

मातृ न्यूनपोषणलाई सम्बोधन गर्नका लागि
स्वास्थ्य क्षेत्रको रणनीति
(२०१३-२०१७)



नेपाल सरकार
स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय
स्वास्थ्य सेवा विभाग

कार्यकारी सारांश

परिचय

नेपालमा धेरै महिलाहरू दीर्घ शक्ति र सूक्ष्मपोषण तत्वको कमी बाट देखिने विकृतीबाट निरन्तर पीडित भइरहेका कारण मातृ न्यूनपोषण महत्वपूर्ण चुनौतीको रूपमा देखिएको छ। दीर्घ शक्तिको कमीको परिणामस्वरूप न्यून शरीर पिण्ड सुचकंक (बि.एम.आई.), होचो कद र बच्चा जन्मदा बढी समस्याहरू देखा पर्ने एवम् जन्मेको बच्चाको तौल कम हुने र यसले कुपोषणको अन्तर-पुस्तागत चक्रतर्फ पनि अग्रसर गराउने गरेको पाइएको छ। महिलाहरूमा हुने गरेको रक्तअल्पता र सूक्ष्मपोषक तत्वको कमी नै आमा र तिनका नवजात शिशुको कमजोर अवस्थासँग सम्बन्धित नतिजाहरूसँग पनि जोडिएको छ। 'नेपाल जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण' (एनडीएचएस) - सन् २०११ अनुसार गर्भवती नभएका १८.२ प्रतिशत महिलाको शरीर पिण्ड सुचकंक (बि.एम.आई.) १८.५ के.जी./एम. २ (BMI<18.5kg/m²) भन्दा कम रहेको छ भने १२ प्रतिशत होचो कदका (१४५ से.मी.भन्दा कम उचाइका) छन्। यस तथ्यले पनि दीर्घ न्यूनपोषणलाई सङ्केत गर्दछ। यसबाहेक, प्रजनन उमेरका ३५ प्रतिशत अर्थात् प्रत्येक तीन महिलामा करिब एकजनामा रक्तअल्पता रहेको पाइएको छ। प्रजनन उमेरका महिलामा सन् २००६ यता यो रक्तअल्पताको समस्यामा एक प्रतिशतले मात्र कमी आएको छ। गर्भवती महिलामा चाहिँ गर्भवती हुँदा 'आइरन'को परिपूरणका लागि निरन्तर गरिएको प्रयत्नका बावजूद पनि रक्तअल्पताको दर सन् २००६ र २०११ को बीचमा ६ प्रतिशतले वृद्धि भएको छ।

स्वास्थ्य क्षेत्रमा पोषणसम्बन्धी सन् २०११ मा भएको पछिल्लो समीक्षाले 'नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम-२' र 'बहु-क्षेत्रगत पोषण योजना' अन्तर्गत कार्यान्वयन गरिने मातृ तथा बाल न्यूनपोषणका मुख्य कारणहरूलाई सम्बोधन गर्नका निम्ति विभिन्न खालका प्रयत्नहरू गर्न सुझाव दिएको छ।

मातृ न्यूनपोषणका कारणहरूको विश्लेषण

'ल्यान्सेट २००८ विश्लेषण ढाँचा'ले अपर्याप्त खाना खानु, पर्याप्त स्याहार नपुग्नु, अस्वस्थकर घरायसी वातावरण र कमजोर स्वास्थ्य हेरचाह नै मातृ न्यूनपोषणका मुख्य कारणहरू रहेको भनी पहिचान गरेको छ र यिनै कुरालाई नेपालको सन्दर्भ र यसमा जन्मदेखि किशोरावस्थाका सबै चरण तथा महिलाको जीवनकाल भरका मान्यता र यथार्थलाई प्रकाश पार्न प्रयोग गरिएको छ। यसमा योगदान गर्ने अरु पक्षहरूमा खासगरी किशोरावस्था र गर्भवती हुँदा सन्तुलित भोजनको आवश्यकताका बारेमा चेतनाको कमी हुनु, खानामा विविधताको कमी तथा समान किसिमबाट खाद्य वितरणमा अवरोधपूर्ण सामाजिक-सांस्कृतिक मान्यता साथै धूमपान, मद्यपान र लागूऔषधको सेवन, अधिक कार्यबोझ र चाँडो-चाँडो बच्चा जन्मने कुराहरू समावेश छन्।

नेपालमा मातृ न्यूनपोषणलाई सम्बोधन गर्ने विद्यमान प्रयत्नहरू

स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयद्वारा गर्भवती महिला र स्तनपान गराइरहेका आमाहरूलाई पूर्व-प्रसूति र प्रसवोत्तर स्याहार सेवाअन्तर्गत सरकारी स्वास्थ्य प्रणालीमार्फत् 'आइरन' र 'फोलिक एसिड' (आइएफए) प्रदान गर्ने गरिएको छ। यसबाहेक, गर्भावस्थाको दोस्रो त्रैमासिक अवधिमा जुकाको औषधि र प्रसवोत्तर महिलाहरूलाई 'भिटामिन ए' (२००,००० आई.यू.)को उच्च मात्रा पनि दिने गरिएको छ। सामाजिक बजारीकरण (social marketing) अभियानको सहयोगमा सबै खानयोग्य नुनमा 'आयोडिन' मिसाउने तथा महिलाका लागि सेवा प्रवाहका विभिन्न सम्पर्क बिन्दुमा परामर्श सेवामार्फत् पोषण र भोजनका बारेमा सचेतना वृद्धि गर्ने कार्यक्रमहरू पनि सञ्चालित छन्। यसबाहेक, देशका केही स्थानहरूमा लक्षित एवम् नमुना प्रयत्नका कामहरू (targeted and pilot interventions) पनि भइरहेका छन्।

विद्यमान प्रयत्नहरूमा कमीकमजोरीहरू

नेपालमा आजसम्म पनि मातृ न्यूनपोषणको समस्या सम्बोधन गर्नेतर्फ विस्तृत रणनीतिको अभाव छ। स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयबाट सञ्चालन भइरहेका प्रयत्नहरूले खानामा विविधता समेतका 'खाद्य-आधारित पद्धति'मा कमैमात्र जोड दिँदै मुख्यरूपमा सूक्ष्मपोषण परिपूरणमै ध्यान केन्द्रित गरेको पाइएको छ। त्यस्तै, जीवनचक्रकै एउटा पद्धतिको रूपमा नियमित स्याहार प्रदान गर्ने तथा असमताका मूल कारणहरूलाई सम्बोधन गर्नेतर्फ पनि कमै मात्र जोड दिइएको छ। किशोरी र महिलाहरूका निम्ति उपयुक्त पोषणसँग सम्बन्धित क्रियाकलापहरूको तर्जुमा, योजना, कार्यान्वयन र अनुगमन गर्न दक्ष जनशक्तिको कमीले सिर्जित अपर्याप्त

संस्थागत क्षमताका कारण कठिनाई उत्पन्न भएको छ। न्यून पोषण र यसको व्यवस्थापनमा देखिएका समस्या चाँडो पत्ता लगाउने पोषण अनुगमन र निरीक्षण प्रणालीको पनि अभाव छ।

स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति

यी कमीकमजोरीमा आधारित रहेर, पोषण प्राविधिक समिति (नुटेक)/स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मातहतमा रहेको कार्यसमूहले 'नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम -२', 'राष्ट्रिय पोषण नीति तथा रणनीति र बहु-क्षेत्र पोषण योजना'अनुरूप यो 'मातृ न्यूनपोषण सम्बोधनका निम्ति स्वास्थ्य क्षेत्र रणनीति' तयार गरेको हो। यसको लक्ष्य नै विशेषगरी अवसरविहीन तथा जोखिममा रहेका समूहको स्वास्थ्य र पोषणलाई केन्द्रित गरी किशोरी तथा गर्भवतीहरूको पोषण र स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउनु हो। दीर्घ मातृ न्यूनपोषण र सूक्ष्मपोषणको कमीबाट देखिने विकृतीलाई तीव्र र दिगोरूपमा न्यून गर्ने यस रणनीतिको उद्देश्य रहेको छ।

रणनीतिले पहिचान गरेका रणनीतिक-पद्धतिहरू निम्न छन्:

- व्यवस्थापन र प्राविधिक सीप अभिवृद्धिका सम्बन्धमा विशेष रूपमा केन्द्रित रहँदै केन्द्र, क्षेत्र र जिल्ला तहमा कार्यक्रमहरूको तर्जुमा, कार्यान्वयन र मूल्याङ्कनका निम्ति सरकारको क्षमता अभिवृद्धिका लागि गरिने संस्थागत सबलीकरण र क्षमता निर्माण।
- समुदायमा आधारित पद्धति समेतका मुख्य स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूमा मातृपोषणलाई समावेश गरी स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूमा मातृपोषणलाई एकीकृत गर्ने कार्य।
- पैरवी, सामुदायिक परिचालन र व्यवहार परिवर्तन गर्ने सञ्चारमार्फत् भोजन र स्याहारको अभ्यास समेतका मातृपोषणसँग सम्बन्धित ज्ञानमा सुधार गर्न समुन्नत मातृपोषणका निम्ति सञ्चार।
- मातृपोषणका प्रयत्नहरूमा उपयुक्त किसिमका गैर-स्वास्थ्य क्षेत्रलाई पनि संलग्न गराई मातृपोषणमा स्वास्थ्य क्षेत्र बाहेकको पनि सहभागिता।
- ज्ञान सबलीकृत गर्न तथा प्रभावकारी मातृपोषण कार्यक्रमका निम्ति प्रमाणमा आधारित योजना, कार्यान्वयन र अनुगमनका निम्ति उत्कृष्ट अभ्याससम्बन्धी जानकारीमा योगदान पुऱ्याउन पोषण निरीक्षण, अनुगमन, मूल्याङ्कन र अनुसन्धान।

यो रणनीतिका लागि एउटा कार्ययोजना तथा अनुगमन संरचना सहितको कार्यान्वयन निर्देशिका निर्माण गरिने छ। यो रणनीति स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयको मातृ-शिशु तथा बालपोषण रणनीतिको एक भागको रूपमा रहने अपेक्षा गरिएको छ।

विषय सूचि

१. पृष्ठभूमि	१
२. पर्याप्त पोषणका लागि महिलाहरूको अधिकार	१
३. नेपालमा हाल भइरहेका पोषणसम्बन्धी प्रयास	२
४. नेपालमा आमाहरूको पोषण अवस्था : चुनौती र अवसर	३
५. न्यून मातृपोषणका कारणहरूको विश्लेषण	६
६. नेपालमा किशोरी तथा न्यूनमातृपोषणसँग सम्बन्धित तत्व	७
७. न्यूनमातृपोषणलाई सम्बोधन गर्न नेपालमा भइरहेका कार्य	९
८. लक्षित कार्यक्रम, परीक्षण कार्यक्रम तथा र भइरहेका अनुसन्धान	१०
९. संचालित कार्यक्रमका कमीकमजोरीहरु	११
१०. रणनीतिको दूरगामी परिदृश्य, लक्ष्य तथा समग्र र विशिष्ट उद्देश्यहरु	१३
११. रणनीतिक विधि तथा तत्वहरु	१३
१२. विशेष रणनीतिक क्षेत्रहरु	१८
१३. यस रणनीतिका अन्य सम्बन्धहरु	१८
सन्दर्भ ग्रन्थहरु	१९
परिशिष्ट	२१

१. पृष्ठभूमि

नेपालमा शिशु, बाल तथा मातृमृत्युदरमा देखिएको उल्लेखनीय गिरावटले बितेको एक दशकमा बाल तथा मातृस्वास्थ्य क्षेत्रमा प्रभावकारी रूपमा सुधार भएको कुरालाई दर्शाउँछ। नेपालमा पोषणको क्षेत्रमा उल्लेखनीय सुधार भएको छ। विशेषगरी भोकमरीका लागि सहस्राब्दी विकास लक्ष्य (MDG) को सूचकांकमा। जस्तो- उमेरअनुसारको वजन नपुग्ने पाँच वर्षमुनिका बच्चाको अनुपात ४.३ प्रतिशत (सन् २०११) बाट घटेर २.९ प्रतिशत (सन् २०११) पुग्यो। त्यसैगरी, न्यून तौल (BMI<18.5kg/m² भन्दा कम) भएका प्रजनन उमेरका महिलाहरूको अनुपात २६ प्रतिशत (सन् २००१) बाट १८.२ प्रतिशत (सन् २०११) पुगेसँगै, महिलाहरूको पोषण अवस्थामा पनि सुधार भएको छ।

उपरोक्त उपलब्धिका बावजुद, कुपोषणको दर विशेष गरेर दीर्घकालीन न्यूनपोषण नेपालमा विश्वको परिप्रेक्ष्यमा अधिक नै रहेको छ। पाँच वर्षमुनिका बच्चामा पुङ्कोपन (stunting) अहिले ४१.५ रहेको छ। समग्र महिलाहरूमध्ये ३५.५ महिलाहरू र ३९ प्रतिशत किशोरीमा रक्तअल्पता हुनु अर्को सरोकारको विषय भएको छ। यस तथ्याङ्कले गएको दश वर्षमा रक्तअल्पताको प्रतिशत घटेको देखाए तापनि यो अझै उच्च नै रहेको छ, यो दर स्तनपान गराउने आमा (३९.५), गर्भवती नभएका र स्तनपान नगराइ रहेका आमा (३३.५) को तुलनामा गर्भवती महिलामा (४८.५) उच्च रहेको छ। यस्तो हुनुमा संभवतः किशोरी अवस्था र गर्भावस्थामा आइरन तत्व र फोलिक एसिडको माग उच्च भए तापनि पर्याप्त मात्रामा नपाउनु हुनसक्छ (NDHS 2011)।

गरिवी उन्मूलन गरी सहस्राब्दी विकास लक्ष्य १ (MDG-1) हासिल गर्नका लागि कुपोषणलाई सम्बोधन गर्ने प्रयासलाई बृहत्तर गर्न आवश्यक छ। सहस्राब्दी विकास लक्ष्य १ को मुख्य उपलब्धि भनेको किशोरी र महिलाहरूका लागि विशेष गरेर गर्भवती हुनुभन्दा अगाडि, गर्भावस्थामा तथा स्तनपान गराइरहेको अवस्थामा पर्याप्त पोषणको सुरक्षा गर्नु हो, किनभने यी समयले महिलाको स्वास्थ्य, गर्भावस्थाको प्रतिफल तथा बालबच्चाउ र वृद्धिमा महत्वपूर्ण भूमिका खेल्छन्। बच्चा जन्मिँदा हुने जटिलताको जोखिम तथा उच्च भ्रूण मृत्युदर र छोटो कदको महिलाहरूमा बढी हुन्छ र यसैगरी रक्तअल्पताले गर्भावस्था तथा प्रसृतिको अवस्थामा हुने मातृ मृत्युदरलाई पाँच दोब्बरले बढाउँछ। (Cessay et al. 1997, Bhutta et. al., 2008) अध्ययनले देखाए अनुसार, पोषणको कमीले समय नपुग्दै बच्चा जन्मिने तथा कम तौलको बच्चा जन्मिने गर्दछ। यसरी जन्ममै तौलको कमी भएको बच्चा दुई वर्ष सम्म पनि राम्रो स्याहार नपुगेको खण्डमा पुङ्को हुन सक्नेछ, जसलाई पुनः सुधार गर्न गाह्रो हुनेछ। त्यसैगरी यस्ता व्यक्तिहरू वयस्क हुँदा पनि होचा नै हुने, उत्कृष्ट शैक्षिक उपलब्धि प्राप्त गर्न नसक्ने, निम्नस्तरको कमाइमात्र गर्न सक्ने र उनीहरूबाट जन्मिने बच्चा पनि कम तौलकै जन्मन सक्ने जस्ता कुरा वास्तविक र वैज्ञानिक रूपमै पुष्टि भएको प्रमाण पाइन्छन्। यसरी अन्तरवंशीय न्यूनपोषणको चक्र निरन्तर नै चलिरहन्छ। उनीहरू जीवनमा पोषणसँग सम्बन्धित दीर्घ रोग जस्तै मधुमेह, मोटोपन तथा मुटु सबन्धि रोगको उच्च जोखिममा हुन्छन्। (Victor, 2008) यसका अतिरिक्त, न्यूनपोषणको प्रभाव तथा विशेषगरी सूक्ष्म पोषणको कमीले देखापर्ने रक्तअल्पताले गर्भवती महिलाको स्वास्थ्यमा प्रभाव पार्नुका साथै आमाका रूपमा प्रदान गर्नुपर्ने सेवा र दक्षतामा असर पर्दछ। अझै पनि अरु विकासशील देशमा, जस्तै- नेपालमा पनि मातृपोषणप्रति ध्यान पर्याप्त छैन। महिलामा परेको कुपोषणको प्रभाव अभिलेखित नभएको मात्र होइन, महिलाको पोषणस्थितिवारे सुधार गर्नका लागि रणनीति, विधि तथा वैकल्पिक कार्यक्रम अझै प्रस्ट रूपले परिभाषित गरिएका छैनन्। (Shrimptom, 2012)

२. पर्याप्त पोषणका लागि महिलाहरूको अधिकार

प्रत्येक नागरिकको पर्याप्त खाना, पोषण तथा स्वास्थ्य सुविधाजस्ता कुरालाई सम्मान र अभिवृद्धि गर्न आवश्यक ठान्ने अन्तर्राष्ट्रिय घोषणापत्र र सम्मेलनको साँक्षी र हस्ताक्षरकर्ता भएअनुसार, नेपाल सरकारले गतिलो र पर्याप्त पोषणलाई आफ्ना नागरिकको एउटा आधारभूत अधिकारका रूपमा प्राथमिकता दिएको छ। यी यस्ता विभिन्न अन्तर्राष्ट्रिय सन्धिसम्झौता तथा घोषणापत्रमा विश्वव्यापी मानवअधिकार सम्बन्धी घोषणापत्र (UDHR), विश्व बालशिखर सम्मेलन, घोषणापत्र, पोषणसम्बन्धी विश्व घोषणापत्र तथा पोषणका लागि कार्ययोजना र खाद्यसुरक्षाका लागि विश्व शिखर सम्मेलन घोषणापत्र आदि पर्दछन्। नेपालले पनि बालअधिकारसम्बन्धी सम्मेलन (CRC), महिलाविरुद्ध हुने सबै खालका भेदभाव उन्मूलनसम्बन्धी सम्मेलन (CEDAW), जातीयतासम्बन्धी सबै खालका भेदभाव उन्मूलनसम्बन्धी सम्मेलन (CERD) र आर्थिक, सांस्कृतिक तथा सामाजिक अधिकारसम्बन्धी अन्तर्राष्ट्रिय सन्धि (ICESCR) मा हस्ताक्षर गरेको छ। साथसाथै सहस्राब्दी विकास लक्ष्य प्राप्तिका लागि उच्च प्रतिबद्धता जाहेर गरी उक्त लक्ष्य प्राप्त गर्ने हेतुले सन् २००० देखि उपयुक्त उपाय अवलम्बन गर्दै आएको छ।

विभिन्न राष्ट्रिय प्रतिवेदनहरू, राष्ट्रिय पोषण नीति तथा रणनीति (२००४), हालसालैको तीन वर्षे योजना (२०१०/११, २०१२/१३), दोस्रो दीर्घकालीन स्वास्थ्य योजना (१९९२-२०१७) र नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम-कार्यान्वयन योजना-२ (NHSP-IP 2, २०११-२०१५) जस्ता कुराको आधारमा नेपाल सरकार पोषण अवस्थामा सुधार गर्न प्रतिबद्ध छ, भन्ने कुरा विश्वास गर्न सकिन्छ।

यी योजना तथा नीतिको आधारमा सरकारले विभिन्न पोषण तथा स्वास्थ्यसम्बन्धी कार्यक्रम कार्यान्वयन गरेको छ, जसमा बढीजसो कार्यक्रम साना बच्चाको आवश्यकतासँग केन्द्रित छन् । स्वास्थ्य सेवा विभागअर्न्तगतको राष्ट्रिय पोषण कार्यक्रमले शुष्मपोषणको कमीबाट हुने विकृतीलाई घटाउने मुख्य उद्देश्यका साथ पोषण कार्यक्रमका माध्यमबाट मातृ तथा शिशु पोषणको अवस्थामा सुधार ल्याउने विविध कार्यहरू गरिरहेका छन् । नेपाल सरकारले यस वर्ष बहुक्षेत्रीय पोषण योजना (MSNP २०११-२०१५) लाई स्वीकृत गरेको छ, जसले बालबालिका तथा महिलाको पोषण अवस्थामा सुधार गर्न, गैरस्वास्थ्य क्षेत्रको भूमिका तथा महत्वलाई पनि परिभाषित गरीएको छ । यो योजनाले मुख्य रूपमा गर्भाधान भएदेखि बच्चा २४ महिनाको उमेर पुगुन्जेलको एक हजार दिनको अवधिलाई विशेष महत्व दिएको छ । (MSNP २०१२)

३. नेपालमा हाल भइरहेका पोषणसम्बन्धी प्रयासहरू

नेपाल सरकार र यसका साझेदारहरूबाट जनताको पोषण अवस्थामा सुधार ल्याउनेसम्बन्धी प्रतिबद्धताको स्तर हालका वर्षमा बढिरहेको छ । यसको सुरुआत सन् २००९ मा सञ्चालन गरिएको *न्युट्रिशन एसिसमेन्ट एण्ड ग्याप एनालाईसिस (NAGA, 2009)* बाट भयो, जसले मुलुकमा व्याप्त न्यूनपोषण समस्यालाई सम्बोधन गर्न बहुक्षेत्रीय विधि अपनाउन सिफारिश गर्‍यो । नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम-कार्यान्वयन योजना-२ (NHSP-IP 2, २०११-२०१५) ले आमा र बालबालिकाको पोषण सुधारमा आशातीत प्रगति नभएको देखाएको थियो, जसले गर्दा, स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले पोषणलाई उच्च प्राथमिकताका लगानी क्षेत्रका रूपमा घोषणा गरेर स्वास्थ्य क्षेत्रका लागि पोषणसँग सम्बन्धित सेवाको पहिचान गरेको छ ।

सन् २०११ मा नेपालमा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र बाह्य विकास साझेदारको तर्फबाट विश्व बैंकद्वारा गठित समीक्षा अध्ययनले, सरकारले स्वास्थ्य क्षेत्रमा आमा र बालबालिकाको न्यूनपोषण हुनुका मुख्य कारणलाई सम्बोधन गर्न स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम -२ (NHSP-2) र बहुक्षेत्रीय पोषण योजना (Multi Sector Nutrition Plan) अर्न्तगत कार्यक्रम गर्नुपर्ने सुझाव दिएको थियो । यो समीक्षा पुस्तिकाले सूक्ष्म पोषणसम्बन्धी कार्यक्रम (आइरन, फोलिक एसिड र आयोडिनयुक्त नुन) र जुकाको औषधी वितरणबाहेक आमाको पोषणका लागि राष्ट्रिय तथा अन्तर्राष्ट्रिय रूपमा पहिचान भएका कार्यक्रमको अभाव छ भन्ने बताउँछ । त्यसैगरी यो समीक्षा अध्ययनले आमाको पोषणमा सुधार ल्याउने कार्यक्रम, साथसाथै न्यूनपोषणको पूरकका रूपमा आइरन, फोलिक एसिड प्रदान र किशोरी अवस्थाका केटीहरूलाई जुकाको औषधी दिने तथा गर्भवती महिलालाई न्यूनपोषणको पूरकका रूपमा क्याल्सियम दिनेजस्ता कार्यक्रमको अझै मूल्यांकन गर्नुपर्ने कुरा सिफारिश गरेको थियो । साथै विश्व स्वास्थ्य संगठनद्वारा सिफारिस गरिएको सुत्केरीपश्चात् महिलालाई दिने पूरक भिटामिन 'ए'को पनि प्राविधिक रूपमा अध्ययन हुनुपर्ने सिफारिस गरिएको थियो ।

आमा तथा बालबालिकामा न्यूनपोषणलाई घटाउन राष्ट्रिय योजना आयोगअर्न्तगत रहने बहुक्षेत्रीय पोषण योजनाले स्वास्थ्य, कृषि, शिक्षा, पानी, सरसफाई र कल्याणकारी क्षेत्रको माध्यमद्वारा उपयुक्त तथा व्यावहारिक तथ्यमा आधारित पोषणसँग सम्बन्धित र संवेदनशील कार्यक्रम सञ्चालन गर्ने उद्देश्य राखेको छ । यो योजना सन् २०१२ मा स्वीकृत भयो र हाल सञ्चालनमा छ । यो योजनाको उद्देश्यमा आमाको शरीरको पिण्ड सूचकांक (BMI) मा सुधार गर्ने र आउँदो पाँच वर्षभित्र पुड्का बालबालिकाको प्रतिशतलाई एक तिहाइले घटाउने, र उक्त उद्देश्यप्राप्तिका लागि राष्ट्रिय योजना आयोग र सम्बन्धित मन्त्रालयको क्षमता अभिवृद्धि गर्ने रहेका छन् । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयमार्फत प्रयोगमा ल्याइएका, सफल प्रमाणित पोषणसम्बन्धी कार्यक्रम तथा गैरसरकारी क्षेत्रद्वारा सञ्चालित पोषणसम्बन्धी संवेदनशील कार्यक्रमको माध्यमबाट गर्भावस्थादेखि २४ महिनाको उमेर बालबालिकामा चाहिने पौष्टिक तत्वको आवश्यकतालाई सम्बोधन गरी मातृपोषणमा सुधार तथा बालबालिकामा देखिने न्यूनपोषण घटाउने आशा गरिएको छ । यसरी यस्ता पोषणसम्बन्धी कार्यक्रमले पोषिलो खानेकुरा उपलब्ध गराएर, संक्रमित रोगबाट बचाएर, आमा नवजात शिशु तथा बालबालिकामा पोषणको कमीलाई सुधार गर्ने परिवार तथा समुदायभित्रैका न्यूनपोषणसम्बन्धी कारणलाई सम्बोधन गर्नेछ । यस्ता पोषण सुधारोन्मुख कार्यक्रम भित्र उपलब्धता, सामर्थ्यता, गुणस्तर आदीको सुनिश्चित गर्दै खाद्यान्नको पहुँच, खानाको सही उपयोग, सरसफाई र शुद्ध पिउने पानीको उपलब्धता तथा व्यावहारिक परिवर्तनका लागि जनचेतना जगाउनेजस्ता कार्यक्रमहरू पर्दछन् । योजनाको अर्को पाटोको रूपमा समतामूलक र समावेशी ढंगले पोषणमा सहयोग गर्न केन्द्र, जिल्ला तथा सामुदायिक स्तरदेखि नै सरकार/राज्यलाई सक्षम र सशक्त बनाउन आवश्यक छ ।

पोषणका मुख्य क्षेत्रमा सरसल्लाह दिएर सहयोग प्रदान गर्न, मन्त्रालय, अन्तर्राष्ट्रिय दातृ निकाय, साझेदार र प्राविधिक विज्ञसँग संवाद सहज गराउन र पोषणको उद्देश्य, रणनीति र योजनामा भएका उपलब्धिको अनुगमन गर्न सन् २०११ मा स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयअर्न्तगत एक पोषण प्राविधिक समिति (NUTEC) स्थापना गरिएको थियो । यस समिति अर्न्तगत आमाको पोषणसँग काम गर्ने कार्यदलले मातृ न्यूनपोषणका कारणलाई सम्बोधन गर्ने रणनीति बनाउन समन्वय गरिरहेका छन् ।

८. नेपालमा मातृपोषणको अवस्था, चुनौती र असरहरू

स्थिति तथा चुनौती

नेपालमा मातृ कुपोषण एउटा प्रमुख चुनौतीको रूपमा रहेको छ। नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०११ का अनुसार राष्ट्रिय स्तरमा १८.२५ गर्भवती नभएका महिलामा न्यूनपोषित अथवा दीर्घकालीन शक्तियुक्त पोषण विकृती (BMI<18.5kg/m²) पाइयो। त्यसैगरी १४५ महिला मोटोपना भएका छन्, जुन सन् २००६ को भन्दा ५५ बढी हो। दीर्घकालीन शक्तियुक्त पोषण विकृतीको जोखिममा विशेषगरी १५ देखि १९ वर्षका किशोरी, तराईमा बस्ने महिला, पश्चिम पहाड, सुदूरपश्चिम विकास क्षेत्र, औपचारिक रूपमा स्कूल नगएका महिला र आर्थिक अवस्था कमजोर रहेका महिला रहेका छन्। उमेर नाघेका, आर्थिक स्थिति राम्रो भएका र सहरी क्षेत्रमा बसोबास गर्ने महिला मुख्य रूपमा मोटोपना भएका महिलामा पर्दछन्। यसरी महिलामा देखिएको न्यून तथा उच्च तौल दुवै अवस्था, देशमा आउन सक्ने सम्भावित कुपोषणको दोहोरो भारको संकेत हो। त्यसैगरी यसले न्यूनपोषण र संक्रमण घटाउने कार्यक्रमका अतिरिक्त पोषणसँग सम्बन्धित र एकअर्कामा नसर्ने रोगको रोकथाम तथा उपचारसँग सम्बन्धित स्वास्थ्य पद्धतिको आवश्यकतालाई पनि सूचित गर्दछ।

नेपालमा महिलाहरू सामान्यतया छोटो कदका छन्। नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०११ का अनुसार १२५ महिलाहरू उनीहरूको उमेर अनुसार हुनुपर्ने उचाइ नभएका अथवा १४५ से.मी. भन्दा होचा छन्, यो दीर्घकालीन न्यूनपोषणको संकेत हो। यसरी होचो हुने जोखिममा, ग्रामीण क्षेत्रमा बसोबास गर्ने, थोरै पढेका र आर्थिक स्थिति कमजोर भएका महिलाहरू पर्दछन्। होचो कद हुनु, बाल्यकालमा पुडकोपनाको उच्च सम्भावित परिणाम हो। साथै बच्चाहरू जो राम्रोसँग वृद्धि हुँदैनन् र पुडका हुन्छन्, तिनीहरू पछिसम्म पुडकै रहन्छन्, जसले गर्दा जनसंख्यामा कुपोषणको चक्र पुस्तौंसम्म प्रतिबिम्बित भइरहन्छ।

किशोरीहरूमा पोषणको अवस्था भन्नु खराब छ। २५.८ प्रतिशत किशोरीहरूको शरीर पिण्ड सूचकांक (BMI <18.5 kg/m²) निकै कम छ, जबकि प्रजनन उमेरका १८.२ प्रतिशत महिलामा मात्र यो समस्या छ। सन् २००१ र २००६ को तथ्याङ्कअनुसार किशोरीहरू (१५ देखि १९ उमेर समूह) को शरीर पिण्ड सूचकांक (BMI) कम हुनुमा कुनै प्रस्ट प्रवृत्ति छैन र यस अवधिमा शरीर पिण्ड सूचकांकमा (BMI) कमी भन्नु ३ प्रतिशतले बढेको देखिन्छ। तर सन् २००६ र २०११ को बीचमा यो सूचकाङ्कको अनुपात करिब स्थिर रहयो। सन् २००६ मा शरीर पिण्ड सूचकाङ्क (BMI) कम भएका किशोरीहरूको अनुपात २६.३ प्रतिशत थियो भने सन् २०११ मा सो अनुपात २५.८ प्रतिशत भयो। यो न्यून रूपमा घटेको दर त्यही अवधिमा वयस्क महिलामा ६ प्रतिशतले घटेको दर भन्दा कम हो। त्यसैगरी बितेको ५ वर्षमा किशोरीहरूमा रक्तअल्पताको दर ३९ प्रतिशतको हाराहारीमा स्थिर रहयो। नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण सन् २००६ र २०११ दुवैले किशोरीहरूमा रक्तअल्पताको अनुपात गर्भवती नभएका महिलाको भन्दा बढी देखिएको छ।

वास्तवमा, नेपालका बहुसंख्यक महिला रक्तअल्पता र अन्य सूक्ष्म पोषणतत्वको कमीले हुने विकृतीबाट प्रभावित छन्। नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०११ अनुसार, प्रजनन उमेरका एक तिहाइ महिला (३५ प्रतिशत) रक्तअल्पता छ, जुन सन् २००६ को सर्वेक्षणमा भन्दा एक प्रतिशतले घटेको हो। रक्तअल्पताको दर गर्भवती (४८ प्रतिशत) र स्तनपान गराइरहेका (३९ प्रतिशत) महिलाहरूमा अन्य महिला (३३ प्रतिशत) मा भन्दा बढी छ। यसका अतिरिक्त रक्तअल्पताको दर गर्भवती महिलाहरूमा सन् २००६ भन्दा सन् २०११ मा ६ प्रतिशतले बढेको छ (तालिका नं. १)। सबै समूहका महिलामा वर्तमान रक्तअल्पताको दर विश्व स्वास्थ्य सङ्गठनले दिइएको मध्यमखाले ($\geq 20-39\%$) र कडाखाले ($\geq 40\%$) स्वास्थ्य समस्याको विन्दु भन्दा माथि रहेको छ।

तालिका नं. १ : सन् २००६ र २०११ मा नेपालका महिलाहरूको रक्तअल्पता दर (नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २००६ र २०११)

रक्तअल्पताको अवस्था (प्रतिशतमा)		
	सन् २००६	सन् २०११
गर्भवती महिला	४२.४	४७.६
स्तनपान गराइरहेका महिला	४०.३	३८.९
गर्भवती नभएका महिला	२८.५	३३.०
किशोरीहरू	३९.०	३८.५

उपरोक्त तालिकामा उल्लेखित दर प्रतिशतले रक्तअल्पतासम्बन्धी महत्वपूर्ण तथ्य उजागर गर्न सकेको छैन । उदाहरणका लागि सहरी क्षेत्रमा भन्दा ग्रामीण क्षेत्रमा र पहाडी तथा हिमाली क्षेत्रमा भन्दा तराईमा बसोबास गर्ने महिलामा रक्तअल्पताको जोखिम बढी हुने तथा आर्थिक स्थिति र पढाइको स्तरले पार्ने रक्तअल्पताको जोखिम बढाउने कुरा देखाएको छैन ।

रक्तअल्पतामा बाहेक, सूक्ष्म पोषणतत्वको कमीको मूल्याङ्कन गर्ने राष्ट्रिय स्तरको अध्ययन नेपाली महिलामा अहिलेसम्म गरिएको छैन । थोरै स्थानीय स्तरमा गरिएका अध्ययन भने उपलब्ध छन्, जसबाट सूक्ष्म पोषकतत्वका कमीको दर अनुमान गर्न कठिन छ । अधिकांश विकासोन्मुख देशमा जस्तै नेपाली महिलामा बढी रक्तअल्पता आइरनको कमीका कारणले भएको महसुस गरिएको छ । ड्रेफुस (सन् २०००) लगायतले गरेको अध्ययनअनुसार तराई क्षेत्रमा बस्ने ७३ प्रतिशत गर्भवती महिलामा रक्तअल्पता पाइएको छ, जसमध्ये ८८ प्रतिशत आइरनको कमीका कारणले भएको छ । काठमाडौं उपत्यकाको सहरी क्षेत्र भक्तपुर जिल्लामा गरिएको अध्ययनमा आइरनको कमी (Plasma Ferritin < 15 ug/1) तुलनात्मक रूपमा स्वस्थ र गर्भवती नभएका १३-३५ वर्ष उमेरका महिलाहरूमा २० प्रतिशत पाइएको छ (Chandyo et al. 2007) ।

विश्व स्वास्थ्य संगठनका अनुसार भिटामिन 'ए'को कमी, बितेका दुई दशकमा गरिएको उच्च प्रयासका बावजूद नेपालका महिलामा जनस्वास्थ्य समस्याका रूपमा अभूत रहेको हुन सक्छ । नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २००६ को प्रतिवेदन अनुसार ५.२ प्रतिशत गर्भवती महिलाहरू आफ्नो अन्तिमपटकको गर्भावस्थामा रतन्धोबाट प्रभावित छन्, जुन नेपालमा सूक्ष्म पोषकतत्वको स्थिति सर्वेक्षण १९९८ को प्रतिवेदनअनुसारको १६.७ प्रतिशतभन्दा प्रभावकारी रूपमा घटेको छ (सन् २०११ को नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षणमा महिलामा रतन्धोको प्रतिवेदन प्रकाशित गरिएको छैन) । नेपाल सूक्ष्म पोषणतत्व स्थिति सर्वेक्षण १९९८ ले पनि १६.६ प्रतिशत नेपाली महिलामा भिटामिन 'ए'को कमीले देखिने विकृति (Serim retinol concentration < 0.7umol/l) भएको पाइएको थियो र Dreyfuss ले सन् २००० मा तराईका महिलाहरूमा गरेको अध्ययनले सर्वेक्षण गरिएको स्थानमा ५४ प्रतिशत गर्भवती महिलाहरू भिटामिन 'ए' को कमीबाट प्रभावित भएको पाएको थियो ।

पिसाबबाट निस्कने आयोडिनसँग सम्बन्धित सर्वेक्षणले आयोडिनको कमी नेपाली महिलामा मुख्य समस्याको रूपमा नरहेको सुझाएका छन् । सन् २००५ (MOHP et al; 2005) र २००७ (GON, 2007) मा गरिएको नेपालमा आयोडिनको कमीबाट हुने विकृतीसम्बन्धी सर्वेक्षणअनुसार नेपाली जनसंख्यामा पिसाबमा हुने आयोडिनको क्रमशः १८८ माइक्रोग्राम प्रतिलिटर र २०२.९ माइक्रोग्राम प्रति लिटर पाइएको थियो । आयोडिनको कमीले हुने समस्याको नियन्त्रण गर्ने अन्तर्राष्ट्रिय परिषद् (ICCIDD) का अनुसार, स्तनपान गराइरहेका महिलाका पिसाबमा हुने आयोडिन १०० माइक्रोग्राम प्रतिलिटरभन्दा बढी र गर्भवती महिलाको १५० माइक्रोग्राम प्रतिलिटर वा सो भन्दा बढी आयोडिन भएमा ती समूहहरू आयोडिनको कमीबाट मुक्त भएको हुनसक्ने सम्भावनालाई दर्शाउँछ । नेपाली महिलाको पिसाबमा आयोडिन बढी देखिनुमा आयोडिनयुक्त नुन देशभरी प्रयोग हुनु एउटा प्रमुख सम्भावित कारण हो ।

नेपाल जनसांख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २०११ ले ८० प्रतिशत नेपाली घरमा पर्याप्त मात्रामा आयोडिन भएको नुन प्रयोग गरिएको देखाएको छ, जुन विश्व स्वास्थ्य संगठनद्वारा सिफारिस गरिएको, राष्ट्रिय आयोडिन नुन कार्यक्रमले आयोडिनको कमी हुने विकृती उन्मूलन पूरा गर्नुपर्ने, ९० प्रतिशत कभरेजभन्दा केही मात्र कमी हो । तथापि, यी अड्कले कभरेजमा देखिने ठूलो भिन्नतालाई देखाउँदैनन् । उदाहरणका लागि सहरी क्षेत्रमा बसोबास गर्ने ९२ प्रतिशत महिलाको घरमा (परीक्षण गरिएका) आयोडिनयुक्त नुन छ भने ग्रामीण क्षेत्रमा बसोबास गर्ने ७३ प्रतिशत महिलाको घरमा मात्र आयोडिनयुक्त नुन उपलब्ध छ । अन्य कम कभरेजका कारणमा सुदूरपश्चिम विकास क्षेत्रको बसाइ, स्कुल नगएका र आर्थिक स्थिति कमजोर भएका घर छन् । वास्तवमा आर्थिक स्थिति कमजोर भएका ५५ प्रतिशत महिलाको घरमा मात्र आयोडिनयुक्त नुनको पहुँच छ, जबकि आर्थिक स्थिति राम्रो भएका ९७ प्रतिशत महिलाको घरमा आयोडिनयुक्त नुनको पहुँच छ । नेपालमा आयोडिनको कमीले हुने समस्याको उन्मूलनबारेमा अनुमान गर्न हालसालको बायोकेमिकल तथ्याङ्क उपयोगी हुन्छ । यस्तो अवस्थामा आयोडिनयुक्त नुनको कभरेज विशेष गरी, आयोडिनयुक्त नुनको पहुँच कम भएका क्षेत्रमा बढाउन उच्च र दिगो प्रयासको खाँचो छ ।

नेपालका महिलामा जिङ्को अवस्थाबारे कुनै राष्ट्रिय स्तरको तथ्याङ्क उपलब्ध छैन, तथापि क्षेत्रीय स्तरमा गरिएका अध्ययनले जिङ्को कमी प्रमुख समस्या हुन सक्छ भनी सुझाएका छन् । जिङ्को कमी सहरी क्षेत्रका तीन चौथाइ (७८-९० प्रतिशत) गर्भवती नभएका महिलामा भएको कुरा भक्तपुर जिल्लामा गरिएको अध्ययनले देखाएको छ (Chandyo et al. 2009) । जियाङ्ग लगायतले २००५ मा गरेको अध्ययनले तराईमा बसोबास गर्ने ६१ प्रतिशत गर्भवती महिलामा जिङ्को कमी भएको पाएको थियो, तिनै गर्भवती महिलामा भिटामिनको कमी पनि पाइएको थियो (७ प्रतिशतमा भिटामिन E, १४ प्रतिशतमा D, ३३ प्रतिशतमा B2, ४० प्रतिशतमा B6, २८ प्रतिशतमा B1 र १२ प्रतिशतमा फेलेट), यसले नेपालका महिलामा विभिन्न किसिमका सूक्ष्मपोषक तत्वको कमी भएको सङ्केत गर्दछ ।

नेपालका महिलामा क्यालसियमको कमीले हुने समस्याका बारेमा जानकारीको भने कमी छ ।

असर

दीर्घकालीन शक्तिको कमी बाट हुने विकृती

दीर्घकालीन शक्तिको कमीले हुने विकृती गर्दा शरीर पिण्ड सूचकाङ्क (BMI) कम हुने, छोटो कद (Short stature) हुने तथा जन्मेको बच्चा राम्रो नहुन सक्छ। जस्तो- जन्मँदा कम तौलको हुनु। यसबाट कुपोषणको पुस्तौ पुस्ता चल्ने चक्रको सुरुआत हुनथाल्छ। आमाको उचाई र कम शरीर पिण्ड सूचकाङ्क (BMI) दुवै, गर्भावस्थाको प्रतिकूल परिणामहरूको भविष्यवाणी गरे तापनि, गर्भवती हुनुभन्दा अगाडिको शरीर पिण्ड सूचकाङ्क (BMI), गर्भावस्थामा प्राप्त गर्ने तौल र आमाको उचाईको आधारमा पनि जन्मिने बच्चाको आकार अनुमान गर्न सकिन्छ, (Christian, 2010)। विश्व स्वास्थ्य संगठनको समष्टिगत विश्लेषण (Meta Analysis)को प्रारम्भिक नतिजाको आधारमा गर्भवती/प्रजनन उमेरका पुढको आमाहरूमा बढि गरेर पाठेघरको आयतनमा हुने समस्या, भ्रूणको वृद्धिमा हुने जोखिम तथा बच्चा जन्मँदा शल्यक्रिया (Caesarean delivery) गर्नुपर्ने पाइएको छ (विश्व स्वास्थ्य संगठन, १९९५)। हालसालै ५४ वटा देशमा गरिएको १०९ वटा जनसाङ्ख्यिक स्वास्थ्य सर्वेक्षणको समष्टिगत विश्लेषण (Meta Analysis) अनुसार उचाई बढी भएका आमाबाट जन्मिएका बच्चामा भन्दा पुढको आमा (<१४५ से.मी.)बाट जन्मिएका बच्चामा मृत्युको जोखिम ४० प्रतिशत बढी र पुढको हुने जोखिम ७० प्रतिशत बढी रहेको पाइएको छ (Ozaltin et al. 2010)।

प्रमुख सूक्ष्मपोषक तत्वको कमी देखिने विकृती

रक्तअल्पता र सूक्ष्मपोषकतत्वको विकृतीहरू शिशु जन्मँदा आमा र शिशुको स्वास्थ्यको प्रतिफलसँग सम्बन्धित हुन्छन्। आमामा हुने रक्तअल्पता, विशेष गरेर गर्भावस्थामा हुने रक्तअल्पताले कम तौल भएको बच्चा जन्मिने, समय नपुग्दै बच्चा जन्मिने, शिशु तथा आमाको मृत्यु हुनसक्ने र शिशुमा आइरनको कमीबाट हुने विकृतीको जोखिम बढ्ने, बच्चाको मानसिक तथा मनोक्रियात्मक तथा दिमागको विकास नभई पछि अध्ययनमा असर पार्न सक्ने हुन्छ। समग्रमा विकासोन्मुख देशमा आइरनको कमीबाट हुने रक्तअल्पताले गर्दा आमा तथा पेटमा भएको बच्चाको मृत्युदर २० प्रतिशत रहेको छ (Bhutta et al., 2008)। विभिन्न अध्ययनले दिएका सुझावको आधारमा आइरनको कमीले गर्दा थकाई लाग्ने र वयस्कमा कार्यशक्तिमा ह्रास आउने हुन्छ। दशवटा विकासोन्मुख देशको अनुमानको आधारमा आइरनको कमीले गर्दा वार्षिक शारीरिक उत्पादकत्व मूल्य लगभग २.३२ डलर प्रतिव्यक्तिले घट्छ, जुन कूल गाहस्थ उत्पादनको ०.५७ प्रतिशत हो। जबकि कूल घाटा (शारीरिक तथा बौद्धिक) १६.७८ डलर प्रतिव्यक्ति हुन्छ, जुन कूल गाहस्थ उत्पादनको ४.०५ प्रतिशत हुन्छ (Harton and Ross, 2003)।

महिलामा देखिने भिटामिन 'ए' विकृतीको परिणामस्वरूप बच्चामा जिरोपथेलमिया, अन्धोपना, विरामीदर तथा मृत्युदरको जोखिम बढाएको छ। गर्भावस्थामा आमाले प्राप्त गर्ने अपर्याप्त भिटामिन 'ए'ले गर्दा रतन्धो हुने र त्यस्तो आमाबाट जन्मेको बच्चा राम्रो नहुने साथै भ्रूणका अङ्गप्रत्यङ्गको राम्रो विकास नहुने र भ्रूणको मृत्युसमेत हुन सक्छ। नेपालमा भएको एउटा अध्ययनले रतन्धो बाट पीडित आमामा मुत्रनलीको सङ्क्रमण तथा फाडापखाला वा आउको जोखिम बढेको पाइएको छ -जुन एउटा भिटामिन 'ए' को कमीको सूचकाङ्क हो (Christian et al. 1998)। भिटामिन 'ए', भिटामिन 'बि ६', भिटामिन 'बि १२' र फोलिक एसिडको कमीले पनि आमामा रक्तअल्पता हुने गर्दछ।

गर्भवती हुनु भन्दा अगाडी र गर्भावस्थामा हुने आयोडिनको कमीले आमाको गर्भको प्रतिफल खराब हुनुका साथै उक्त आमाबाट जन्मिने शिशु तथा बच्चाको विकास र बचाउमा नकारात्मक प्रभाव पार्दछ। आमामा हुने आयोडिनको अत्यधिक कमीले आमामा गलगण्ड आउने तथा तिनीको बच्चामा मस्तिष्क तथा स्नायु प्रणालीमा सुधार गर्न नसकिने गरी क्षति पुग्दछ। आमामा आयोडिनको अत्यधिक कमी भएमा, गर्भपतन, बच्चा गर्भमै छँदा मर्ने र मरेको बच्चा जन्मिनेजस्ता जोखिमसँग सम्बन्धित हुन्छ। यसका अतिरिक्त गर्भावस्थामा आमामा हुने आयोडिनको सामान्य र मध्यमखालको कमीले पनि शिशु तथा बच्चाको बौद्धिक तथा शारीरिक क्रियामा प्रभाव पार्दछ। आयोडिनको कमी, बच्चामा बौद्धिक विकास राम्रो नहुनु मुख्य कारण हो र यसले औसतमा १३.५ प्वाइन्ट बौद्धिक क्षमता घटाउँछ (Bleicurodt and Born 1994)।

गर्भावस्थाको पहिलो केही हप्तामा आमामा फोलेटको कमीले न्युरल ट्युब डिफेक्ट निम्त्याउँने, जसले जन्मजात विकृतीको परिणाम स्वरूप भ्रूणको मस्तिष्क र मेरुदण्डको सुपुंनमा क्षति पुग्ने गर्दछ। साथै बच्चा पेटमै मर्ने र शिशु मृत्युको जोखिम उच्च हुन्छ।

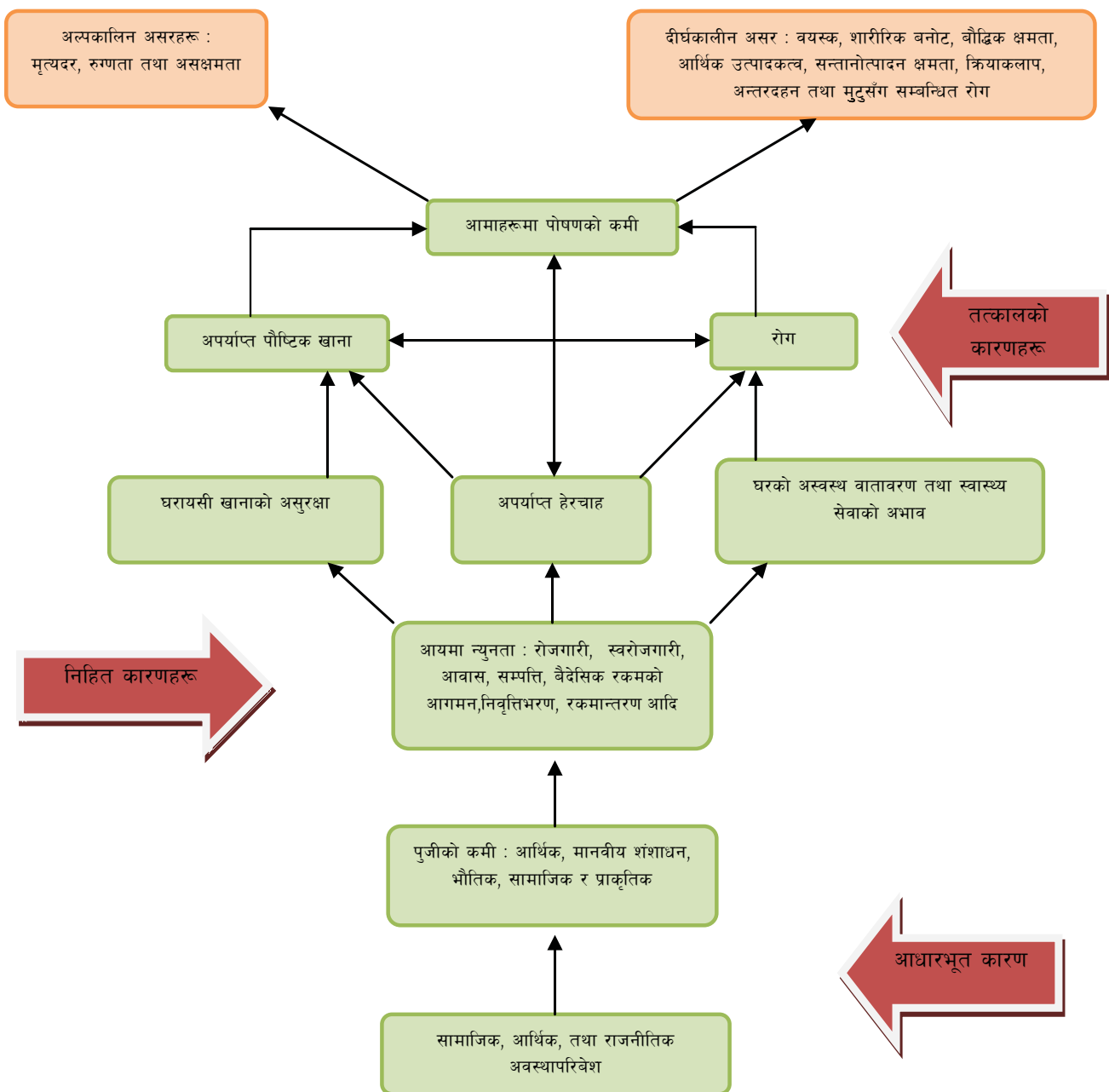
जिङ्को कमीले रोगसँग लड्ने प्रतिरोधात्मक क्षमता तथा महिलाको सङ्क्रमणसँग लड्ने क्षमता घटाउँछ, जसले गर्दा महिलामा नकारात्मक असर पार्नुका साथै सङ्क्रमणले कडा रूप लिन्छ। आमाहरूको रक्तकोषिकामा जिङ्को न्यून सञ्चारले समय नपुग्दै बच्चा जन्मिने, कम तौल भएको बच्चा जन्मिने तथा गर्भावस्थाको जटिलता जसमा लामो समयसम्म व्यथा लाग्ने, उच्च रक्तचाप हुने, बच्चा जन्मिएपछि रक्तश्राव बढि हुने, गर्भपतन हुने तथा बच्चामा जन्मजात विकृतिहरू देखा पर्ने हुन्छ।

त्यसैगरी क्यालसियमको कमीले गर्दा गर्भवती आमामा गर्भावस्थामा उच्च रक्तचापको जोखिम हुने भएकाले खानामा क्यालसियमको मात्रा कम भएका क्षेत्रमा उच्च रक्तचाप र समय नपुगी बच्चा जन्मनेको रोकथामका लागि गर्भावस्थामा क्यालसियम दिनुपर्दछ, (WHO, 2011: Lancet, 2013) ।

५. मातृ न्यूनपोषणका कारणको विश्लेषण

संयुक्त राष्ट्रसंघीय बालकोष (युनिसेफ १९९०)द्वारा तयार गरिएको र पछि लेनसेट (Black et al. 2008) ले अगाँलेको मातृ तथा बाल न्यूनपोषणका कारणका अवधारणागत ढाँचालाई, न्यूनपोषणका विभिन्न कारण बुझ्न सबैभन्दा उपयुक्त तरिकाको रूपमा व्यापक रूपमा स्विकारिएको छ ।

नमूना चित्र १ : कुपोषणका कारणलाई विश्लेषण गर्ने अवधारणागत ढाँचा



यस रणनीतिले किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराउने महिलाहरूको पोषणको स्थितिमा प्रभाव पार्ने नेपाली वास्तविकताको यथार्थ चित्रण गर्ने सन्दर्भ सामग्रीमा आधारित विश्वव्यापी अवधारणागत ढाँचालाई अपनाएको छ ।

६. नेपालमा किशोरी तथा मातृ न्यूनपोषणसाग सम्बन्धित तत्व

	किशोरी	गर्भवती आमा	स्तनपान गराइरहेका आमा
१. पोषिलो खानाको सेवन	<ul style="list-style-type: none"> • तिव्र शारीरिक वृद्धिको कारणले पोषण तत्वलगायत सूक्ष्म पोषण तत्व (आइरन/फोलिक एसिड, जिङ्क र क्याल्सियम)को बढी आवश्यकता • खानामा विभिन्न प्रकारमा विविधताको कमी (अन्न, गेडागुडी, फलफूल र हरिया सागपात एवं पशुजन्य खाद्यपदार्थ) • उपयुक्त खाद्यवस्तु, खाद्यवस्तुको महत्व, स्वस्थ खानपान व्यवहारबारे ज्ञानको कमी । • तिव्र शारीरिक वृद्धिका कारणले बढ्दो आहार आवश्यकतालाई पूरा गर्न नसक्नु । 	<ul style="list-style-type: none"> • गर्भावस्थामा पोषण तत्वलगायत सूक्ष्म पोषण तत्व (आइरन/फोलिक एसिड, जिङ्क र क्याल्सियम)को बढी आवश्यकता • खानामा विभिन्न प्रकारमा विविधताको कमी • अपर्याप्त पोषिलो खाना खानु (गुणस्तर, मात्रा) र खाना थोरै पटक खानु • गर्भवती हुनुभन्दा अगाडि तौल र उचाई कम हुनु । • किशोरी अवस्थोदेखि खाने बानी गलत हुनु । • बिहान बिहानै हुने वान्ता/बिरामी हुनु । 	<ul style="list-style-type: none"> • स्तनपानको अवधिमा पोषणको आवश्यकता पूरा नहुनु (गर्भावस्थाको समयभन्दा बढी पोषण चाहिने समयमा) • सूक्ष्म पोषक तत्व (आइरन/फोलिक एसिड, जिङ्क, क्याल्सियम, आयोडिन तथा भिटामिन ए) को बढी आवश्यकता हुनु • अपर्याप्त खानाको सेवन (गुणस्तर, मात्रा र खानाको विविधतामा कमी), खानाको अभावको कारण, चे तनाको कमी र परम्परागत विश्वासले खाना खानु ।
२. हेरचाह	<ul style="list-style-type: none"> • किशोरी र तिनीका आमाबाबुमा पोषण प्रजनन स्वास्थ्य र स्वस्थ व्यवहार र संक्रमणको रोकथाम (परजीवी, एच.आइ.भी. एडस, यौन रोग आदि)का बारेमा चेतनाको कमी हुनु । • आमाबाबुले समय दिन नसक्नु । • घर, विद्यालय तथा समुदायमा किशोरी मैत्री वातावरण नहुनु । • जोखिमपूर्ण बानी तथा लत हुनु (धुम्रपान, मध्यपान तथा ड्रग खाने बानी) • अधिक कार्यभार हुनु । • खाना नखाने सनक र पातलो शरीर 	<ul style="list-style-type: none"> • गर्भवती महिलामा पोषणको आवश्यकता, स्थानीय स्तरमा उपलब्ध खाद्यवस्तुको पोषणको महत्व, स्वस्थकर बानीव्यवहोरा (घरयसी स्तरमा खाना प्रशोधन गर्ने र पकाउने लगायत) र संक्रमणको रोकथाम (परजीवी, एच.आइ.भी. एडस, यौन रोग आदि) का बारेमा चेतनाको कमी हुनु । • गर्भावस्थालाई एउटा विशेष अवस्थाको रूपमा नबुझेर घरपरिवारले गर्भवतीलाई आराम गर्न र पर्याप्त पोषणयुक्त खाना खान सहयोग नगर्नु । • अधिक कार्यभार । • जोखिमपूर्ण लत तथा बानी (धुम्रपान तथा मध्यपान) • स्वास्थ्योपचारका लागि परिवारको सहयोग कम हुनु । 	<ul style="list-style-type: none"> • पोषण, स्थानीय खाद्यवस्तुको महत्व, खाना प्रशोधन गर्ने, पकाउने लगायत र संक्रमणको रोकथाम (परजीवी, एच.आइ.भी. एडस, यौन रोग आदि) का बारेमा महिला र परिवारमा चेतनाको कमी हुनु । • अपर्याप्त आराम र अधिक कार्यभार हुनु (महिलाहरूको उत्पादनशील क्षेत्रमा, प्रजननमा र समुदायमा उत्तिकै भूमिका हुनु) • घर (श्रीमान र अन्य हेरचाह गर्नेबाट) र समुदाय (पोषणयुक्त खाना, मात्रा र पटक तथा आराम)बाट सहयोगी वातावरण नहुनु । • जोखिमपूर्ण लत तथा बानीहरू (धुम्रपान तथा मध्यपान) • स्वास्थ्योपचारका लागि परिवारको सहयोग कम हुनु ।

<p>३. स्वास्थ्य तथा वातावरण</p>	<ul style="list-style-type: none"> • किशोरीसँग सम्बन्धित स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रम (प्रजनन स्वास्थ्य, संक्रमण नियन्त्रण, पोषण परामर्श) अपर्याप्त हुनु । • संक्रमण भइरहनु (परजीवी, यौनजन्य रोग, भाडापखाला) र एच.आई.भी. हुनु । • मानसिक तथा सामाजिक अस्वस्थता । • विशेषगरी विद्यालयमा सुरक्षित पानी तथा सरसफाइ गर्ने किशोरीमैत्री सुविधाको अभाव हुनु । 	<ul style="list-style-type: none"> • पूर्व प्रसुतिको स्याहारको समय र स्वास्थ्य संस्थांमा सम्पर्क गर्ने अन्त्य समयमा पर्याप्त पोषण परामर्श नहुनु । • स्वास्थ्य क्षेत्रमा आमाको पोषणमा कम ध्यान जानु । • छिटोछिटो गर्भधारण गर्नु, जन्मान्तर कम हुनु । • स्वास्थ्य तथा सरसफाइको कमी (शौचालय, हातधुने) । 	<ul style="list-style-type: none"> • स्वास्थ्य क्षेत्रमा पूरक सूक्ष्म पोषण तत्व दिनेबाहेक आमाको अन्त्य पोषण सम्बन्धमा ध्यान कम जानु । • सुत्केरी स्याहार सुविधाको कम उपयोग गर्नु (अपर्याप्त पोषण परामर्श, परिवार नियोजन परामर्श र सेवा राम्ररी नपाउनु) • सङ्क्रमण भइरहनु । • स्वास्थ्य तथा सरसफाइमा कमी (शौचालय तथा हात धुने) । • महिला कामदारलाई अपर्याप्त सुत्केरी विदाको प्रावधान हुनु ।
<p>४. सामाजिक तथा सांस्कृतिक मान्यताहरू</p>	<ul style="list-style-type: none"> • चाँडै विवाह हुनु, चाँडै गर्भवती हुनु र बच्चा जन्माउनु । • ठुलो परिवार (किशोरीहरूमा कम ध्यान दिनु) • छोरीलाई कम प्राथमिकता दिनु । • छोरीहरूलाई विद्यालयमा कम भर्ना गर्नु, उपस्थिति कम हुनु र स्कुल छोड्ने दर बढी हुनु । • घरभित्र खानाको वितरण असमान हुनु । 	<ul style="list-style-type: none"> • गर्भावस्थामा महिलाहरूलाई अधिक ध्यान र हेरचाह दिनुपर्छ भनेर नसम्झनु । • महिलाहरूलाई घरका अरु सदस्यको तुलनामा खाना तथा स्वास्थ्य आवश्यकतामा पछि पार्नु । • घरभित्र खानाको वितरण असमान हुनु । • बारम्बार बच्चा जन्माउनु • सामाजिक कुरीतिका कारण समुदायमा पोषणयुक्त खाना खाने सम्बन्धमा व्याप्त अन्धविश्वास र प्रचलन । 	<ul style="list-style-type: none"> • महिलालाई घरका अरु सदस्यको तुलनामा खाना तथा स्वास्थ्य आवश्यकतामा कम प्राथमिकता दिनु । • सामाजिक कुरीतिका कारण समुदायमा पोषणयुक्त खाना खाने सम्बन्धमा व्याप्त अन्धविश्वास र प्रचलन ।
<p>५. अन्य विषयवस्तु</p>	<ul style="list-style-type: none"> • गरिबी, फराकिलो विभेद, अशिक्षा/कम शिक्षा, खाद्य असुरक्षा, लैङ्गिक भेदभाव । • सीमित पानी, सरसफाई, शिक्षा र स्वास्थ्य सेवा, राम्रो पोषण तथा स्वास्थ्यका लागि स्रोतको कमी । 		

७. मातृ न्यूनपोषणलाई सम्बोधन गर्न नेपालमा भइरहेका कार्य

नेपाल सरकारले अन्तर्राष्ट्रिय तथा स्थानीय विकास साभेदारसंगको समन्वयमा कुपोषणलाई सम्बोधन गर्ने थुप्रै कार्यक्रम सञ्चालन गरेको छ । यी कार्यक्रमको मुख्य जोड शिशु तथा बालबालिकाको पोषणको स्थितिमा सुधार ल्याउने रहेको छ । साथै यी सबैजसो कार्यक्रमले आमामा देखिने पोषणको कमीलाई प्रत्यक्ष वा अप्रत्यक्ष रूपमा सम्बोधन गर्ने प्रयास गरेका छन् (MoHP, 2004 and MoHP, 2010) । स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयका कार्यक्रममा आमामाको पोषण स्थितिलाई सुधार गर्न सूक्ष्म पोषण तत्व पूरक रूपमा दिने कुरामा केन्द्रित छन् । तर पोषण परामर्श, खाद्यमा आधारित विधि, पर्याप्त आराम र महिलाको कार्यभारलाई कम गर्ने अन्य तरिकामा यी कार्यक्रमले कम जोड दिइएको पाइन्छ ।

महिलाको पोषण स्थितिमा प्रत्यक्ष प्रभाव पार्ने स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयका वर्तमान कार्यक्रम निम्नानुसार दिइएको छ । सामान्यतया स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले यसको कार्यक्षेत्रभित्र पर्ने जस्तै- सुक्ष्मपोषण कार्यक्रमलाई प्रमुख कार्यक्रमको रूपमा अगाडि बढाएको पाइन्छ तथापि अतिरिक्त प्रगति हासिल गर्नका लागि अन्य सम्बन्धित मन्त्रालयको पनि महिला पोषण सम्बन्धि कार्यक्रममा सहभागिताको आवश्यक छ ।

आइरनको कमीले देखिने विकृति रक्तअल्पताको नियन्त्रण

सन् १९९८ देखि स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालयले गर्भवती र स्तनपान गराइरहेका महिलालाई प्रसुति पूर्व र पछिको स्याहारमा सरकारी स्वास्थ्य संस्थामार्फत निःशुल्क आइरन तथा फोलिक एसिड प्रदान गर्दै आएको छ । प्रसुति पूर्व जाँचका बेला गर्भवती महिलाका लागि प्रत्येक दिन एउटा खाने सल्लाहसहित १८० चक्की आइरन फोलिक एसिड दिइन्छ । थप ४५ चक्की आइरन फोलिक एसिड सुत्केरीपश्चात् खानका लागि दिइन्छ । आइरन फोलिक एसिड चक्की दिनेबाहेक स्वास्थ्य नीतिले पोषणशिक्षा, स्वास्थ्य र सरसफाई, गर्भवती र सुत्केरीमा प्रशस्त आइरनयुक्त खानेकुरा खान ध्यान दिन सिफारिस गरिएको छ । तर यो पछिल्लो कार्यक्रमको कार्यान्वयन तुलनात्मक रूपमा कमजोर देखिन्छ ।

आमालाई आइरन तथा फोलिक एसिड वितरण कार्यक्रमले यसको सीमित पहुँच, समुदायस्तरमा आइरन फोलिक एसिडको मौज्जातको कमी र थोरै महिलाले मात्रै खाने आदि थुप्रै कठिनाइको सामना गर्नुपरेको छ । सरकारले एम. आई. (Micronutrient Initiative) र अन्य कार्यक्रमसँगै सरोकारवालाको समन्वयमा एकीकृत मातृ तथा शिशु सूक्ष्म पोषण कार्यक्रमलाई (IMNMP) सन् २००३ मा परीक्षण गरेको थियो । यसको पहुँच (कभरेज) र उपयोग (अनुपालन) लाई सुधार गरी सम्भावित रणनीति पहिचान गर्न केही छानिएका जिल्लामा उच्चस्तरका गतिविधिमा केन्द्रित गर्ने पहल गरिएको थियो । यो कार्यक्रम प्रचारप्रसार गतिविधि गर्ने, सामुदायिक संचारमाध्यमद्वारा जनचेतना अभिवृद्धि गर्ने र स्वास्थ्य कार्यकर्ता तथा स्वयंसेवकलाई तालिम दिनेमा केन्द्रित थियो । यो कार्यक्रम अहिले नेपालका ७५ जिल्लामध्ये ७४ जिल्लाहरूमा कार्यान्वयन गरिएको छ । यस कार्यक्रमले महिला स्वास्थ्य स्वयंसेविकालाई समावेश गरेर समुदायमा आधारित वितरण गरी पहुँच (कभरेज) र उपयोग (अनुपालन) मा सुधार ल्याएको छ ।

जुकाको औषधि खुवाउने कार्यक्रम

सन् २००४ देखि, सरकारले राष्ट्रिय जुका नियन्त्रण कार्यक्रम अन्तर्गत प्रसुति पूर्व जाँचका बेला गर्भवती महिलालाई दोस्रो तीन महिने अवधिभित्र एलबेन्डाजोल (४०० मि.ग्रा.) को एक मात्रा उपलब्ध गराउदै आएको छ । यो कार्यक्रमले महिलालाई पर्याप्त सरसफाई गर्न स्वास्थ्य शिक्षा पनि दिन्छ ।

यसका साथै, विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रमले सबै सरकारी विद्यालय जाने बालबालिकामा परजीवि प्रकोपलाई कम गराउन वर्षमा दुईपटक जुकाको औषधी उपलब्ध गराउने गरेको छ ।

भिटामिन 'ए' को कमीले देखिने विकृतिको नियन्त्रण

विश्वभरमा नै नेपालले भिटामिन 'ए' वितरण कार्यक्रमको लागि मान्यता पाएको छ । सुत्केरी आमालाई ४५ दिनभित्र खुवाउने बढी मात्राको भिटामिन 'ए' (२००,००० आई.यु.) कार्यक्रम नेपालमा सन् १९४५ देखि नै सुरु गरिएको छ । भिटामिन 'ए' वितरण कार्यक्रम अन्तर्गत: चेतना र उपयोग (अनुपालन) बढाउने, भिटामिन 'ए'को महत्वसम्बन्धी ज्ञान बढाउने र भिटामिन 'ए'युक्त खाना खानको उपभोग गर्नेको लागि वकालत तथा शैक्षिक अभियान समावेश गरिएका छन् ।

आयोडिनको कमीबाट हुने विकृतिको नियन्त्रण

सन् १९७३ मा नेपाल सरकारले खाने नुनमा आयोडिन राखी वितरण गर्ने नीति अवलम्बन गर्‍यो । प्रत्येक वर्ष माघ र फाल्गुन (फेब्रुअरी) लाई आयोडिन महिनाको रूपमा लिई सामाजिक बजारिकरण (Social Marketing) गरिन्छ । यसले गर्दा सरकारले लागू गरेको दुई बालबालिकाको लोपोद्भङ्गित आयोडिनयुक्त नुनको उपभोग गर्नका लागि घर-घरमा चेतनाको स्तर बढेको छ ।

दीर्घकालीन शक्तिको कमी बाट हुने विकृतीको नियन्त्रण

नेपालको राष्ट्रिय पोषण नीति तथा रणनीति २००४ ले किशोरीहरू, गर्भवती र स्तनपान गराई रहेका महिलाहरूमा शक्तिको कमीले देखापर्ने विकृतीलाई सम्बोधन गर्नुपर्ने विषयलाई महत्वका साथ लिएको छ । यसमा गर्भवती र सुत्केरी अवस्थामा थप आहार खानुको महत्व बारेमा चेतना बढाउने साथै गर्भवती र सुत्केरी आमाको शरीरमा आइरनको मात्रामा सुधार गर्ने को लागि पोषण शिक्षा र परामर्शलाई बलियो बनाउने, उनीहरूको कार्यभार कम गर्ने, कलिलो उमेरमा गर्भवती हुनबाट रोक्ने, पर्याप्त जन्मान्तरको सुनिश्चित गर्ने साथै राम्रो स्वस्थ र पोषिलो आहारको बानीव्यवहार कायम राख्नको लागि सामाजिक (समुदाय र परिवार) सहयोगको प्रबर्द्धन गर्नेजस्ता विषयमा जोड दिइएको छ ।

माथि उल्लेखित कार्यक्रमहरू मातृशिशु कार्यक्रमअन्तर्गत पर्ने पूर्वप्रसूति सेवा, बच्चा जन्माउने तयारी प्याकेज कार्यक्रम, परिवार नियोजन कार्यक्रम, महिला स्वास्थ्य स्वयमसेविका कार्यक्रम र प्राथमिक स्वास्थ्य सेवा गाउँघर क्लिनिक कार्यक्रममार्फत कार्यान्वयन गरिएका छन् ।

उक्त कार्यक्रम देशभरि नै घरदैलो कार्यक्रम र स्वास्थ्य सेवाका अङ्गमार्फत कार्यान्वयनमा छन् । तर तिनीहरूको प्रभावकारीताको मूल्याङ्कन भएको छैन । उक्त सेवाको गुणस्तर र व्यक्तिको व्यवहारमा परेको प्रभाव चासोको विषय बनेको छ । यसका साथै पोषणसम्बन्धी परामर्शको विषय धेरैजसो कार्यक्रममा समाहित गरिएको छैन । यदि भए तापनि यो त्यति प्रभावकारी हुन सकेको छैन ।

८. लक्षित कार्यक्रमहरू, परीक्षण कार्यक्रमहरू र भइरहेका अनुसन्धान

लक्षित जनसमूहमा आमा तथा बच्चाको पोषणको अवस्था सुधार गर्न निम्न लिखित अवधारणाहरू बोकेका परीक्षण कार्यक्रम (Pilot) सञ्चालन गरिएको छ :

- आमा र बच्चाको पोषणको अवस्था सुधार ल्याउन नेपालका खाद्य असुरक्षा भएका नौ वटा जिल्लामा पुरक खाना उपलब्ध गराउने कार्यक्रम सन् २००१ देखि चलिरहेको छ । यसअन्तर्गत उक्त जिल्लामा मासिक रूपमा भिटामिन तथा सूक्ष्म पोषक तत्व मिश्रण गरिएका खाद्यान्न वितरण गर्नुको साथै स्वास्थ्य सेवा, बच्चाको वृद्धि अनुगमन गर्ने र परामर्श दिने काम सरकारी तथा समुदायका स्वास्थ्यकर्मीद्वारा गरिन्छ । (आमा र बच्चाको स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रम, विश्व खाद्य कार्यक्रम)
- महिला समूहको परिचालनमार्फत आमा र बच्चाको पोषणमा सुधार गर्न सकिन्छ, भन्ने कुरा अनुसन्धान गरी देखाउने । (मातृपोषण कार्यक्रम, यु.सि.एल. र मिरा)
- गर्भवती तथा स्तनपान गराइरहेका महिला र बालबालिकालाई लक्षित गरी खाद्यसुरक्षाको सम्बेदनशील अवस्थामा घरायसी उत्पादित खाद्यान्नको उपभोगमा जोड दिने तथा पोषण शिक्षा दिई खानपानसम्बन्धी व्यवहारमा सुधार ल्याउने (कृषिको माध्यमबाट कुपोषण घटाउने अभियान (आमा), एच.के.आई.)
- सामुदायिक सहयोग पद्धतिलाई सशक्त बनाउँदै स्वास्थ्य र पोषणसम्बन्धी व्यवहार तथा विद्यालयको वातावरणमा सुधार गरी, सरकारी विद्यालयका किशोरीलगायत विद्यार्थीको पोषणको अवस्थामा सुधार गर्ने । (विद्यालय स्वास्थ्य र पोषण कार्यक्रम, जे.आई.सि.ए.)
- गर्भवती अवस्थामा क्यालसियम वितरणको माध्यमसम्बन्धी गरिएको सूक्ष्म अध्ययनले क्यालसियम पाउडर भन्दा ट्याब्लेटलाई स्वीकार गरेको देखाएको थियो । हाल अर्को एउटा जिल्लामा क्यालसियम वितरणले आइरन तथा फोलिक एसिड वितरणमा असर पार्ने वा नपार्नेसम्बन्धी परीक्षण कार्यक्रम (Pilot) गरिँदैछ । (जपाइगो)

८. सञ्चालित कार्यक्रमका कमीकमजोरी

नेपालमा मातृ न्यूनपोषणको स्थितिमा सुधार ल्याउन विभिन्न प्रयास हुँदै आए तापनि यसका निम्न कमीकमजोरी रहेका छन् (स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय र विश्व स्वास्थ्य संगठन २०१२) :

नीति तथा रणनीति

निरन्तर हेरचाह र जीवनचक्र अवधारणा : निरन्तर सेवा र जीवनचक्र अवधारणाको खाका तथा कार्यक्रमको प्राविधिक पक्षबीच बलियो सम्बन्ध हुनु आवश्यक छ । निरन्तर सेवा (घरदेखि स्वास्थ्य संस्था र त्यो भन्दा माथिल्लो निकायसम्म) र जीवनचक्र अवधारणासम्बन्धी रणनीतिका विकासका लागि निरन्तर छलफल तथा सहयोग भइरहेका छन् ।

सहरी पोषण : नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम : दोस्रो र हालका सरकारका कार्यक्रमले सहरी क्षेत्रमा बसोबास गर्ने किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराइरहेका आमाको पोषणसम्बन्धी सवालमा एकदमै थोरै वा ध्यान नै नदिएको अवस्था छ ।

लैङ्गिक समानता र सामाजिक समावेशीकरण : सामाजिक रूपमा बहिष्कृत (Socially excluded women) महिलाहरूलाई एकीकृत गरी उनीहरूको पोषणसम्बन्धी पहुँच बढाउन र पोषणसम्बन्धी कार्यक्रमको गुणस्तर बढाउन, लैङ्गिक समानता र सामाजिक समावेशीकरणका कुरालाई हालका पोषणसम्बन्धी कार्यक्रममा समाहित गर्नुपर्छ ।

संस्थागत व्यवस्थापन तथा क्षमता/दक्षता

पोषण कार्यक्रमको व्यवस्थापन : स्वास्थ्य सेवा विभागको बाल स्वास्थ्य महाशाखाको पोषण शाखाले देशव्यापी रूपमा धेरै जसो पोषणसम्बन्धी कार्यक्रमको व्यवस्थापन गर्छ, जसमा शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण (IYCF), वृद्धि अनुगमन प्रवर्द्धन, सूक्ष्म पोषणतत्व वितरण र विद्यालय स्वास्थ्य र पोषणजस्ता कार्यक्रम पर्दछन् । यसरी नै आमाको न्यूनपोषण स्थितिलाई सम्बोधन गरिने धेरैजसो कार्यक्रम स्वास्थ्य सेवा विभाग, परिवार स्वास्थ्य महाशाखाअन्तर्गत पर्दछन् । अतः निरन्तर सेवाको सुनिश्चित गर्न परिवार स्वास्थ्य महाशाखा र बालस्वास्थ्य महाशाखाबीच समन्वय हुनु अत्यन्त जरुरी छ । यसका साथै बहुक्षेत्रीय पोषण योजना (Multi-sectoral nutritional plan) को विकास भएपछि स्वास्थ्य क्षेत्रभित्र र यो बाहेकका अन्य सम्बद्ध निकायबीच प्रभावकारी समन्वय हुन जरुरी छ ।

जनशक्ति : हालका पोषण कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्न पोषण कार्यक्रमअर्न्तगत मानवसंसाधनको अभाव एउटा जटिल समस्या हो । मानव संसाधनसम्बन्धी चुनौती निम्न छन् :

- स्वास्थ्य सेवा विभागअन्तर्गतका केन्द्रीय, क्षेत्रीय र जिल्ला तहमा पोषणसम्बन्धी क्रियाकलाप गर्न छुट्याइएका कर्मचारी संख्या ।
- पोषणसम्बन्धी कार्यक्रम/क्रियाकलापसम्बन्धी योजना बनाउने, कार्यान्वयन गर्ने र अनुगमन गर्ने कर्मचारीको ज्ञान र सीप ।
- किशोरकिशोरी र महीला पोषण तथा शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण (IYCF) का मुख्य व्यवहारहरू प्रवर्द्धन गर्ने तथा खानपीनसम्बन्धीसम्बन्धी परामर्श प्रदान गर्न को लागि स्वयंसेवक तथा प्रत्यक्ष सेवा दिने स्वास्थ्यकर्मीको क्षमता ।

पोषण अनुगमन तथा मूल्याङ्कन

स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणालीले (HMIS) नियमित रूपमा पोषणसम्बन्धी सङ्कलित जानकारी उपलब्ध गराउँछ । नियमित सर्वेक्षण जस्तै- नेपाल जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण (NDHS), नेपाल जीवनस्तर सर्वेक्षण (NLSS), बहुसूचक क्लस्टर सर्वेक्षण (MICS) ले पनि पोषणसम्बन्धी तथ्याङ्क सङ्कलन गर्दछ । स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचनाप्रणालीले सुत्केरी अवस्थामा वितरण गरिने भिटामिन 'ए'को कभरेज, गर्भवती महिलालाई आइरन/फोलेट वितरणको तथ्याङ्क, पूर्वप्रसूति सेवाका लागि गरीएको भेट, सङ्क्रमण तथा अन्य विरामी संख्या र अस्पताल भर्ना भएसम्बन्धी तथ्याङ्क उपलब्ध गराउँछ । स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचनाप्रणालीको एक कमजोरी भनेको पोषणसम्बन्धी प्रभावकारी अनुगमन र निगरानी (Surveillance) प्रणालीको अभावमा अग्रिम पहिचान तथा व्यवस्थापन गर्न नसक्नु हो ।

मातृ न्यूनपोषणसम्बन्धी कार्यक्रमका कमजोरीहरू

हालका पोषण कार्यक्रमले मुख्यतया सूक्ष्म पोषकतत्व वितरणमा नै बढी जोड दिएका छन् र खानपानसम्बन्धी विविधता र खानपान सम्बन्धी व्यवहार सम्बन्धमा कम जोड दिइएका छन्। यसका साथै महिलाको न्यूनपोषण स्थितिलाई सम्बोधन गर्ने कार्यक्रमका कमीकमजोरी निम्नानुसार छन् :

- गर्भवती र अर्कै विशेष गरेर सुत्केरी अवस्थामा आइरन फोलिक चक्कीको नियमित सेवन तथा पहुँच कम हुनु।
- किशोरी, गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिलालाई पोषणसम्बन्धी शिक्षा र परामर्शको कमी।
- जोखिममा रहेका आमा र बच्चाको सेवासम्बन्धी कार्यक्रमको क्षेत्र सीमित हुनु।
- हिमाली र पहाडी जिल्लामा आयोडिनको कम उपभोग (७३ प्रतिशत) साथै ग्रामीण क्षेत्रमा पनि आयोडिनको उपभोग कम छ (७७.७ प्रतिशत)। यसमा विशेष गरेर मध्यपश्चिम, सुदूरपश्चिम र पूर्वाञ्चलका पहाडी जिल्ला पर्दछन्।
- स्वास्थ्य र अन्य मुख्य क्षेत्रबीच कमजोर समन्वय।

सामान्यतया नेपालमा गरिबी तथा सीमान्तकृत समूहका जनता र बाँकी जनताबीच ठूलो भिन्नता छ। नेपाल जनसाङ्ख्यिक तथा स्वास्थ्य सर्वेक्षण २००६ र २०११ का अनुसार केही भिन्नता निम्नानुसार छन् :

- मुस्लिममा प्रजनन्दर उच्च रहेको (समग्र नेपालीको २.६ प्रजनन्दर भएकोमा मुस्लिम समुदायमा ४.९ प्रजनन्दर रहेको छ (२०११))
- किशोरावस्थाको प्रजनन्दर उच्च आर्थिक स्तर भएका जनसंख्यामा भन्दा निम्न आर्थिक स्तर भएका जनसंख्यामा तीन गुणा बढी छ।
- दीर्घरूपमा शरीरका लागि आवश्यक शक्तिको कमी (बी.एम.आई. १८ केजी/वर्ग मिटरभन्दा कम) भएका आमाबाट जन्मेका बच्चामा पुङ्कोपना र ख्याउटेपनाको दर बढी छ। जस्तै : सामान्य बी.एम.आई. (१८-२४.९) भएका महिलाबाट जन्मिने बच्चाको पुङ्कोपना तथा ख्याउटेपनाको दर क्रमशः ४० प्रतिशत र ९.२ प्रतिशत, बी.एम.आई. १८.५ भन्दा कममा क्रमशः ४७ प्रतिशत र १८.९ प्रतिशत तथा बी.एम.आई. २५ भन्दा बढीमा क्रमशः २७.२ प्रतिशत र ७ प्रतिशत रहेको छ।
- प्रजनन् उमेरका १८ प्रतिशत महिला दुब्लो तथा कम पोषण (बी.एम.आई. १८ केजी/वर्गमिटर भन्दा कम) भएका छन्, जो सबभन्दा बढी (२६ प्रतिशत) मध्य तराईमा र सबभन्दा कम (८ प्रतिशत) पश्चिम पहाडमा छन्।
- सहरी भेगमा (१४ प्रतिशत) भन्दा ग्रामीण भेगमा (१९ प्रतिशत) पोषणको कमी भएका महिलाको प्रतिशत बढी छ। त्यसैगरी दुब्ला/पातला शरीर भएका महिलाको प्रतिशत पहाडमा (१२ प्रतिशत) भन्दा तराईमा (२३ प्रतिशत) लगतग दुई गुणा बढी छ।
- उच्च आर्थिक अवस्था भएका महिलामा (१२ प्रतिशत) भन्दा न्यून आर्थिक अवस्था भएका महिलामा (२२ प्रतिशत) दुब्लो/पातलोपना बढी पाइएको छ।
- नेपालमा १२ प्रतिशत महिलाको उचाई सामान्य भन्दा कम (१४५ से.मी.भन्दा कम) छ। एस.एल.सी. वा सो भन्दा बढी शिक्षा (६ प्रतिशत) भएका महिलामा भन्दा अशिक्षित (१५ प्रतिशत) समूहका महिलामा दुई गुणाभन्दा बढी कम उचाई रहेको छ। त्यसैगरी उच्च आर्थिक अवस्था भएका (९३ प्रतिशत) महिलामा भन्दा कम आर्थिक अवस्था भएका (१५.३ प्रतिशत) महिलामा कम उचाई भएका महिलाहरूको प्रतिशत बढि छ।
- न्यून आर्थिक अवस्था भएका महिलामा (२८ प्रतिशत) भन्दा उच्च आर्थिक अवस्था (८४ प्रतिशत) भएका महिलाले गर्भवती सेवा (चार वा चारभन्दा बढीपटक गर्भवती जाँच गर्ने) लिनेको संख्या अलि धेरै रहेको छ।
- न्यून आर्थिक अवस्था भएका महिलामा (२८ प्रतिशत) भन्दा उच्च आर्थिक अवस्था (८४ प्रतिशत) भएका महिलाले आइरन फोलिक एसिड ट्याबलेट अथवा फोल गर्भवती अवस्थामा बढी प्रयोग गरेको पाइएको छ।
- मातृ रुग्णता तथा मृत्युसम्बन्धी सर्वेक्षण २००८/२००९ अनुसार शिक्षित महिलाको तुलनामा अशिक्षित महिलामा लगभग ५५ प्रतिशत मातृमृत्यु हुने गर्दछ। उक्त अध्ययनअनुसार जनजाति (२०७ प्रति १००,००० जीवित जन्ममा),

ब्राह्मण क्षेत्री (१८२ प्रति १००,००० जीवित जन्ममा) र नेवार (१०५ प्रति १००,००० जीवित जन्ममा) मा भन्दा मुस्लिम समुदायमा (३१८ प्रति १००,००० जीवित जन्मेकामध्ये), तराई मधेसी (३०७ प्रति १००,००० जीवित जन्ममा) र दलित (२७३ प्रति १००,००० जीवित जन्ममा) मा मातृ मृत्युदर बढी देखिएको छ ।

तथापि, केही अवस्थामा सीमान्तकृत जातजातिले स्वास्थ्य सेवासम्बन्धी अभ्यासबाट अलिक बढी लाभान्वित भएको पाइएको छ । उदाहरणका लागि ब्राह्मण क्षेत्रीमा भन्दा दलित तथा जनजातिमा बच्चाले सघन स्तनपान गरेको पाइएको छ । यस उदाहरणले के सुझाव दिन्छ भने किशोरावस्था र महिलाको पोषण अवस्था सुधार गर्नका लागि कार्यक्रम र नीतिनियम जनजाति तथा आर्थिक अवस्थाअनुसार तिनीहरूको स्वास्थ्यसम्बन्धी ज्ञान, अभ्यास र उपलब्धिप्रति संवेदनशील हुन आवश्यक छ ।

१०. रणनीतिको दूरगामी परिदृश्य, लक्ष्य तथा समग्र विशिष्ट उद्देश्यहरू :

परिदृश्य: सबै नेपाली महिलाहरू सुपोषित, बौद्धिकरूपमा सक्षम र स्वस्थ तथा आर्थिकरूपले उत्पादनशिल जीवन बिताउन सक्षम हुनेछन् । आफु र आफ्नो परिवारको लागि फाइदा लिन सक्नेछन् ।

लक्ष्य : किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराउने महिलाहरूको पोषण तथा स्वास्थ्य अवस्थामा सुधार गर्ने ।

समष्टिगत उद्देश्य : विशेष गरी सेवाबाट बञ्चित तथा जोखिममा रहेका समुहहरूका किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराउने महिलाहरूमा । दीर्घरूपमा रहेको न्यूनपोषण तथा सूक्ष्मपोषक तत्वहरूको कमीलाई घटाउने कार्यमा निरन्तरता तथा जोड दिने ।

विशिष्ट उद्देश्य: आगामी ५ वर्ष (२०१७ सम्म) का लागि निम्न विशेष लक्ष्यहरू छन् :

- १५-१९ वर्षका किशोरीमा शरीर पिण्ड सुचकांक (BMI) को अनुपात २६ प्रतिशत (२०११ अनुसार) बाट २१ प्रतिशतमा झार्ने ।
- १५-१९ वर्षका किशोरीमा रक्तअल्पताको को अनुपात ३८ प्रतिशत (२०११ अनुसार) बाट ३३ प्रतिशतमा झार्ने ।
- १५-१९ वर्षका किशोरी, गर्भवती महिला र स्तनपान गराईरहेका आमाहरूमा पर्याप्त मात्रामा आयोडिन राखिएको नुनको उपभोगलाई ९० प्रतिशतभन्दा बढी पुर्याउने ।
- प्रजनन उमेरका महिलाहरूमा देखिएको कम शरीर पिण्ड सुचकांकको अनुपात १३ प्रतिशतमा झार्ने ।
- गर्भवती आमाहरूमा रहेको रक्तअल्पताको वर्तमान दरलाई ४० प्रतिशत भन्दा कममा झार्ने ।
- स्तनपान गराउने आमाहरूमा रक्त अल्पताको अनुपात ३९ प्रतिशत (२०११ अनुसार) बाट ३४ प्रतिशतमा झार्ने ।
- गर्भवती महिलाहरूमा भएको रतन्धोको अनुपात ५.२ प्रतिशत (२००६ अनुसार) बाट २०१७ सम्ममा १ प्रतिशत भन्दा कममा झार्ने ।

११. रणनीतिक अवधारण तथा तत्वहरू

कारक तत्वहरूको विश्लेषणको आधारमा कार्यक्रममा भएका समस्या र कमजोरीहरूलाई विद्यमान कार्यक्रमहरू माफत मातृ न्यूनपोषणलाई सम्बोधन गर्न तलका रणनीतिक उपाय र तत्वहरू प्रस्तावित गरिएका छन् :

- केन्द्रीय, क्षेत्रीय र जिल्लास्तरमा कार्यक्रमहरू तय गर्न, कार्यान्वयन गर्न र मुल्याङ्कन गर्न सरकारी निकायको व्यवस्थापन तथा प्राविधिक सीप र क्षमता विकास गर्ने ।
- अन्य मुख्य स्वास्थ्य सम्बन्धी कार्यक्रमका साथै समुदायमा आधारित पद्धतिसँग, मातृ पोषणको कार्यक्रमलाई पनि एकिकृत र सबलीकृत गर्ने ।
- मातृ पोषण सम्बन्धी ज्ञान तथा खानपान हेरचाह पद्धतिको प्रचार प्रसार, समुदाय परिचालन अनि व्यवहार परिवर्तन संचारको माध्यमबाट सुधार ल्याउने ।

- मातृ पोषणका कार्यक्रमहरूमा, स्वास्थ्य सेवा बाहेकका अन्य सम्बन्धित क्षेत्रहरूलाई पनि समावेश गर्ने ।
- प्रभावकारी मातृ पोषण कार्यक्रमको लागि तथ्यमा आधारित योजना, यसको कार्यान्वयन र अनुगमनका सम्बन्धमा राम्रो र प्रभावकारी अभिवृद्धि गरी उत्कृष्ट व्यवहारसम्बन्धी ज्ञान र सूचना उपलब्ध गराउने कार्यमा योगदान गर्ने ।

माथि उल्लेखित रणनीतिक उपायहरू, अधिकतम मातृ पोषण हाँसिल गर्ने कार्यगत अवधारणा ढाँचा (परिशिष्ट १) सँग सम्बन्धित छन् जुन लेनसेट २०१३ को पोषण सिरिजबाट साभार गरिएको हो ।

१. संस्थागत सुदृढीकरण र क्षमता अभिवृद्धि

रणनीतिक उद्देश्य: केन्द्रीय, क्षेत्रीय र जिल्ला तहमा कार्यक्रमहरू तय गर्न, कार्यान्वयन गर्न र मूल्याङ्कन गर्न, विशेष गरी सरकारी निकायको व्यवस्थापकीय तथा प्राविधिक सीप र क्षमता बिकास गर्ने ।

- १.१ परिवार स्वास्थ्य महाशाखा र बाल स्वास्थ्य महाशाखाको केन्द्रीय तहमा, मातृ पोषण कार्यक्रम हेर्नका लागि उचित कार्य विवरण सहित सम्पर्क व्यक्ति (Focal person) तोक्ने । कार्यविवरणमा मातृ पोषणका लक्ष्य प्राप्त गर्न कार्यक्रमको यो जना, कार्यान्वयन, बजेट बाँडफाँड तथा प्रतिवेदन कार्यमा सहजीकरण गर्ने विषय उल्लेख हुनुपर्दछ ।
- १.२ पोषणको प्रभावकारिता मूल्याङ्कन प्रतिवेदनहरूको पुनरावलोकन गर्ने । यदि आवश्यक भएमा पूनः प्रभावकारिता मूल्याङ्कन गर्ने । स्वास्थ्य कार्यकर्ताको प्राविधिक र व्यवस्थापकीय क्षमता अभिवृद्धि गर्न मानव संसाधनमा लगानी गर्ने ।
- १.३ वर्तमान पूर्वसेवाकालीन तालिम (Pre service training) पाठ्यक्रमको पुनरावलोकनमा आधारित भई किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराउने महिलालाई समावेश गर्ने खालको एकीकृत पोषण पाठ्यक्रम विकास गर्ने । उक्त पाठ्यक्रममा बहुक्षेत्रीय पोषण योजना (MSNP), पोषणलाई विस्तार गर्ने कार्यक्रम (SUN), बाल भोकमारी र न्यूनपोषणको विरुद्ध नविन प्रयासहरू (Renewed Efforts against child hunger and undernutrition, REACH) र अन्य विश्वव्यापी तथा नेपालका रणनीतिहरूसँग मिल्दो जुल्दो भएको सुनिश्चित गर्ने । यस कार्यमा सहयोगको लागि स्थानीय संस्था र विश्वविद्यालयलाई संलग्न गराउनु पर्दछ ।
- १.४ सेवाकालीन तालिम पाठ्यक्रमको पुनरावलोकन गरी किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराउने आमाको पोषण सम्बन्धि विषयवस्तु स्वास्थ्यकर्मीहरू (दक्ष प्रसूतिकर्मी लगायत) को तालिम पाठ्यक्रममा समावेश गर्ने । यस कार्यलाई राष्ट्रिय स्वास्थ्य तालिम केन्द्रले परिवार स्वास्थ्य महाशाखा र बाल स्वास्थ्य महाशाखासँग समन्वय गरी कार्यान्वयनमा ल्याउनु पर्छ ।
- १.५ पाठ्यक्रममा बहुक्षेत्रीय पोषण योजना (MSNP) अनुसारको पानी तथा सरसफाई, संक्रमण नियन्त्रण, आराम र कार्यबोम्क कम गर्ने, धुवाँमा नबस्ने, खानपीनमा सुधार गर्ने, खानामा विविधता ल्याउने, स्थानीय स्तरमा उपलब्ध खानाहरूलाई महत्व दिई प्रयोग गर्ने, आदि कुरा समावेश गरी, एकिकृत समुदायिक मातृ-शिशु तथा बालबालिका पोषण तालिम सामग्री तथा औजार विकास गर्ने ।
- १.६ मातृ पोषण सम्बन्धी सेवाकालीन तालिमलाई सुदृढ बनाउने । किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराइरहेका महिलाहरूको सहयोगार्थ माथिल्लो तहदेखि तल्लो तहसम्मका (जस्तो : प्रशिक्षक प्रशिक्षणलाई पढ्नुयाउँदै जिल्ला, इलाका तथा समुदायमा) तालिम कार्यक्रमको सञ्चालन गर्ने । साथै यस्ता तालिममा एकै प्रकारका स्वास्थ्य सामग्री तथा औजार प्रयोग गर्ने ।

२. मातृ पोषणलाई स्वास्थ्य कार्यक्रमहरूमा एकिकृत तथा सबलीकरण गर्ने

रणनीतिक उद्देश्य: स्वास्थ्य सम्बन्धी मुख्य कार्यक्रमका साथै समुदायमा आधारित अवधारणा सँग मातृ पोषणको कार्यक्रमलाई पनि एकिकृत तथा सबलीकृत गर्ने:

- २.१ पोषण प्राविधिक समूह (NUTEC) अर्न्तगत किशोरी, गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिलाको पोषण तथा हेरचाहजस्ता कुराहरूको समायोजनको लागि कार्यसमूह वा त्यस्तै कुनै संयन्त्रको स्थापना गर्ने ।

२.२ किशोरीहरु

- बाल स्वास्थ्य महाशाखाको पोषणशाखा र परिवार स्वास्थ्य महाशाखाको राष्ट्रिय किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सम्पर्क व्यक्ति (focal person) बीच समन्वयलाई मजबुत बनाउने ।
- परिवार स्वास्थ्य महाशाखासँग समन्वय गरी पोषणलाई राष्ट्रिय किशोर किशोरी मैत्री यौन र प्रजनन स्वास्थ्य सेवा कार्यक्रमको मुलप्रवाहमा राख्न पहल गर्ने साथै पोषण र हेरचाहका लागि मिल्दाजुल्दा पोषण सामग्रीहरू समावेश गर्ने ।
- विद्यालय जाने र विद्यालय नगएका किशोरीहरूका लागि, विद्यालय स्वास्थ्य तथा पोषण रणनीति (स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय २००६) र किशोर किशोरी निर्देशिका (स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय २०११) अनुसार पोषण सेवाहरु जस्तै : आईरन, फोलिक चक्की वितरण, जुकाको औषधि वितरण, पोषण र स्वास्थ्य शिक्षा प्रदान गर्ने ।

२.३ गर्भवती तथा स्तनपान गराइरहेका महिलाहरू

- गर्भवती र स्तनपान गराइरहेका महिलाहरूको लागि आइरन फोलिक एसिड र सुत्केरी महिलाहरूको लागि भिटामिन ए को आपूर्ति प्रभावकारी बनाउने ।
- स्वास्थ्य सेवा प्रणाली भित्रका भेटघाटका महत्वपूर्ण समय जस्तै: पूर्वप्रसूति तथा प्रसूतिपश्चातको हेरचाह, खोप कार्यक्रम, बृद्धि अनुगमन, परिवार नियोजन, बाल रोगको एकीकृत व्यवस्थापन, एच.आई.भि. को स्वैच्छिक परामर्श तथा परीक्षण अनि बच्चा जन्माउनु पूर्वको तयारी प्याकेजजस्ता अवसरहरूसँग पोषणसम्बन्धी परामर्शलाई समाहित गर्ने ।
- समुदायमा आधारित स्वास्थ्य तथा पोषण कार्यक्रममार्फत् स्वास्थ्यकर्मी, महिला समुह र घरमुली (सासु ससुरा, श्रीमान) लगायतलाई संलग्न गराएर, पोषणयुक्त खानाको उपभोगमा सुधार गर्ने । विशेष गरेर उच्च खाद्य असुरक्षाको क्षेत्रहरू, एच.आई. भि. संक्रमित भएका व्यक्ति र मानवीय आपतको बेला गर्भवती र स्तनपान गराउने महिलाहरूलाई सम्बन्धित संघसंस्थाहरूको सहकार्यमा अतिरिक्त खानाको आपूर्तिलाई विस्तार गर्ने ।

३. मातृ पोषण सुधारका लागि सञ्चार

रणनीतिक उद्देश्य : मातृ पोषण सम्बन्धी ज्ञान साथै खानपान हेरचाह पद्धतिको प्रचार प्रसार समुदाय परिचालन अनि व्यवहार परिवर्तन संचारको माध्यमबाट सुधार ल्याउने ।

- ३.१ स्वास्थ्य तथा जनसंख्या मन्त्रालय अर्न्तगतका सम्बन्धित महाशाखा र केन्द्रहरूसँग समन्वय गरी महिलाको स्वास्थ्य र पोषण अवस्थामा सुधार ल्याउन बहस तथा प्रचार प्रसार गर्ने ।
- ३.२ MNCH मा राष्ट्रिय स्वास्थ्य संचार रणनीतिको मातृ पोषण (किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराउने महिला) तत्वहरूलाई पुनरावलोकन तथा परिमार्जनको लागि छलफल चलाउने र उपयुक्त प्रचार सामग्रीहरू तयार गर्ने ।
- ३.३ किशोरी, गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिलाहरूमा रहेको पोषण तथा खाना सम्बन्धी नकारात्मक रिति रिवाज, विश्वास तथा व्यवहारलाई सम्बोधन गर्न स्पष्ट तथा लक्षित सञ्चारको प्रयोग गर्ने ।
- ३.४ स्वास्थ्य सेवाको पहुँच सम्बन्धमा विशेषगरी सुविधाबाट वञ्चित र जोखिममा रहेका समूहका परिवार र समुदायका सदस्यहरूको ज्ञानमा बृद्धि गर्ने ।
- ३.५ गर्भवती हुने चाहना भएका किशोरी तथा महिलाहरूका साथै श्रीमान र सासु लगायतका परिवारका सदस्यहरूको बीचमा पुर्व गर्भवतीमा तौल तथा पोषणको महत्वको बारेमा ज्ञान बृद्धि गर्ने ।
- ३.६ समुदाय र घरै पुगी प्रचार प्रसारको माध्यमबाट परिवार तथा समुदायमा किशोरी तथा महिलाहरूको कार्यभार घटाउने र गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिलाहरूका लागि पर्याप्त आरामको सुनिश्चित गर्ने । यसै रणनीति मार्फत, घर भित्र धुवाको प्रदूषण घटाउने ।
- ३.७ किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराई रहेका महिलाहरूकोलागि परिवारिक खानामा समान पहुँचको सुनिश्चितता गर्ने ।

किशोरीहरू :

- किशोरी अवस्थाको पोषणलाई राष्ट्रिय किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य सेवाको प्याकेजमा समायोजन गर्न बहस पैरवी गर्ने र यी सेवाहरूको पहुँचमा अभिवृद्धि गर्न जनचेतना फैलाउने ।
- परिवार तथा समुदायमा किशोरीहरूलाई पोषिलो खानाको (सुक्ष्म पोषणतत्व लगायत) आवश्यकता, ढिलो विवाह तथा बच्चा जन्माउने र किशोरी मैत्री स्वास्थ्य सेवामा पहुँच सम्बन्धी ज्ञानको विकास गर्ने ।
- किशोरीहरूमा पर्याप्त पोषण र स्वास्थ्य सेवा उपलब्ध गराउन पुरुषहरूको भूमिकाको बारेमा तिनीहरूसँग कुराकानी गर्ने । किशोरीहरूको पोषण तथा स्वास्थ्यमा सुधार ल्याउन पुरुषहरूलाई जिम्मेवार बनाउने ।
- पोषण तथा हेरचाहसम्बन्धी कार्यमा सुधार ल्याउन किशोर किशोरीहरूलाई उनीहरूको बीचमा छलफलकोलागि सहभागि गराउने र उनीहरूलाई समुदायमा परिवर्तनको वाहकको रूपमा प्रयोग गर्ने ।

३.८ गर्भवती र स्तनपान गराउने महिलाहरू

- स्थानीय स्तरमै उपलब्ध विविध खाद्यवस्तु खान जोड दिँदै समुदायलाई गर्भवती अवस्था एउटा विशेष अवस्था हो जुनबेला थप, पोषिलो आहार र हेरचाहको आवश्यकता पर्दछ भन्ने कुरा बुझ्न सहयोग गर्ने ।
- गर्भवती र स्तनपान गराईरहेको अवस्थामा श्रीमती र बुहारी तथा छोरीहरूको पोषणमा सुधार गर्न पुरुषको भूमिका सम्बन्धमा उनीहरूलाई अवगत गराउने ।

४. स्वास्थ्य क्षेत्र बाहेक अन्य क्षेत्रमा मातृ पोषण

रणनीतिक उद्देश्य: मातृ पोषण कार्यक्रमहरूमा उपयुक्त गैरस्वास्थ्य क्षेत्रहरूलाई समावेश गर्ने ।

- ४.१ बहु क्षेत्रीय पोषण योजना (MSNP) लाई हुबहु आधार मानेर, सबै क्षेत्रमा किशोर किशोरी र मातृ पोषण कार्यक्रमलाई समावेश गर्ने । यो कार्य राष्ट्रिय योजना आयोगको खाद्य सुरक्षा र पोषण निर्देशन समन्वय समिति (FSNCC) सँग मिलेर गर्नु पर्दछ । खाद्य सुरक्षा र पोषण निर्देशन समन्वय समिति (FSNSCC) केन्द्रीय, जिल्ला र गा.वि.स. तहमा बहु क्षेत्रीय समन्वयगर्ने आधारको रूपमा रहेको छ ।
- ४.२ सार्वजनिक र निजी क्षेत्रलाई मातृ सुरक्षा कार्यमा (स्तनपान गराउन समय दिने र बुबालाई छुट्टी) संलग्न गराउने साथै सार्वजनिक र निजी क्षेत्रलाई यस सम्बन्धी कानूनको संशोधन, अनुगमन र कार्यान्वयनमा सहयोग गर्ने ।
- ४.३ खानेपानी, ढलनिकास र सरसफाई, शिक्षा, कृषि, स्थानीय विकासजस्ता प्रमुख क्षेत्रका पोषण सम्पर्क व्यक्तिलाई NUTEC मातृ पोषण कार्य समुहमा सहभागी हुन प्रोत्साहित गर्ने ।
- ४.४ समुदायीक समुह र सञ्जाल (स्वास्थ्य-आमा समुह, बाल/युवा क्लब, वडास्तरका नागरिक मञ्च, स्वास्थ्य संस्था संचालन तथा व्यवस्थापन समिति, विद्यालय व्यवस्थापन समिति, अभिभावक तथा शिक्षक संघ, बाल विकास व्यवस्थापन समिति आदि) लाई परिचालन गरेर किशोरी र महिलाहरूको पोषण आवश्यकता सम्बन्धमा ज्ञानको स्तर बढाउने । यस सन्दर्भमा, विशेष गरेर परिवारमा निर्णयकर्ता (श्रीमान, सासु ससुरा) लाई विशेष प्राथमिकता दिनु पर्छ । यसका साथै, किशोर किशोरी यौन तथा प्रजनन स्वास्थ्य र मातृ स्वास्थ्य कार्यक्रम मार्फत पोषण सेवाको माग बढाउने वातावरण तयार गर्ने ।
- ४.५ स्वास्थ्य क्षेत्र मातृ पोषण रणनीतिमा, बहु निकाय ब्यवहार परिवर्तन संचार रणनीति र साधनहरूलाई समाहित गरिएको सुनिश्चित गराउने । यसका साथै खाद्यमा आधारित आहार निर्देशिका र स्थानीय स्तरमा उत्पादित खानाको उपभोग सम्बन्धी विषय किशोरी तथा गर्भवती र स्तनपान गराउने आमालाई परामर्श गर्ने समयमा समाहित गर्ने ।
- ४.६ सहरी विकास मन्त्रालय (MoUD)
 - किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराउने आमाको लागि राम्रो सरसफाईको सुविधा, हात धुनका लागि साबुन तथा सुरक्षित पिउने पानीको उपलब्धताको सुनिश्चित गर्ने ।

४.७ संघीय मामिला तथा स्थानीय विकास मन्त्रालय (MoFALD)

- सामाजिक सुरक्षा कार्यक्रमहरू जस्तै : बाल नगद अनुदान जुन विशेष गरेर सबभन्दा गरिब एवं खाद्य असुरक्षित जिल्लाहरूमा स्वास्थ्य तथा जन संख्या मन्त्रालयसँग समन्वय गरी सञ्चालित छन्, त्यस्ता कार्यक्रमसँग किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराउने महिलाको सम्बन्ध मजबुत बनाउने साथै खाद्यमा आधारित आहार निर्देशिका अवलम्बन गर्ने ।
- किशोरी तथा मातृ पोषणको स्तर बढाउन, गाउँविकास समितिको अनुदानलाई प्रयोग गर्ने विषयमा जोड दिन वकालत गर्ने ।

४.८ कृषि विकास मन्त्रालय (MoAD)

- किशोरी, गर्भवती र स्तनपान गराउने महिला तथा तिनीहरूका परिवारको सूक्ष्म पोषक तत्वयुक्त वनस्पती तथा पशुजन्य खाद्यपदार्थको घरायसी उत्पादन तथा उपभोग बढाउने जस्ता कार्यक्रमसँग सम्बन्ध स्थापित गर्ने ।

४.९ शिक्षा मन्त्रालय (MoE)

- प्रचलित खानपान सम्बन्धी अन्धविश्वास, व्यवहार र अवधारणालाई सम्बोधन गर्न कक्षा ६ देखि १० को औपचारिक र अनौपचारिक पाठ्यक्रममा किशोरी र महिलाकोलागि पोषण सम्बन्धी विषय राख्न बहस पैरवी गर्ने साथै खाद्य तथा आहार निर्देशिका पनि यो पाठ्यक्रममा समावेश गर्ने ।
- किशोरी, गर्भवती तथा स्तनपान गराउने महिलाको पोषण अवस्थालाई समावेश गर्न अभिभावक शिक्षा कार्यक्रमलाई मजबुत बनाउने ।
- विद्यालयमा कम उपस्थित हुने र विद्यालयमा भर्ना कम हुने क्षेत्रमा, सहपाठी शिक्षा र खाजा-भत्ता, खाजा तथा घरमा रासन वितरण गर्नेजस्ता प्रोत्साहन गर्ने कार्यक्रमको माध्यमबाट विद्यालय भन्दा बाहिरका किशोरीहरूलाई औपचारिक शिक्षा ग्रहण गर्न आर्कषित गर्ने ।
- स्थानीय रूपमा सुहाउदो साक्षरता कार्यक्रम मार्फत मातृ पोषणलाई सेवाबाट बञ्चित र कम साक्षर भएका समूहसम्म कार्यक्रमलाई लैजाने साथै उक्त कार्यक्रमलाई आयआर्जनमुलक क्रियाकलापसँग समायोजन गर्ने साथै आयोडिनयुक्त नुन, आइरन, फोलिक चक्की, जुका निराकरण, विविध खाद्य पदार्थ र सूक्ष्म पोषक तत्व बारे पनि जानकारी दिने ।

४.१० सम्बन्धित मन्त्रालयहरूसँग पोषण शिक्षा र जनचेतनामुलक क्रियाकलापहरू समावेश गर्न छलफल गर्ने, जस्तै : युवा तथा खेलकुद मन्त्रालयको युवा कार्यक्रम तथा खेलकुदमार्फत पोषणलाई प्रबर्द्धन गर्ने, महिला, बालबालीका तथा समाज कल्याण मन्त्रालयको जिल्ला कार्यलयहरू, बाल कल्याण समितिहरू र आमा समूह मार्फत जनचेतना जगाउने ।

५. पोषणसम्बन्धी निगरानी, मूल्याङ्कन, अनुगमन र अनुसन्धान

रणनीतिक उद्देश्य: प्रभावकारी मातृपोषण कार्यक्रमका लागि तथ्यमा आधारित योजना यसको कार्यान्वयन र अनुगमनका सम्बन्धमा राम्रा र प्रभावकारी व्यवहार सम्बन्धी ज्ञानलाई सुदृढीकरण गर्ने र सूचना पुऱ्याउन योगदान गर्ने ।

- ५.१ मातृ न्यूनपोषणलाई सम्बोधन गर्ने कार्यक्रमहरूको व्यवस्थापन र समन्वयलाई बढाउन, कार्यक्रमको योजना, यसको कार्यान्वयन, अनुगमन र मूल्याङ्कन बीच सम्बन्ध स्थापित गर्ने ।
- ५.२ निर्देशिका तथा सूचकाङ्कहरू विकास गर्न कार्यक्रम कार्यान्वयन गर्ने सामेदारहरू, नागरिक समाज तथा अन्य सरोकारवालाहरूलाई सहभागी गराउने । मुख्य सूचकाङ्कहरू विश्वव्यापी सुभावहरूसँग सम्बद्ध र उक्त सूचकाङ्कहरू राष्ट्रिय स्वास्थ्य व्यवस्थापन सूचना प्रणाली (HMIS) मा समाहित गरी सबै निकायका लागि प्रयोग हुने कुराको सुनिश्चितता प्रदान गर्ने ।
- ५.३ विकासका बाह्य सामेदारहरूलाई उपयुक्त कार्यक्रम परीक्षणको रूपमा सञ्चालनका लागि प्रोत्साहित गर्ने तथा सञ्चालन सम्बन्धी अनुसन्धान गर्ने । कार्यक्रमलाई सही ठाउँमा प्रवाहमा ल्याउन तथा कार्यक्रम विस्तारका लागि नवीनतम कार्य गर्न अनुसन्धानका परिणामहरूलाई प्रयोग गर्ने ।

- ५.४ सांस्कृतिक, सामाजिक तथा आर्थिक अवरोध, बाधा र व्यवधानहरू जसले महिलाहरूलाई स्वस्थ आमा समूह बैठक र समुदायमा आधारित सेवाहरू, जस्तै: अभिभावक शिक्षा र स्वस्थ आमाको उपयुक्त खानपान तथा सेवासम्बन्धी चालचलन अनुसरण गर्नबाट रोकेको छ त्यस्ता तत्वहरू पत्ता लगाउन सुधारात्मक अध्ययन तथा अनुसन्धान गर्ने ।
- ५.५ सुधारात्मक अनुसन्धान विधिबाट प्राप्त नतिजाहरूको आधारमा हेरचाहको निरन्तरतामा देखिएका कमीकमजोरीलाई पत्ता लगाएर किशोरी आमाहरूका लागि उपयुक्त एकीकृत स्वास्थ्य र पोषण सेवा विस्तार गर्ने ।
- ५.६ किशोरीहरूलाई सप्ताहिक रूपमा आइरन तथा फोलिक एसिड वितरण (स्कूल र स्कूल बाहिर) गरेर हेर्ने र यसको नतिजाको आधारमा कार्यक्रम विस्तार गर्ने ।
- ५.७ विशेष गरी जनसाङ्खिक स्वास्थ्य सर्वेक्षण गर्ने कार्यमा १०-१४ वर्षका किशोरीहरूको पोषण स्थितिको सर्वेक्षण सम्बन्धी कुरालाई समावेश गर्न जोड दिने ।
- ५.८ गर्भावस्थामा क्याल्सियमको आपूर्ति गर्न विभिन्न उपायहरूको खोजी गर्ने ।
- ५.९ विभिन्न मौलिक खाद्यवस्तुको पौष्टिक महत्व र विभिन्न समुदायहरूको खानपान प्रचलनको अभिलेख राख्न खाद्य उपभोग सम्बन्धी खोज तथा सर्वेक्षण गर्ने ।
- ५.१० गर्भावस्था वा सुत्केरीको समयमा पोषण स्थिति सुधारका लागि विभिन्न सामाजिक रुपान्तरणका विकल्पहरूको खोजी गर्न अनुसन्धान गर्ने ।

१२. विशेष रणनीतिक क्षेत्रहरू

विभिन्न समूहहरूको आवश्यकताहरूलाई कार्यक्रमहरूले ध्यान दिनु आवश्यक छ । माथि भनिए भन्ने, पोषण र स्वास्थ्यको कुरा गर्दा सीमान्तीकृत वर्गहरूमा विशेषगरी यसको पहुँच पुगेको छैन । र यतिकै महत्वपूर्ण रूपमा गरिवीले पनि निम्नस्तरको पोषणको अवस्थालाई सूचित गरिरहेको छ ।

पोषण स्थिति सुधार गर्ने प्रयत्नका लागि सबैको संलग्नता “Lift all boats” हुनु पर्दछ । अर्को शब्दमा, पोषणका गतिविधिहरूमा उपल्लो आर्थिक अवस्था तथा पहुँच भएका वर्गलाई साथै पहुँच नभएका समूहलाई विशेषरूपमा संलग्न गराउनु पर्छ ।

पशुजन्य खाद्य पदार्थको अपर्याप्त सेवन लगभग सबै महिलाहरूमा रहेकाले, महिलाहरूमा यस्ता पशुजन्य खाद्य पदार्थको उपभोगमा वृद्धि गर्ने नीति तथा कार्यक्रमको उद्देश्य राखेर देशव्यापी बनाउनु पर्छ । त्यसैगरी, किशोरी तथा कलिलो उमेरका आमाहरूको स्वास्थ्य संरक्षण गर्न ढिलो गर्भधारण तथा पर्याप्त जन्मान्तर जस्ता कुराहरू पनि महत्वपूर्ण छन् ।

उमेर अनुसार तौल नभएका महिलाहरूको संख्या घटाउने कार्यक्रम राष्ट्रभरि नै प्राथमिकतामा पर्नु पर्छ । तराई क्षेत्र, पश्चिमी पहाड तथा सुदूरपश्चिमाञ्चलका महिलाहरूलाई जति सक्दो चाँडो लक्षित गरिनु पर्छ । रक्तअल्पताको स्थिति विशेष गरेर तराईमा बढी नाजुक देखिन्छ, तसर्थ सरकारी र गैर सरकारी प्रयासहरू महिलाहरूको खानपान तथा संक्रमणलाई सम्बोधन गर्ने खालको हुनपर्छ ।

हिमाली तथा पहाडी क्षेत्रमा आयोजितनयुक्त नुनको प्रयोगलाई प्राथमिकता दिने र गर्भवती तथा अन्य महिलाहरूमा चुरोट खाने बानी छुटाउने यसका लागि सबभन्दा बढी समस्या पहाडी क्षेत्रहरूका महिलाहरूलाई भएकाले तिनको लागि ध्यान दिनु पर्छ ।

१३. यस रणनीतिका अन्य सम्बन्धहरू

यो रणनीति, बृहत मातृ शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण रणनीति (MIYCN) को एक अंश हो, जसले शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण (IYCN) रणनीति र बृहत मातृ शिशु तथा बाल्यकालिन पोषण (MIYCN) सूचनाको अवधारणागत ढाँचा पनि समावेश गर्नेछ ।

अनुगमन र मूल्याङ्कनको ढाँचा समावेश भएको, मातृ शिशु तथा कलिला बालबालिका पोषण (MIYCN) सूचना रणनीतिको छुट्टै बृहत कार्य योजना हुनेछ ।

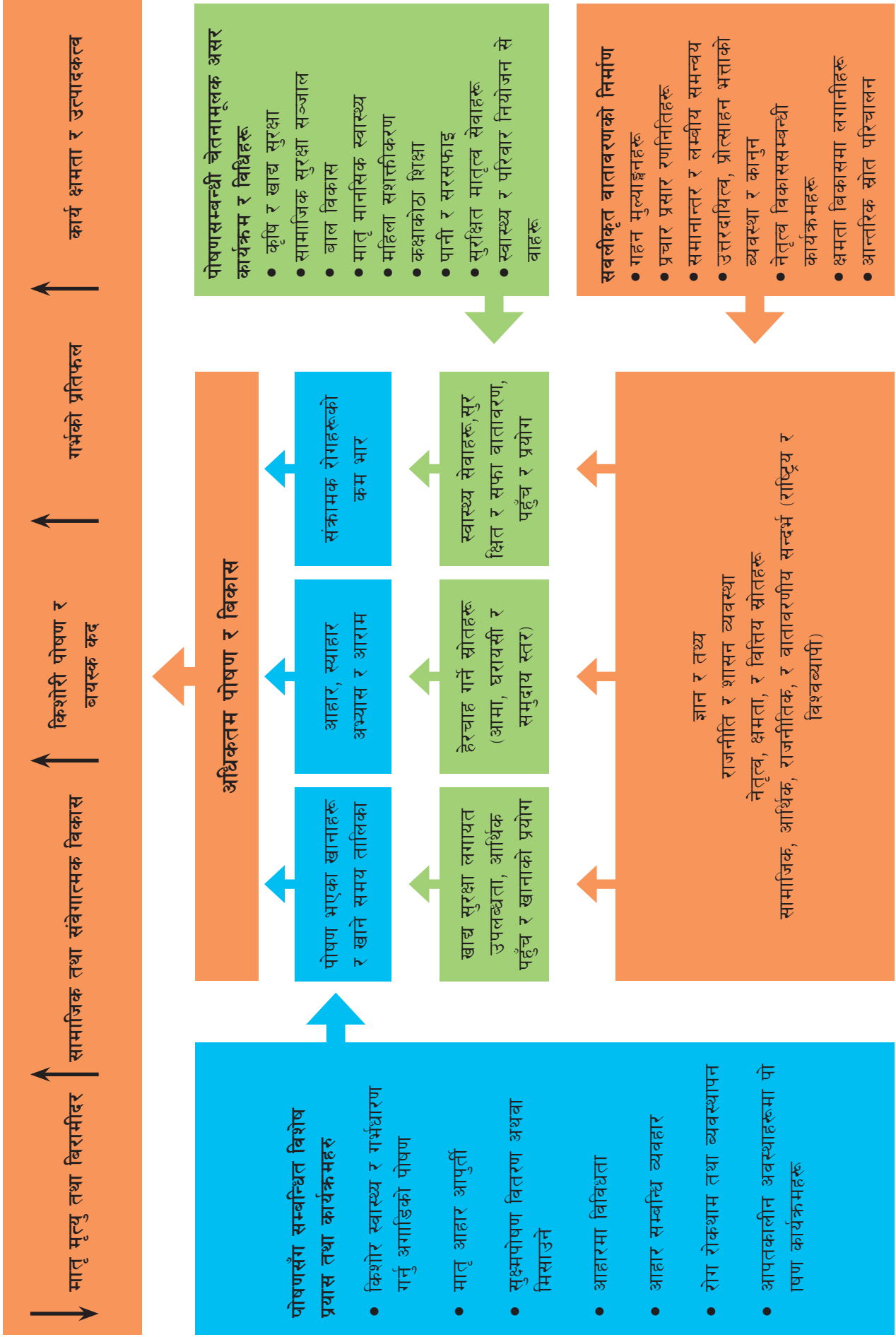
नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र कार्यक्रम सन् २०१०-२०१५ तथा राष्ट्रिय पोषण नीति एवं कार्यनीति र बहु क्षेत्रीय पोषण योजना अनुरूप नै यो रणनीति विकास गरिएको छ ।

सन्दर्भ ग्रन्थहरू

- Black, R.E, Allen, L.H, Bhutta, Z.A., Caulfield, L.E., de Onis, M., Ezzati, M., Mathers, C., Rivera, J., (2008). Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. *The Lancet* DOI:10.1016/S0140-6736(07)61690-0
- Bleichrodt, N. & Born, M. A. (1994). Meta-analysis of research on iodine and its relationship to cognitive development. *The Damaged Brain of Iodine Deficiency* 1994:195-200. New York, NY: Cognizant Communication Corporation.
- Chandyo, R.K., Strand, T.A., Ulvik, R.J., Adhikari, R.K., Ulak, M., Dixit, H., & Sommerfelt, H. (2006). Prevalence of iron deficiency and anemia among healthy women of reproductive age in Bhaktapur, Nepal. *European Journal of Clinical Nutrition* 61(2):262-9
- Chandyo, R.K., Strand, T.A., Mathisen, M., Ulak, M., Adhikari, R.K., Bolann, B.J., & Sommerfelt, H. (2009). Zinc deficiency is common among healthy women of reproductive age in Bhaktapur, Nepal. *Journal of Nutrition* 139(3), 594-597.
- Christian, P., West, K.P. Jr, Khatry, S.K., Katz, J., Shrestha, S.R., Pradhan, E.K., LeClerq, S.C., & Pokhrel, R.P. (1998). Night blindness of pregnancy in rural Nepal—nutritional and health risks. *International Journal of Epidemiology* 27, 2317.
- Christian P., (2010). Maternal height and the risk of child mortality and undernutrition' *Journal of American Medical Association* 303(15), 1539-40
- Dreyfuss, M.L., Stoltzfus, R.J., Shrestha, J.B., Pradhan, E.K., LeClerq, S.C., Khatry, S.K., Shrestha, S.R., Katz, J., Albonico, M., West, K.P. Jr. (2000). Hookworms, malaria and vitamin A deficiency contribute to anemia and iron deficiency among pregnant women in the plains of Nepal. *Journal of Nutrition* 130 (10), 2527-36.
- GoN, Government of India, Alliance Nepal (2007). *National Survey and Impact Study for Iodine Deficiency Disorders and Availability of Iodized Salt in Nepal*. Kathmandu, Nepal: Government of Nepal
- GoN (2012). *Multi-sectoral Nutrition Plan: For Accelerating the Reduction of Maternal and Child Undernutrition in Nepal, Volume I*. Kathmandu, Nepal: National Planning Commission.
- Hess, S.Y. and J. C. King. (2009). Zinc supplementation during pregnancy and lactation. *Food and Nutrition Bulletin* 30(1): S60-S78.
- Horton, S. and J. Ross. (2003). The Economics of Iron Deficiency. *Food Policy* (28): 51-75.
- MoHP (2002). *National Strategy for the Control of Anaemia among Women and Children in Nepal*. Kathmandu, Nepal: Department of Health Services; Ministry of Health.
- MoHP (2004). *National Nutrition Policy and Strategy*. Kathmandu, Nepal: Department of Health Services, Child Health Division, Nutrition Section; Ministry of Health and Population Nepal.
- MoHP (2006). *National School Health and Nutrition Strategy*. Kathmandu, Nepal: Department of Health Services, Child Health Division, Nutrition Section; Ministry of Health and Population Nepal.
- MoHP (2007). *Second Long Term Health Plan 1997-2017: Perspective Plan for Health Sector Development*. Kathmandu, Nepal: Health Sector Reform Unit.
- MoHP (2010). *Annual Report (2009/2010)*. Kathmandu, Nepal: Department of Health Services, Management Division; Ministry of Health and Population Nepal.
- MoHP (2011). *National ASRH Program Implementation Guide*. Kathmandu, Nepal: Department of Health Services, Family Health Division; Ministry of Health and Population Nepal.
- MoHP (2012). *Nepal Health Sector Programme- Implementation Plan II (NHSP- IP2) 2010-2015*. Kathmandu, Nepal.
- MoHP, Micronutrient Initiative, New Era. (2005). *Nepal Iodine Deficiency Disorders Status Survey*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population
- MoHP, New ERA, and ICF International Inc. (2007). *Nepal Demographic and Health Survey 2006*. Kathmandu, Nepal: Ministry of Health and Population, New ERA, and ICF International, Calverton, Maryland.
- MoHP, New ERA, and ICF International Inc. (2012). *Nepal Demographic and Health Survey 2011*. Kathmandu,

- Nepal: Ministry of Health and Population, New ERA, and ICF International, Calverton, Maryland.
- MoH, New ERA, Micronutrient Initiative, UNICEF Nepal, and WHO (1998). *Nepal Micronutrient Status Survey 1998*. Kathmandu, Nepal.
- MoHP & WHO (2012). *Identification of Gaps and Priority Interventions for Maternal Nutrition in Nepal: A Review*. World Health Organisation.
- Ozaltin, E., Hill, K., & Subramanian, S.V. (2010). Association of maternal stature with offspring mortality, underweight, and stunting in low- to middle-income countries. *JAMA* 303(15), 1507-16.
- Pradhan A et al. (2010). *Nepal Maternal Mortality and Morbidity Study 2008/09*. Family Health Division, Department of Health Services, Ministry of Health and Population, Government of Nepal. Kathmandu, Nepal
- RTI International (2010). *The Sector-Wide Approach in the Health Sector, Achievements and Lessons learned (May 2010)*. Research Triangle Park, NC, USA.
- Jiang, T., Christian, P., Khatri, S.K., Wu, L., West, & K.P. Jr. (2005). Micronutrient deficiencies in early pregnancy are common, concurrent, and vary by season among rural Nepali pregnant women. *Journal of Nutrition* 135, 1106–12.
- UNICEF (1990). *Strategy for Improved Nutrition of Children and Women in Developing Countries*. UNICEF.
- WHO (1995.) Maternal anthropometry and pregnancy outcomes: a WHO collaborative study' *WHO Bulletin* 73 (suppl), 1-98
- WHO (2011) WHO Recommendations for Prevention and Treatment of Pre-eclampsia and Eclampsia.
- World Bank (2011). *Accelerating Progress in Reducing Maternal and Child Undernutrition in Nepal: A review of global evidence of essential nutrition interventions for the Nepal Health Sector Plan II and Multi-Sectoral plan for Nutrition*. Report prepared by Karen Odling, World Bank Consultant.
- World Bank (2012). *Nutrition in Nepal: A national development priority*.

परशिष्ट १. उच्चतम मातृ पोषण हासिल गर्ने कार्यगत (लेनसेट २०१३ बाट सामार)



परशिष्ट १

कार्यदलको संरचना

क्र . सं .	नाम	संस्थाको नाम
१.	डा.शिलु अर्याल	परिवार स्वास्थ्य महाशाखा
२.	मंगला मानन्धर	परिवार स्वास्थ्य महाशाखा
३.	डा.अमित भण्डारी	अन्तराष्ट्रिय विकास नियोग
४.	डा.आशा पुन	संयुक्त राष्ट्रिय बाल कोष, नेपाल
५.	प्रद्युम्न दाहाल	संयुक्त राष्ट्रिय बाल कोष, नेपाल
६.	निरा शर्मा	सेभ द चिल्ड्रन
७.	शोफिया उप्रेती	विश्व खाद्य कार्यक्रम
८.	डा.माउरिन डारिआड	नेपाल स्वास्थ्य क्षेत्र सहयोग कार्यक्रम
९.	पुजा पाण्डे राणा	सआहारा/यु.एस. एड.
१०.	लिला विक्रम थापा	पोषण शाखा, बाल स्वास्थ्य महाशाखा
११.	प्रतिनिधि	नेसोग

मुख्य कार्यदलको संरचना

क्र . सं .	नाम	संस्थाको नाम
१.	श्री राज कुमार पोखरेल	बाल स्वास्थ्य महाशाखा
२.	प्रा. डा.मधु दीक्षित देवकोटा	चिकित्साशास्त्र अध्ययन संस्थान
३.	डा.शिलु अर्याल	परिवार स्वास्थ्य महाशाखा
४.	शोफिया उप्रेती	विश्व खाद्य कार्यक्रम
५.	श्री प्रद्युम्न दाहाल	संयुक्त राष्ट्रिय बाल कोष, नेपाल
६.	डा .कर्क डियरडिन	सआहारा युसेड
७.	श्री सुमित कर्ण	पोषण शाखा, बाल स्वास्थ्य महाशाखा/सुआहारा

परिशिष्ट ३ : प्रक्रियाका दौरान संचालन भएका बैठकहरू

क्र. सं.	बैठक	मिति
१.	पहिलो कार्यदलको बैठक	५ जनवरी, २०१२
२.	पहिलो मुख्य कार्यदलको बैठक	२६ जनवरी, २०१२
३.	दोस्रो मुख्य कार्यदलको बैठक	२ फेब्रवरी, २०१२
४.	तेस्रो मुख्य कार्यदलको बैठक	८ फेब्रवरी, २०१२
५.	चौथो मुख्य कार्यदलको बैठक	१५ फेब्रवरी, २०१२
६.	पाँचौं मुख्य कार्यदलको बैठक	२३ फेब्रवरी, २०१२
७.	छठौं मुख्य कार्यदलको बैठक	२९ मार्च, २०१२
८.	सातौं मुख्य कार्यदलको बैठक	२ मे, २०१२
९.	आठौं मुख्य कार्यदलको बैठक	२० जुलाई, २०१२
१०.	परामर्श गोष्ठी	२६-२७, जुलाई, २०१२
११.	नवौं मुख्य कार्यदलको बैठक	१५ अगस्त, २०१२
१२.	दशौं मुख्य कार्यदलको बैठक	१२ सेप्टेम्बर, २०१२
१३.	एघारौं मुख्य कार्यदलको बैठक	१९ सेप्टेम्बर, २०१२
१४.	दोस्रो कार्यदलको बैठक	७ नोभेम्बर, २०१२
१५.	बाह्रौं मुख्य कार्यदलको बैठक	१२ नोभेम्बर, २०१२
१६.	तेह्रौं मुख्य कार्यदलको बैठक	२२ नोभेम्बर, २०१२