जीवनयापन गर्न विभिन्न सिद्धान्तको प्रयोग गरिन्छ। यस अध्ययनमा सकारात्मक परिवर्तनका निम्ति इभरेट रोगर्सको द डिफ्युजन अफ इनोभेसन, शेनन र विनरको सूचना प्रक्रिया सिद्धान्त र बेटी फ्रेडनको नारीवादी सिद्धान्तलाई सम्बन्धित साहित्यको पुनरावलोकनको रूपमा लिइने छ। इभरेट र विनरको सिद्धान्त अनुसार नयाँ व्यवहारलाई सजिलै सुरुमा अपनाउन गाह्रो मान्दछन् जब त्यसको प्रभावकारिता र गुणस्तरमा राम्रो देखिए मात्र त्यसलाई प्रयोग गर्नेको संख्या बढ्छ। सूचना प्रक्रियाको सिद्धान्त अनुसार व्यवहारमा परिवर्तन गर्न पहिलो सूचना प्रति चेतना उत्पन्न हुन्छ त्यसमध्ये जुन आफूलाई एउटालाई छनोट गर्दछ र छानवीन गर्ने, विश्लेषण गर्ने र संश्लेषण पश्चात् राम्रो र सबैभन्दा उत्तम वस्तु वा व्यवहारको छनोट गरी त्यसलाई उपयुक्त समयमा प्रयोग गर्दछ। नारीवादी सिद्धान्त अनुसार पुरुष र महिला सबै रूपमा समान छन् अधिकार, कर्तव्य, उत्तरदायित्व, जिम्मेवारीमा तर एउटै पक्ष जुन जैविक विज्ञानको आधारमा भने महिला र पुरुष फरक छन्।

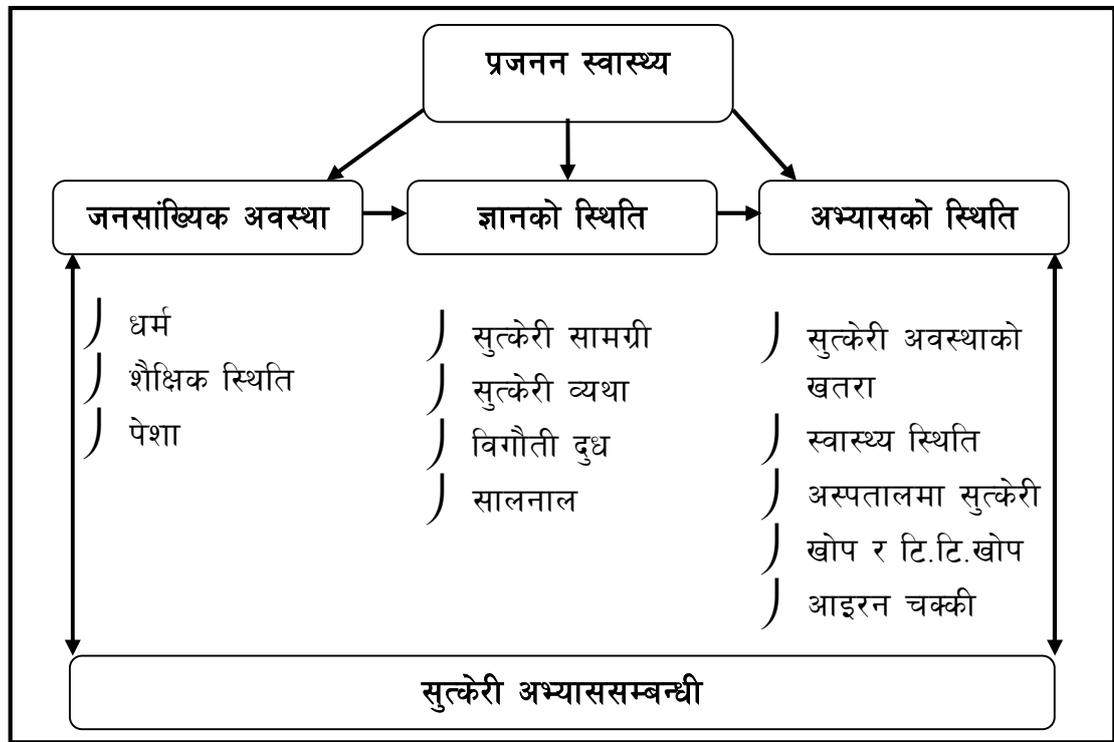
यसरी आफ्नो अध्ययनसँग सम्बन्धित रहेर विभिन्न सिद्धान्त एवं पूर्व साहित्यको अध्ययनले विषयवस्तुलाई गहिरिएर बुझ्न सहयोग पुऱ्याउनुका साथै अध्ययन गर्न लागिएको विषयवस्तुको अध्ययन र त्यससँग सम्बन्धित समस्या, समाधानको उपाय आदि बारे वृहत् रूपमा जानकारी प्रदान गर्दछ। सम्बन्धित साहित्यको पूर्व अध्ययनले आफूले गर्ने अध्ययन बीचमा सामान्यीकरण गर्न, सामञ्जस्यता र विश्लेषण गर्न मद्दत गर्दछ। त्यसका साथै पूर्व साहित्यको अध्ययनमा भएको अधुरा समस्या विषयवस्तुलाई पूर्णता दिन मद्दत गर्दछ।

२.४ अवधारणात्मक ढाँचा

यस अध्ययनको पुनरावलोकनले अनुसन्धानमा छनोट भएका समस्यालाई सहिदङ्गले परिभाषित गर्न र यसको क्षेत्र निर्धारण गर्न सघाउ पुऱ्याएको छ। त्यस्तैगरी अनुपयुक्त अनुसन्धान समस्याको छनौट हुन सक्ने सम्भावनालाई न्युनीकरण गरी उचित अनुसन्धान समस्याको छनौट गर्न सहयोग पुऱ्याएको छ। वास्तवमा अन्य क्षेत्रमा गरिएका अध्ययनहरूको पुनरावलोकन विना यस अनुसन्धान प्रक्रियालाई प्रभावकारी एवं अर्थपूर्ण बनाउन असम्भव छ। त्यसैले यस विषय क्षेत्रसँग सम्बन्धित साहित्यको आधारमा यस अध्ययनलाई सहिदङ्गले प्रस्तुत गर्ने कार्य गरिएको छ।

यस अध्ययनमा गर्भवती आमाहरूमा सुत्केरी अभ्याससम्बन्धी अध्ययनको अवधारणात्मक खाकालाई तल उल्लेख गरिएको छ :

चित्र नं. १ : गर्भवतीआमाहरूमा सुत्केरी अभ्यास सम्बन्धी अवधारणा



त्यस्तै यस अध्ययनमा पनि सुत्केरी भइसकेका महिलाहरूको जनसङ्ख्यालाई लिइएको छ । यस अध्ययनमा महिलाहरूले मान्ने धर्मको बारेमा तथ्याङ्कसङ्कलन गरी वर्णन गरेकी छु । सुत्केरी अभ्याससम्बन्धी ज्ञान वा शिक्षाको कमीका कारण वा आफ्नो धार्मिक परम्पराका कारण सुत्केरी अभ्यासमा असर परेको देखिन्छ ।

सुत्केरी हुँदा महिलाहरूले विभिन्न कुराहरू जानी राख्नुपर्छ । यस अध्ययनमा सुत्केरी भएको समयमा महिलाहरूले सुत्केरी सामग्रीको प्रयोग गर्नुपर्ने कुरा उल्लेख गरिएको छ । सुत्केरी व्यथाको बारेमापहिला सुत्केरी भएकाहरूसँग सोधेर जानकारी लिइराख्नु राम्रो हुन्छ । बच्चा जन्मिसके पछिको पहिलो पहेलो विगौती दुधले बच्चालाई गर्ने फाइदाकाबारेमा जानकारी लिनु उपयुक्त हुन्छ । बच्चा जन्मिइ सकेपछि सालनाल पनि काट्नुपर्छ भन्ने कुरा जनाकारी भएमा मात्र सुत्केरी अभ्यास राम्रो हुन्छ ।

सुत्केरी एक जटिल अवस्था हो । यस्तो अवस्थामा महिलालाई विभिन्न प्रकारका समस्याहरू पनि देखा पर्न सक्छन् । यस्ता सुत्केरी सम्बन्धी समस्याहरूले महिलाको स्वास्थ्य स्थितिमा नै खलल पुऱ्याउन सक्छ । यस्तो हुनबाट बचाउन अस्पतालमा सुत्केरी हुनु उपयुक्त हुन्छ । सुत्केरी हुने महिलाले टि.टि. खोप लगाउनु पर्छ गर्भवती भएको समयमा

आइरन चक्की पनि खानु पर्छ । यी यस्ता अभ्यासहरु कम भएको पाइएको छ । सुत्केरी गराउदा अस्पतालमा लान पनि ज्ञान, धर्मले पनि प्रभाव पारेको छ ।

परिच्छेद - तीन

अध्ययन विधि

कुनै विषयको बारेमा अध्ययन गर्नु अगाडि त्यस अध्ययनलाई कसरी निष्कर्षमा पुऱ्याउने भन्नका लागि निश्चित विधि र प्रक्रियाहरू अवलम्बन गर्नुपर्दछ । यस खण्डमा अनुसन्धान ढाँचा, तथ्याङ्कको स्रोतहरू, तथ्याङ्क संकलन प्रक्रिया, तथ्याङ्क संकलन विधि, नमुनाको आकार, अध्ययन क्षेत्र, तथ्याङ्क संकलन साधन, साधनको वैधता र व्याख्या विश्लेषण प्रक्रियाको वर्णन गरिएको छ :

३.१ अनुसन्धान ढाँचा

यस अनुसन्धानमा गुणात्मक र संख्यात्मक अनुसन्धान ढाँचा प्रयोग गरिएको छ ।

३.२ तथ्याङ्कको स्रोतहरू

अनुसन्धानलाई वैज्ञानिक तरिकाले निष्कर्षमा पुऱ्याउन निश्चित साधनहरूको आवश्यकता पर्दछ । तसर्थ तथ्याङ्क संकलनका लागि अन्तरवार्ता सूचीलाई मुख्य साधनको रूपमा लिइएको छ । तथ्याङ्कका स्रोतहरूलाई प्राथमिक र द्वितीय स्रोतमा राखी हेर्न सकिन्छ ।

३.२.१ प्राथमिक स्रोत

यस अध्ययनका लागि तोकिएको क्षेत्रमा गई गर्भवती आमाहरूसँग प्रत्यक्ष सम्पर्क गरी अन्तरवार्ता सूचीद्वारा तथ्याङ्क सङ्कलन गरिएको छ ।

३.२.२ द्वितीय स्रोत

लेख, रचना, अनुसन्धान प्रतिवेदन, नगरपालिका तथा विभिन्न संघसंस्थाहरूबाट उपलब्ध तथ्याङ्कहरूलाई अध्ययनको द्वितीय स्रोत भनिन्छ जसको प्रयोग अनुसन्धानमा तुलना गर्न प्रयोग गरिएको छ ।

३.३ तथ्याङ्क सङ्कलन प्रक्रिया

अध्ययन गर्ने क्रममा निर्माण गरिएका तथ्याङ्क सङ्कलन साधनको सहयोगमा अनुसन्धानकर्ता अध्ययन क्षेत्रमा गई नमुना छनोटमा परेका महिलाहरूसँग प्रत्यक्ष भेटघाट

गरी प्रत्यक्ष रूपमा नै अन्तरवार्ता सूची भराउनुका साथै अध्ययन क्षेत्रमा अवलोकन फारम भर्दै अध्ययन सम्पन्न गर्नका लागि तथ्याङ्क सङ्कलन गरिने छ ।

३.४ अध्ययनको जनसंख्या र क्षेत्र

यस अध्ययनगर्भवती आमाहरूमा सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन शीर्षकमा रही भ्वापा जिल्लाको बुद्धशान्ति.गाउँपालिका वाड नं. १ मा रहेका कूल ३७४ गर्भवती आमाहरूबाट उद्देश्यमूलक नमुना छानोट विधिका आधारमा ३७४ जना सबैलाई नमुनाको रूपमा लिइ अध्ययन गरिएको छ ।

३.५ तथ्याङ्क संकलन विधि

गर्भवती आमाहरूमा सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान र अभ्यासको अध्ययनशीर्षकमा रही गरिएको अध्ययनका लागि बुद्धशान्ति.गाउँपालिका वाड नं. १ मा बसोबास गर्ने ३७४ गर्भवती आमाहरूबाट उद्देश्य मूलक नमुना छानोट विधिका आधारमा ३७४ जना गर्भवति आमाहरू छानोट गरी अध्ययन सम्पन्न गरिएको छ।

३.६ नमुनाको आकार

यस अनुसन्धानमा भ्वापा जिल्ला बुद्धशान्ति.गाउँपालिका वाड नं. १ मा बसोबास गर्ने गर्भवती आमाहरू जम्मा ३७४ जना महिलाहरूलाई अध्ययनको नमुनाको रूपमा लिइएको छ ।

३.७ तथ्याङ्क संकलन साधन

यस अध्ययनलाई पूरा गर्नका लागि अध्ययनको उद्देश्य स्रोत साधन र समयलाई मध्यनजर गरी तथ्याङ्क संकलनका लागि अन्तरवार्ता सूचीलाई मुख्य साधनको रूपमा लिइएको छ । त्यसै गरी प्रत्यक्ष अवलोकनबाट प्राप्त भएका तथ्याङ्कलाई समेत समावेश गरिएको छ ।

३.८ तथ्याङ्क संकलनका साधनको वैधता

यस स्थलगत अध्ययनलाई पूर्णता प्रदान गर्नकालागि तथ्याङ्क सङ्कलनका साधनहरूको रूपमा अन्तरवार्ता सूचीतयार गर्न अगाडि गरिएका शोधपत्रमा तथा प्रतिवेदनहरूमा प्रयोग गरिएका साधनहरूको प्रयोग गरिएकोछ । जसका लागि निरीक्षकको

समेत सहयोगमा अन्तरवार्ता सूचीतयार गरी बुद्धशान्ति.गाउँपालिका वाड नं. १ मा रहेका गर्भवतीहरूलाई पूर्व परीक्षणका लागि अन्तरवार्ता लिइएको छ । जसमा देखिएका त्रुटिलाई सुधार गरी अन्तरवार्ता सूचीलाई वैधता प्रदान गरिएको छ ।

३.९ तथ्याङ्कको व्याख्या र विश्लेषण प्रक्रिया

अध्ययनका क्रममा नमुनाका रूपमा लिइएका महिलाहरूलाई प्रश्नहरू तयार गरी अन्तरवार्ताको माध्यमबाट प्राप्त भएका तथ्याङ्कहरूलाई परिमाणात्मक र गुणात्मक अनुसन्धानद्वारा व्याख्या तथा विश्लेषण गरिएको छ । उत्तरदाताबाट प्राप्त भएका तथ्याङ्कहरूलाई व्यवस्थित रूपमा प्रस्तुत गर्न संख्यामा बदल्दै तालिका, चित्र तथा प्रतिशतमा तथ्याङ्कलाई सरल र सहज तरिकाले व्याख्या विश्लेषण गरिएको छ ।

परिच्छेदचार

तथ्याङ्कको व्याख्या तथा विश्लेषण

यस अध्यायमा संकलित तथ्याङ्कको व्याख्या र त्यसको परिमाणको विश्लेषण गरिएको छ। यस अध्यायमा अनुसन्धानका क्रममा प्राप्त तथ्याङ्कलाई विभिन्न शीर्षकमा विभाजन गरी तालिका, चित्रको माध्यमद्वारा प्रष्टसँग व्याख्या र विश्लेषण गरिएको छ।

४.१ व्यक्तिगत विवरण

४.१.१ शैक्षिक अवस्था

वास्तवमा शिक्षा समाज तथा परिवार र राष्ट्रको विकासको मेरुदण्ड हो। यसर्थमा शिक्षा निककै महत्वपूर्ण मानिन्छ। त्यसमा पनि कुनै परिवारमा महिला शिक्षित रहेमा उसको समग्र परिवार नै शिक्षित रहेको कुरा ध्रुव सत्य कुरा हो। यसरी हेर्दा परिवारको आकार तथा परिवार योजनामा यस तत्वले ठूलो भूमिका खेलेको हुन्छ। यसरी नै उक्त पक्षले बच्चाको जन्म तथा आमा र बच्चाको स्वास्थ्यमा सकारात्मक भूमिका खेल्न पुग्छ। परिवार सुखमय हुन्छ। परिवार सकारात्मक सोचको विकास हुन्छ।

तालिका नं १ : उत्तरदाताको शैक्षिक अवस्थाको विवरण

| क्र.सं | शैक्षिक स्थिति | सङ्ख्या | प्रतिशत |
|--------|-----------------------|---------|---------|
| १ | एस्.एल्.सी भन्दा माथि | १०१ | २७ |
| २ | आठ भन्दा माथि | १५० | ४० |
| ३ | साक्षर | १०१ | २७ |
| ४ | निरक्षर | २२ | ६ |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

स्रोत, स्थलगत सर्वेक्षण, २०७५

तालिका नं १ का अनुसार यस यस क्षेत्रका १५-४९ वर्ष उमेर समूहका विवाहित महिलाहरूमध्ये २७ प्रतिशत महिलाहरू मात्र एस्.एल्.सी भन्दा माथिको शिक्षा प्राप्त गरेको

देखियो भने मात्र ४० प्रतिशत कक्षा आठ भन्दा माथिको शिक्षा हाँसिल गरेको तथ्यको जानकारी रहेको छ। त्यस्तै २७ प्रतिशतले साक्षरमात्र रहेका छन् भने उत्तरदाता मध्येका ६ प्रतिशत भने निरक्षर रहेको सर्वेक्षणले जनाएको छ।

४.१.२ 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. २ : विवाह गर्दाको उमेर

| क्र.सं. | उमेर समूह (वर्षमा) | संख्या | प्रतिशत |
|---------|--------------------|--------|---------|
| १ | १३- १५ | ३५ | ९.४६ |
| २ | १६-२० | ९१ | २४.३२ |
| ३ | २१- २५ | १९७ | ५२.७० |
| ४ | २६ वर्ष भन्दा माथि | ५१ | १३.५१ |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिको तालिका नं. २ को तथ्याङ्क अनुसार १३- १५ वर्षमा विवाह गर्ने ९.४६%, १६- २० वर्षमा विवाह गर्ने २४.३२%, २१-२५ वर्षमा विवाह गर्ने ५२.७०% र २६ वर्ष भन्दा माथि १३.५१% ले विवाह गरेको पाइयो। २१ -२५वर्ष उमेरमा विवाह गर्नेको संख्या बढी रहेको पाइयो।

अझै पनि कानूनले तोकेको उमेर भन्दा कम उमेरमा पनि 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।

४.१.३ 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. ३:पहिलो गर्भधारणको उमेर

| क्र.सं. | उमेर समूह (वर्षमा) | संख्या | प्रतिशत |
|---------|--------------------|--------|---------|
| १ | १३- १९ | ८६ | २३ |
| २ | २०- २४ | १६८ | ४५ |
| ३ | २५- ३० | १२० | ३२ |
| ४ | ३१ वर्ष भन्दा माथि | - | - |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिको तालिका नं. ३ को तथ्याङ्कअनुसार १३- १९ वर्षको उमेरमा पहिलो पटक गर्भधारण गर्ने २३%, २०-२४ वर्षमा ४५%, २५-३० वर्षमा ३२% र ३० देखि माथि गर्भधारण नगरेको 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-किशोरीहरूलाई यौन तथा प्रजनन शिक्षा दिन संघ-संस्था तथा स्वास्थ्यसँग सम्बन्धित संस्थाहरूले सक्रियतापूर्वक कार्य गर्नु पर्ने देखिन्छ। जसले गर्दा केहि मात्रामा रहेको छिटो विवाह गर्ने चलन कम हुने वा हट्ने अनुमान गर्ने सकिन्छ।

४.१.४ 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 कार्यक्रमहरूको जानकारी नहुन सक्छ । यस समुदायमा महिलाहरूमा सुरक्षित मातृत्व बारे के कति जानकारी प्राप्त छ, जसको विवरण तल प्रस्तुत गरिएको छ ।

तालिका नं. ४ : सुरक्षित मातृत्वबारे ज्ञान

| क्र.सं. | विवरण | संख्या | प्रतिशत |
|---------|-------------|--------|---------|
| १ | ज्ञान भएका | २२२ | ५९.४६ |
| २ | ज्ञान नभएका | १५२ | ४०.५४ |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिको तालिका नं. ४ को तथ्याङ्कबाट सुरक्षित मातृत्वबारे ज्ञान भएको भन्दा ज्ञान नभएको संख्या कम देखियो । जहाँ ज्ञान हुने ५९.४६% र ज्ञान नहुने ४०.५४% रहेको पाइयो ।

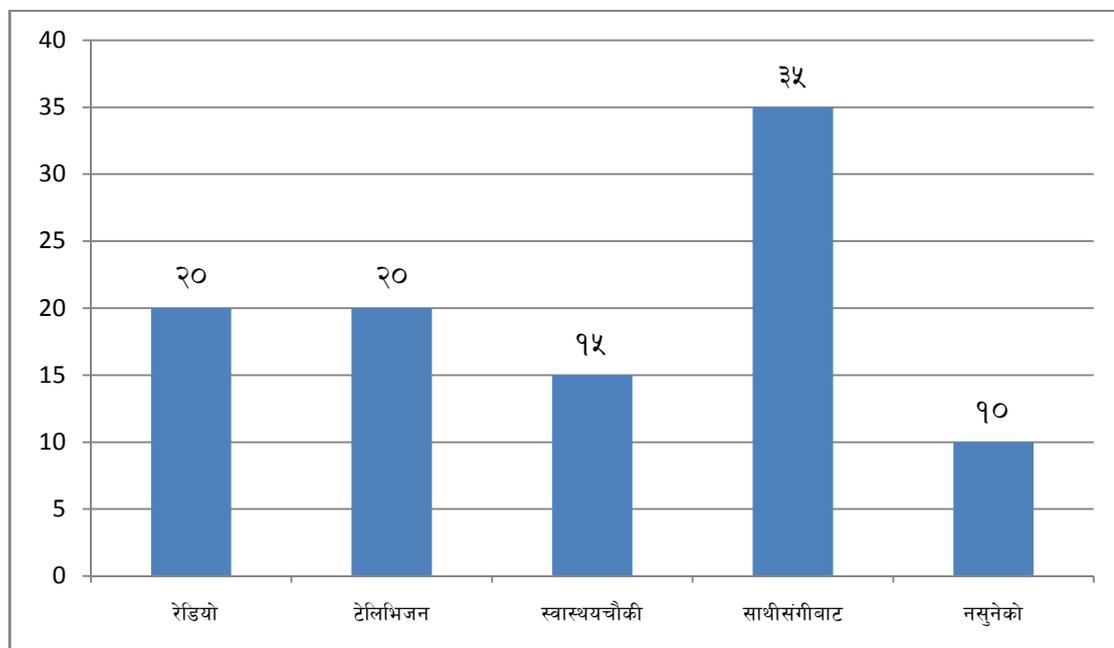
अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क अनुसार सुरक्षित मातृत्व बारे जानकारी प्राप्त गर्ने भन्दा नगर्नेको संख्या कम पाइयो । यसबाट सूचना, प्रविधि, चेतना र सञ्चारको प्रयोग भएको अनुमान गर्न सकिन्छ, तापनि अबै केही ज्ञान नहुनेको संख्या पनि रहेको छ । त्यसैले, सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी जानकारी दिनेको निमित्त सरकारी तथा गैरसरकारी निकायहरूले समुदायमा गई आवश्यक जानकारी र चेतनामूलक प्रभावकारी कार्यक्रमहरू सञ्चालन गर्न आवश्यक देखिन्छ ।

४.१.५ 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 र टेलिभिजनबाट २०%, स्वास्थ्यचौकीबाट १५%, साथीसंगीबाट ३५% जानकारी लिएको पाइयो भने १०% ले यसबारे जानकारी नलिएको बताए ।

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 (महर्जन, २०६७) ।

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 गर्भावस्थामा 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 गर्भावस्थामा जाँचाउन गएको समय तल प्रस्तुत गरिएको छः

तालिका नं. ५ : गर्भ परीक्षण

| क्र.सं. | जाँचेको पटक | संख्या | प्रतिशत |
|---------|--------------|--------|---------|
| १ | २ पटक | ६६ | १७.५७ |
| २ | ३ पटक | १५७ | ४१.८९ |
| ३ | ४ पटक | १११ | २९.७३ |
| ४ | जाँच नगराउने | ४० | १०.८१ |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिको तालिका नं. ५ को तथ्याङ्क अनुसार गर्भ परीक्षण २ पटक गर्ने १७.५७%, ३ पटक गर्ने ४१.८९%, ४ पटक गर्भ परीक्षण गराउने २९.७३% र परीक्षण नगराउने १०.८१% रहेको पाइयो । परीक्षण नगराउनमा उनीहरूको आर्थिक स्थिति जसको कारण उनीहरू राम्रो अस्पतालमा गएर परीक्षण गर्न सक्दैनन्, दैनिक श्रमगर्नुपर्ने भएकाले आज भोली जाने भन्दाभन्दै समय वितिरहेको र नजिकै रहेको स्वास्थ्य चौकी समेत जान नभ्याएको देखिन्छ ।

यस अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय २०६७/०६८ का अनुसार गर्भवतीले कम्तिमा गर्भावस्थामा ४ पटक जाँच गर्नु पर्ने हुन्छ तर महिलाहरू कम्तिमा मात्र ४ पटक गर्भ जाँच गरेको पाइयो । त्यसकारण, प्रत्येक स्वास्थ्यचौकी र उपस्वास्थ्यचौकीले गाउँ तथा समुदायमा महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकाको माध्यमबाट

समुदायका गर्भवती महिलाहरूलाई कम्तीमा पनि ४ पटक गर्भ जाँच गर्न प्रोत्साहन गर्नका लागि घरदैलोमा गई सल्लाह, सुझाव दिनु पर्दछ ।

४.२.२ गर्भावस्थामा जुकाको औषधी खाएको विवरण

मानिसको पेट भित्र लाग्ने आन्तरिक परजीवी वा जुकाहरूलाई सामान्य रूपमा 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. ६ : गर्भावस्थामा जुकाको औषधी खाएको विवरण

| क्र.सं. | जुकाको औषधी खाएको समय | संख्या | प्रतिशत |
|---------|-----------------------|--------|---------|
| १ | ३ महिनापछि | १३६ | ३६.४९ |
| २ | ४ महिनापछि | १४२ | ३७.८३ |
| ३ | ५ महिनापछि | ५६ | १४.८६ |
| ४ | नखाने | ४० | १०.८१ |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिको तालिका ६ मा ३ महिना पछि जुकाको औषधी खाने ३६.४९%, ४ महिनापछि ३७.८३%, ५ महिनापछि १४.८६% र नखानेमा १०.८१% रहेको पाइयो । जो नियमित स्वास्थ्य चौकी परीक्षणको लागि जाँदैन् उनीहरूलाई जुकाको औषधी खनुपर्छ भन्ने ज्ञान नहुने भएकाले र जुका परेकै छैन भनी सोच्नाले नखाएको 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, होर्डिङ बोर्डको प्रयोग गरी सूचित गर्न सकिन्छ ।

४.२.३ गर्भवतीले टि.टि. खोप सम्बन्धी अध्ययन

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 लगाउँदैन

नलगाएको पनि पाइयो । यस अध्ययन क्षेत्रमा टी.टी. खोपको मात्रा सम्बन्धी तथ्याङ्क तल प्रस्तुत गरिएको छ :

तालिका नं. ७ : गर्भवतीले टि.टि. खोप लगाएको अवस्था

| क्र.सं. | खोप लगाएको पटक | संख्या | प्रतिशत |
|---------|----------------|--------|---------|
| १ | १ पटक | ११६ | ३१.१ |
| २ | २ पटक | २१७ | ५८.१० |
| ३ | आवश्यक छैन | १५ | ४.०५ |
| ४ | उपलब्ध भएन | २५ | ६.७५ |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिको तालिका अनुसार १ पटक खोप लगाउने ३१.१%, २ पटक लगाउने ५८.१०%, आवश्यक छैन भन्ने ४.०५% र उपलब्ध भएन भन्ने ६.७५% रहेको पाइयो । आर्थिक स्थिति कमजोर भएका परिवारका महिलाहरु टाढाका वा सुविधा सम्पन्न अस्पतालमा जान आर्थिक अवस्थाको कारण नसक्ने र नजिककैको स्वास्थ्यचौकीमा निश्चित दिनमा मात्र खोप लगाइने भएकोले त्यो दिनमा पुग्न नसक्दा खोप लगाउन नपाएको पाइयो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क अनुसार गर्भवतीले दुई पटक टी.टी. खोप लगाउनु पर्नेमा अभैपनि एक पटक लगाउने पनि महिला धेरै नै रहेको पाइयो र लगाउँदै नलगाएको तथ्य पनि पाइयो जसले आमा र शिशुको स्वास्थ्य अभै जोखिममा रहेको संकेत गर्दछ । त्यसैले, गर्भावस्थामा टी.टी. खोप २ पटक लगाउनुनै पर्छ भन्ने ज्ञान 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 नं. ८ : गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खाना

| क्र.सं. | विवरण | संख्या | प्रतिशत |
|---------|--------------------|--------|---------|
| १ | पौष्टिक खाना खाने | १०१ | २७.०३ |
| २ | पौष्टिक खाना नखाने | २७३ | ७२.९७ |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिल्लो तालिका नं. ८ लाई हेर्दा गर्भावस्थामा थप पौष्टिक खाना खाने २७.०३% र पौष्टिक खाना नखाने ७२.९७% रहेको पाइयो ।

गर्भावस्थामा पौष्टिक तत्वको महत्व र आवश्यकतालाई प्राथमिकता दिई कुपोषण र पोषण सम्बन्धी कार्यक्रम सञ्चालन गरेर समुदायलाई सहभागी गराउनु पर्ने आवश्यक देखिन्छ । महिलाहरू शिक्षित भएतापनि पौष्टिक आहारमा वेवास्ता गरेको देखिन्छ ।

४.३ सुत्केरी अवस्था :

नवजात शिशु जन्मेपछि ४२ दिन वा ६ हप्ताको अवधिलाई सुत्केरी भनिन्छ । स्वस्थ आमाले मात्र स्वस्थ शिशुको जन्म दिन सकिन्छ । यसो हुँदा आमाको प्रसुति अघिको 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 अड्कनु 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. ९ : सुत्केरी गराउने स्थान

| क्र.सं. | सुत्केरी गराउने स्थान | संख्या | प्रतिशत |
|---------|-----------------------|--------|---------|
| १ | घरमा | ७५ | २० |
| २ | अस्पतालमा | २९९ | ८० |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

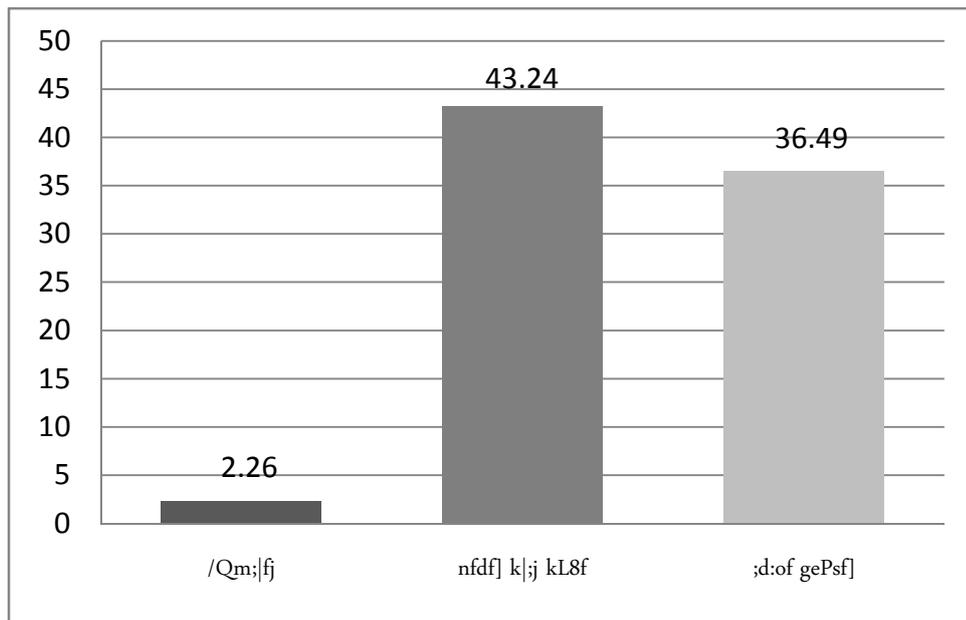
माथिको तालिका नं. ९ अनुसार घरमा सुत्केरी गराउने २०% र अस्पतालमा ८०% सुत्केरी गराएको पाइयो। घरमा सुत्केरी गराउँदा अष्टयारा समस्यामा पर्ने गरेको पनि पाइन्छ। जसमा जन्माउन नसकी आमा वा बच्चाको मृत्यु हुने, बच्चा जन्मिए पनि साथी ननिक्कने, जस्तोसुकै हतियारले नाल काट्नाले इन्फेक्सन हुने जस्ता समस्या पनि हुने गर्दछ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क अनुसार सुत्केरी गराउने स्थान अस्पतालमा बढी देखियो जसको फलस्वरूप सुरक्षित सुत्केरी गराउनमा अस्पताल नै सुरक्षित स्थान हो भन्ने देखिन्छ। त्यसकारण, सुत्केरी गराउने सुरक्षित स्थान अस्पताल हो जहाँ दक्ष प्रसूतिकर्मीको सहयोग, सरसफाइ, निर्मलीकृत औजारहरुको प्रयोग हुने हुँदा आमा र बच्चालाई कुनै संक्रमण हुँदैन र खतराको लक्षण देखिएमा तुरन्तै उचित व्यवस्था हुन्छ भन्ने धारणाको विकास हुँदैरहेछ भन्ने देखिन्छ। तर घरमै सुत्केरी गराउनेको संख्या पनि भेटिएको छ फलस्वरूप अभै चेतनाको खाचो रहेछ भन्ने बुझिन्छ।

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 अभि स्पष्ट पार्न सकिन्छ :

चित्र नं २ : प्रसव अवस्थामा देखिएको समस्याको अवस्था



माथिको चित्र अनुसार प्रसव अवस्थामा देखिएका समस्याहरू रक्तस्राव हुने २०.२६%, लामो प्रसव पीडा ४३.२४% र कुनै समस्या नभएको ३६.४९% रहेको पाइयो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क र स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय २०६७/०६८ को अनुसार प्रजननयोग्य उमेरमा भन्दा अधिनै 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. १० : नाल काट्न प्रयोग गरिएको साधन

| क्र.सं. | साधन | संख्या | प्रतिशत |
|---------|-------------------------|--------|---------|
| १ | निर्मलीकृत ब्लेड | ३०९ | ८२.६२ |
| २ | सिधै प्रयोग गरेको ब्लेड | ५५ | १४.६ |
| ३ | चक्कु | १० | २.७० |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिको तालिका नं. १० का अनुसार शिशुको नाल काट्न प्रयोग गरिने औजारमा निर्मलीकृत ब्लेड प्रयोग गर्ने ८२.६२%, सिधै प्रयोग ब्लेड प्रयोग गर्ने बराबर अर्थात् १४.६%, चक्कु प्रयोग गर्ने २.७०% रहेको पाइयो ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्कबाट के स्पष्ट हुन्छ भने बच्चाको नाल काट्न निर्मलीकृत ब्लेड नै उपयुक्त हो भन्ने ज्ञान रहेको पाइन्छ ।

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. ११ : बच्चालाई थप खानाको समय विवरण

| क्र.सं. | समय | संख्या | प्रतिशत |
|---------|---------|--------|---------|
| १ | ६ महिना | ५२ | ७०.३० |
| २ | ९ महिना | ५ | ६.७५ |
| ३ | १ वर्ष | १७ | २२.९५ |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

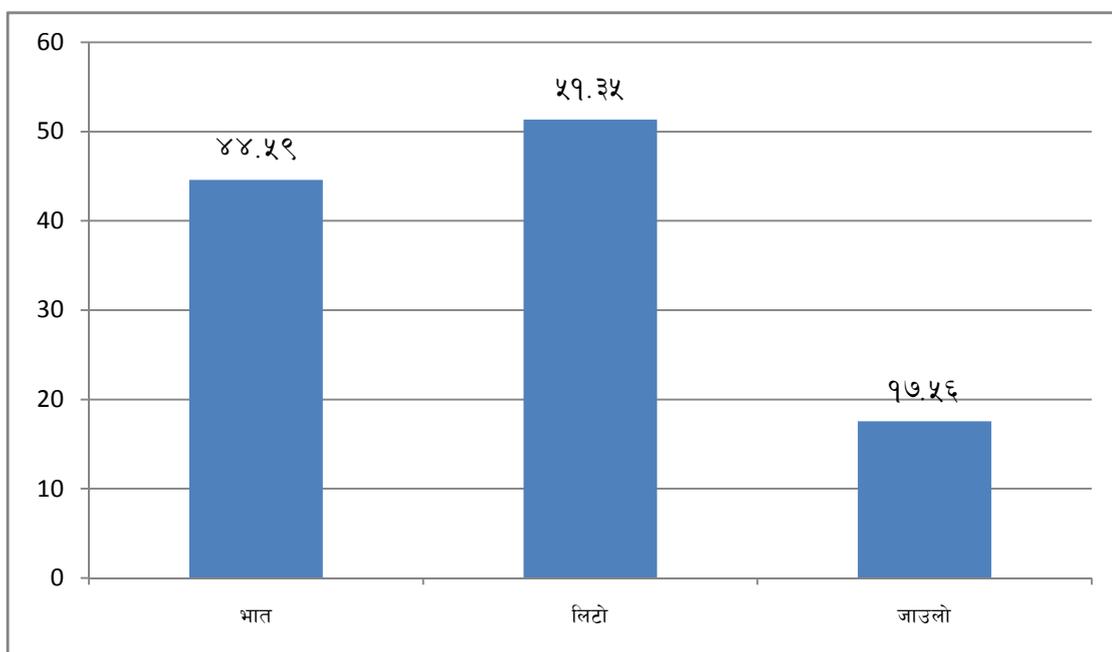
माथिको तालिका नं. ११ का अनुसार बच्चालाई दूध बाहेक थप खाना ६ महिनामा दिने ७०.३०%, ९ महिनामा दिने ६.७५%, १ वर्षमा १७% रहेको देखिन्छ। समुदायमा ६ महिनामा थप खाना दिने संख्या बढी पाइन्छ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क अनुसार बच्चालाई ६ महिना पुगेपछि आमाको दूध बाहेक अन्य थप खानाको आवश्यकता पर्दछ भन्ने मान्यतालाई अनुशरण गरेको पाइयो। तर केहीले अबै नगरेको पनि देखिएकाले, 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 भात ४४.५९%, लिटो ५९.३५% र जाउलो १७.५६% खुवाउने गरेको पाइयो। बच्चालाई गोडागुडी र अन्नको पिठो बनाई लिटो दिँदा राम्रो हुन्छ भन्ने धरै भएपनि भात र जाउलो खुवाउने संख्या पनि 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 शिशुहरूलाई 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 खुवाउनेको संख्या बढी पाइए पनि जाउलो मात्र खुवाउने पनि रहेकाले 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 खानाहरूको छनौट गर्न प्रशिक्षित गराउनु उपयुक्त देखिन्छ ।

४.३.६ बच्चा बिरामी हुँदा जँचाउन लैजाने स्थान

हाम्रो समाजमा अझै पनि बच्चाहरू बिरामी परेमा देउता लागेको, भूत प्रेतको छायाले छोएको, बोक्सी लागेको भन्ने अन्धविश्वास रहिआएको छ जसले गर्दा बच्चा साधारण औषधी र उपचारबाट निको हुने रोगहरूबाट 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. १२ : बच्चालाई जँचाउन लैजाने स्थान

| क्र.सं. | विवरण | संख्या | प्रतिशत |
|---------|----------------|--------|---------|
| १ | स्वास्थ्य चौकी | २२४ | ५९.८९ |
| २ | वैद्य | ३८ | १०.१६ |
| ३ | भाँक्री | ११२ | २९.९५ |
| ४ | अन्य | -- | -- |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिको तालिका नं. १२ का अनुसार बच्चा बिरामी हुँदा जँचाउन स्वास्थ्य चौकी लाने ५९.८९%, वैद्यकहाँ लैजाने १०.१६% र भाँक्रीकहाँ लाने २९.९५% रहेको पाइयो । यस समुदायमा स्वास्थ्य चौकी लैजाने संख्या बढी रहेको पाइयो ।

निजी क्षेत्रमा सञ्चालित अस्पताल र क्लिनिकहरु प्रशस्त मात्रामा खुलेका छन् तर यी स्वास्थ्यकेन्द्रहरु गाउँमुखी हुनुपर्नेमा सहरमुखी, सेवामुखी हुनुपर्नेमा नाफामुखी भएका कारण सीमान्तकृत जनताले अबै पनि स्वास्थ्य सेवाहरु सुलभ रुपमा पाउन सकेका छैनन । सुधार गर्ने प्रशस्त ठाउँहरु छन् (मुडवरी, २०६७) ।

अनुसन्धानबाट प्राप्त तथ्याङ्क अनुसार स्वास्थ्य सम्बन्धी नकारात्मक ज्ञान र व्यवहारलाई हटाई, रुढीवादी धारणा अबै पनि बाकी नै छ भन्ने देखिन्छ । सरकारको नीति अनुरूप खोलिएका स्वास्थ्य संस्थाहरुमा जाँच गराउनका निम्ति पायक र पहुँच नभएको कुरा स्पष्ट हुन्छ । त्यसकारण, स्वास्थ्य सम्बन्धी नकारात्मक ज्ञान र व्यवहारलाई हटाई, रुढीवादी धारणा त्यागी उपलब्ध स्वास्थ्य संस्थाहरुबाट लाभान्वित भई स्वास्थ्यको स्तर सुधार्न प्रोत्साहन गराउनु आवश्यक छ ।

४.४ परिवार नियोजन

इच्छा अनुसारको परिवारको आकार निर्धारण गर्नु परिवार नियोजन अन्तर्गत पर्दछ । आफ्नो स्तर अनुसार परिवारको सदस्यहरुको स्वास्थ्य, शिक्षा र अन्य आवश्यकताहरुको समायोजन गर्न गरिने योजना परिवार नियोजन हो । परिवार नियोजनका विभिन्न साधनहरु 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 ।

४.४.१ परिवार नियोजनको विषयमा खुलेर कुरा गर्ने दम्पति

जनसंख्या वृद्धिसँगै विभिन्न समस्या आइपर्दछन् । शिक्षा, स्वास्थ्य, वातावरण, सुविधा आदि पक्षकहरुको 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. १३ : परिवार नियोजनको विषयमा खुलेर कुरा गर्ने दम्पति

| क्र.सं. | विवरण | संख्या | प्रतिशत |
|---------|-------------------|--------|---------|
| १ | खुलेर कुरा गर्ने | २९९ | ८० |
| २ | खुलेर कुरा नगर्ने | ७५ | २० |
| | जम्मा | ३७४ | १०० |

माथिको तालिका नं. १३ को आधारमा परिवार नियोजनको विषयमा पति पत्नीबीच खुलेर कुरा गर्ने ८०% र खुलेर कुरा नगर्ने २०% रहेको पाइयो । यसमा दम्पति बीच खुलेर कुरा गर्ने भन्दा कुरा नगर्ने कम पाइयो ।

पुरुष र महिला यौनिक क्रियाकलापमा संलग्न भई सामाजिक र सांस्कृतिक एवम् कानून 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 । 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 दिइनु पर्छ ।

४.५ प्राप्ति

भापा जिल्ला बुद्धशान्ति गाउँपालिका वडा नं. १ मा गरिएको अनुसन्धानमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी महिलाको ज्ञान र अभ्यासको खोजी गर्नु रहेकोमा सो सम्बन्धी आएका प्राप्तिहरू यस अनुसार छन् ।

क) उत्तरदाताको शैक्षिक अवस्थामा आठभन्दा माथिमा ४०% सबैभन्दा बढी रहेको पाइयो ।

एस्एलसी भन्दा माथि र साक्षरमा २७/२७ प्रतिशत र निरक्षरमा ६% रहेको पाइयो ।

ख) २१-२५ वर्ष उमेरमा विवाह हुनेको संख्या बढी पाइयो भने १३-१५ वर्ष उमेरमा सबैभन्दा कम पाइयो ।

ग) समुदायमा प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान र जानकारी नभएका ४०.५४% र थाहा भएको ५९.४६% रहेको पाइयो ।

घ) जानकारी माध्यम रेडियो र टेलिभिजन २०%, स्वास्थ्य चौकी १५% र साथीसँगै ३५% रहेको देखियो ।

- ड) गर्भावस्थामा २ पटक गर्भ जाँच गर्न जाने १७.५७% गर्न गएको, ४१.८९% तीन पटक, २९.७३% चार पटक र जाँच गर्न नगएको १०.८१% रहेको पाइयो ।
- च) जुकाको औषधी ३ महिनापछि खाने ३६.४९%, ४ महिना पछि खाने ३७.८३% र ५ महिना पछि खाने १४.८६% र नखाने १०.८१% रहेको पाइयो ।
- छ) गर्भावस्थामा पौष्टिक खाना खाने संख्या २७.०३% र नखाने ७२.९७% रहेको देखियो । घरमा सुत्केरी गराउने २०% र अस्पतालमा गराउने ८०% रहेको पाइयो ।
- ज) सुत्केरी अवस्थामा लामो प्रसव पीडा ४३.२४% र रक्तस्रावको समस्या २०.२७% लाई देखिएको पाइयो ।
- झ) सुत्केरी गराउन अस्पताल लाने संख्या बढी भएकाले निर्लीकृत ब्लेड को प्रयोग धेरै गर्नेको संख्या बढी रहेको पाइयो ।
- ञ) बच्चालाई ६ महिना पछि खाना खुवाउनेका संख्या बढी पाइयो जसमा लिटो खुवाउनेको संख्या बढी रहेको पाइयो ।
- ट) बच्चा विरामी हुँदा स्वास्थ्य चौकी लानेको संख्या बढी भए पनि धामी भाँक्री लगाउनेको संख्या पनि निकै रहेको पाइयो ।
- ठ) पति-पत्नीबीच परिवार नियोजन बारे खुलेर कुरा गर्ने भन्दा खुलेर कुरा नगर्ने कम मात्रामा देखियो ।

परिच्छेदपाँच

निष्कर्ष तथा सुभाव

५.१ निष्कर्ष

भापा जिल्लाको बुद्धशान्ती गाउँपालिका वडा नं. १ मा गर्भवती आमाहरुमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान र अभ्यासको अध्ययन विषयमा गरिएको अध्ययनबाट प्राप्त भएको तथ्याङ्कको व्याख्या र विश्लेषणको आधारमा निम्न निष्कर्ष निकालिएको छ :

यस ठाउँका अधिकांशले २०-२५ वर्षमा नै विवाह गरेका, पहिलो पटक आमा बन्दाको उमेर २०-२५ वर्षका बढी रहेको पाइयो । सुरक्षित मातृत्वबारे जानकारी भएको भन्दा नभएको कम मात्रामा रहेको पाइयो जसको कारण महिलाहरु निकै सचेत हुदै गएको देखिन्छ । तर अझै पनि पूर्णरूपमा सचेत भने देखिदैन किनकी अझै विवाह गर्दाको उमेर र बच्चा जन्माउदको उमेर उपयुक्त उमेर भन्दा अन्य उमेरमा पनि गरेको पाइयो । गर्भधारण पश्चात् स्वास्थ्य जाँच गर्न ४ पटक आवश्यक भए पनि धेरैले ४ पटक स्वास्थ्य जाँच गराएपनि ३ पटक परीक्षण गर्नेको संख्या बढी पाइयो । 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 घरमा नै सुत्केरी गराउने कम रहेको पाइयो जुन राम्रो कुरा हो तर अझै घरमा सुत्केरी गराउने पनि भेटिएकाले चेतनामुलक कार्यक्रम गर्नु आवश्यक देखिएको छ । प्रसव अवस्थामा धेरैलाई लामो प्रसव व्यथा र रक्तस्रावको समस्या देखियो । बच्चा बिरामी हुँदा वैद्यकोमा लैजाने, धामीभाँक्रीको सहयोग लिने भन्दा स्वास्थ्य चौकी लाने संख्या बढी पाइयो । बच्चालाई थप खानाको रुपमा भात र जाउलोभन्दा लिटो खुवाउनेको संख्या बढी रहेको पाइयो । परिवार नियोजनको साधनमा महिला र पुरुष खुलेर कुरा गर्नेको संख्या बढी पाइयो ।

५.२ सुभावहरू

५.२.१ नीति निर्माता तहका लागि सुभाव

हरेक गाउँपालिकामा उपस्वास्थ्य चौकी भए पनि सबैको पायक पर्ने गरी 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 ।

५.२.३ 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 निमित्त 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

- उप्रेती, माला (२०११) रुकुम जिल्लाको पश्चिम क्षेत्रका विवाहित महिलाहरूमा सुरक्षितमातृत्व र परिवार नियोजनको ज्ञान तथा अभ्याससम्बन्धी अध्ययन, अप्रकाशित शोधपत्र, कीर्तिपुर ।
- काफ्ले, रामेश्वर (२०६७), सामुदायिक स्वास्थ्य तथा प्रजनन स्वास्थ्य शिक्षा, काठमाडौं : जुपिटर पब्लिकेशन एन्ड डिस्ट्रिब्युटर्स प्रा.लि., टेकु ।
- खाती, मदनबहादुर (२०१२), बाजुरा जिल्ला कुलदेवमाण्डु गा. वि. स. का दलित र गैर दलित समुदायमा सुरक्षित मातृत्वको ज्ञान तथा अभ्यास सम्बन्धी अध्ययन, स्वास्थ्य, शारीरिक तथा जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग, अप्रकाशित शोधपत्र; त्रि.वि. कीर्तिपुर ।
- तुइतुई, रोशनी (२०६४), गर्भावस्था, काठमाडौं : विद्यार्थी पुस्तक भण्डार, भोटाहिटी ।
- थारु, सरिता र साथीहरू (२०७०), 'काठमाडौं जिल्ला वाडभञ्ज्याङ्ग गा. वि. स. का महिलाहरूमा सुरक्षित मातृत्व सम्बन्धी ज्ञान तथा व्यवहारको अवस्था सम्बन्धी एक स्थलगत अध्ययन', स्वास्थ्य, शारीरिक तथा जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग, अप्रकाशित प्रतिवेदन, त्रि.वि. कीर्तिपुर ।
- दुलाल, कृष्णप्रसाद (२०६८), छात्राको सिकाइ उपलब्धिमा लैङ्गिक विभेदको प्रभाव, अप्रकाशित शोधपत्र, शिक्षा शास्त्र संकाय, सुकुना बहुमुखी क्याम्पस ।
- पोखरेल, सुनिता (२०६४), मा.वि. स्तरका छात्राहरूको प्रजनन स्वास्थ्य सम्बन्धी ज्ञान र त्यसको व्यवहारिक पक्ष, काठमाडौं: अप्रकाशित शोधपत्र मानवीक तथा सामाजिक विज्ञान विभाग, महेन्द्ररत्न बहुमुखी क्याम्पस ।
- पाण्डे, उपासना (२०७० जेठ), शिशुको हेरचाह कसरी गर्ने ?, काठमाडौं, नारी पृ. ७५ ।
- प्रजापति, लक्ष्मीमैया (२०६१), समुदाय स्वास्थ्य नर्सिङ, काठमाडौं : मकालु बुक्स एन्ड स्टेशनरी, कीर्तिपुर ।
- पोखरेल, खगराज (२००८), अर्घाखाँची जिल्ला परेना गा. वि. स. का कामी समुदायका महिलाहरूमा सुरक्षित सुत्केरी सम्बन्धी अध्ययन, स्वास्थ्य, शारीरिक तथा जनसङ्ख्या शिक्षा विभाग, अप्रकाशित शोधपत्र, त्रि.वि. कीर्तिपुर ।

बुढाथोकि, चित्रवहादुर (२०६८), *सामुदायिक स्वास्थ्य तथा सङ्गठन*, काठमाडौं : पिनाकल पब्लिकेशन ।

महर्जन, श्याम कृष्ण (२०७०), *मानवयौनिकता र प्रजनन स्वास्थ्य*, काठमाडौं : सनलाइट पब्लिकेशन ।

मुडवरी, नवराज (२०६७), *स्वास्थ्य शिक्षाका सिद्धान्त र आधारहरु*, काठमाडौं: जुपिटर पब्लिसर्स एन्ड डिष्ट्रिब्युटर्स प्रा.लि., टेकु ।

महतरा, सुरेश (२०६६), *मातृशिशु स्वास्थ्य स्थिति सम्बन्धी अध्ययन*, अप्रकाशित शोधपत्र, शिक्षा शास्त्र संकाय, कीर्तिपुर ।

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 तथा जनसंख्या मन्त्रालय (२०६६), *मातृशिशु तथा बाल्यकालीन पोषण तालिम पुस्तिका*, काठमाडौं : बाल स्वास्थ्य महाशाखा ।

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

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

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

Bhandari, Suresh (2014), *Knowledge and Practice of Safe Motherhood Among Dalit Women in Chaudhary V.D.C. of Bajhang district*
Unpublished Master's thesis, Central Department of HPPE, T. U. Kirtipur.

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

National Demographic and Household Survey 2007. Kathmandu, Nepal : Ministry of Health, Nepal.

Nepal Demographic and Health Survey 2000. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health, Nepal.

Shannon, C. and Weaver, W. (1949). *The Mathematical Theory of Communication*. Urbana and Chicago: University of Illinois Press.

Sharma R and Misra SK. (2011). *Antenatal care and birth preparedness practices among mothers in Mahottari district, Nepal*. Nepal Health Research Council (NHRC) : Kathmandu, Nepal.

Save the Children (2010). *Women on the Frontlines of Health care*, www.googlesearch.com

Subedi D. and Gautam S. (2010). *Midwifery nursing part I*" 1st edition, Wanmaya Publication and Research Center, Kathmandu, Nepal.

UNICEF (2013). *Maternal Health Database*, www.googlesearch.com

Yadav, Sanjiv Kumar (2006). *Trade and practices on safe motherhood in backward community of Siraha district*. An unpublished Master's Thesis. Faculty of Education Department of Health and Population Education, Tribhuvan University, Kirtipur, Kathmandu.

Sauth, Uday Bahadur (2011), *Effectiveness of Safe Delivery Service in Seti Zonal Hospital*. Unpublished Master's Thesis, Kathmandu; CDU, T.U. kirtipur.

अनुसूची-१

अन्तरवार्ता सूची

मिति :

सामान्यप्रश्नावली

अञ्चल :

जिल्ला :

गा.वि.स.:

वार्ड नं:

टोल :

घरमुलीको नाम :

उत्तरदाताको नाम :

जातजाति :

परिवारको किसिम :

धर्म :

भाषा :

पारिवारिक पृष्ठभूमि

| नामथर | उमेर | लिङ्ग | शैक्षिकअवस्था | वैवाहिक स्थिति | पेशा | अन्य |
|-------|------|-------|---------------|-------------------|------|------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

सुरक्षितमातृत्व सम्बन्धीमहिलाहरुलाई प्रश्न

१. तपाईंको विवाहकतिउमेरमाभयो ?

(क) १३-१५

(ख) १६-२०

(ग) २१-२५

(घ) २५ भन्दामाथि

२. सुरक्षितमातृत्वबारे सुन्नुभएको छ ?

(क) छ

(ख) छैन

३. छ भने कहाँबाट सुन्नुभयो ?

(क) रेडियो

(ख) टेलिभिजन

(ग) स्वास्थ्यचौकी

(घ) साथीसँगी

४. छैनभने किन सुन्नुभएनहोला?

(क) वास्तानगरेर

(ख) फुर्सद नभएर

(ग) मन नलागेर

(घ) ज्ञान नभएर

५. तपाईंहालगर्भवती हुनुहुन्छ ?

(क) छु

(ख) छैन

६. पहिलो गर्भाधारण कतिउमेरमाभयो ?

(क) १३-१९

(ख) २०-२४

(ग) २५-३०

(घ) ३१ भन्दामाथि

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 किभएन?
- (क) गएँ (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 जानन पाएर (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 विरामीवा रोग लागेको थियो ?
- (क) थियो (ख) थिएन

२०. थियो भने कुन रोग लागेको थियो ?

उत्तर

२१. गर्भावस्थामा थपपौष्टिक 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) स्वास्थ्यकर्मी

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 गर्नु भयो ?

(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 किनखानुभएको ?

(क) संस्कारको कारणले

(ख) बानीको कारणले

(ग) पीडा भगाउन

३५. बच्चालाई कुनकुनखोप लगाउनु भयो ?

(क) विसीजी

(ख) दादुरा

(ग) डिपिटि

(घ) पोलियो

(ङ) सबै

३६. शिशुलाई हप्तामा कति पटक नुहाउनु हुन्छ ?

(क) ३ पटक

(ख) २

(ग) हप्तामा नुहाइदिन्छु

(घ) दुईहप्तामा एक पटक

३७. बच्चालाई दूधबाहेक अरु थप खाना कहिलेदेखि खुवाउन थाल्नुभयो ?

(क) ६ महिना

(ख) ९ महिना

(ग) १ वर्ष पछि

परिवार नियोजन सम्बन्धी प्रश्नावली

३८. परिवार नियोजनको विषयमा पतिपत्नीबीच खुलेर कुरा गर्नुहुन्छ ?

(क) गर्छु

(ख) गर्दिन

३९. गर्नुहुन्छ भने किन गर्नुहुन्छ ?

(क) लाजलागेर

(ख) डर लागेर

(ग) वास्तानगरेर

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 गर्नु भएको छ ?

(क) पिल्स

(ख) डिपोप्रोभेरा

(ग) कपर्टी

(घ) इन्प्लान्ट

(ङ) कण्डम