গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার

জাতীয় মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকা

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়

পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর

National Nutrition Services
Ensuring Nutrition Services to All

World Health Organization

unicef
সকল শিশুর জন্য

জাতীয় মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকা

পুষ্টির
অবস্থা মূল্যায়ন
রক্তস্বল্পতা
মূল্যায়ন
পুষ্টি এবং পরিপূরক
কাউন্সেলিং
খাদ্যের বৈচিত্র্য
অনুপুষ্টির সম্পূরক
গর্ভকালীন
ওজন বৃদ্ধি মনিটরিং

স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়
পরিবার পরিকল্পনা অধিদপ্তর
National Nutrition Services
Ensuring Nutrition Services to All
World Health Organization
unicef
সকল শিশুর জন্য

জাতীয় মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকা

প্রকাশনার তারিখ

মে ২০২৪

প্রকাশক

জাতীয় পুষ্টিসেবা

জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান

মহাখালী, ঢাকা
বাংলাদেশ

ডিজাইন ও লে-আউট

এক্সপ্রেশানস্ লিমিটেড

সূচিপত্র

শব্দ সংক্ষেপ ৫

ভূমিকা ৭

১. প্রারম্ভিক ৯

১.১ মাতৃপুষ্টির গুরুত্ব ৯

১.২ মাতৃ অপুষ্টির কারণসমূহ এবং এর ফলাফল ৯

২. বাংলাদেশে মাতৃপুষ্টি পরিস্থিতি ১২

৩. নীতিমালা এবং কৌশল পটভূমি ১৩

৪. নির্দেশিকার উদ্দেশ্য ও অভীষ্ট লক্ষ্য ১৫

৫. নির্দেশিকার উদ্দেশ্য ১৬

৬. এই নির্দেশিকার উদ্দিষ্ট জনগোষ্ঠী ১৬

অধ্যায় ১ : মাতৃপুষ্টির মূল কথা ১৭

১. মাতৃ পুষ্টিসেবার মূলনীতিসমূহ ও পুষ্টির সুপারিশমালা ১৭

২. বৈশ্বিক সুপারিশমালা গ্রহণ ১৮

২.১ বিষয়ভিত্তিক সুপারিশমালা ১৮

অধ্যায় ২ : মাতৃপুষ্টি সেবা প্রদান ২০

১. কার্যক্রম ২০

১.১ কৈশোরকালীন পুষ্টি ২০

১.২ প্রাক-গর্ভাবস্থায় মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম ২৪

১.৩ গর্ভাবস্থায় মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম এবং প্রসব-পূর্ব সেবা ২৬

১.৪ দুগ্ধদানকালে মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম ৩৫

১.৫ বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ও বিশেষ পরিস্থিতিতে রয়েছে এমন গর্ভবতী ও দুগ্ধদানকারী মায়েদের জন্য মাতৃপুষ্টি ৩৭

১.৬ বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন নারী ৩৭

১.৭ বিশেষ পরিস্থিতি ৩৯

২. বাস্তবায়ন এবং সেবাদান সম্পর্কিত ৪৩

২.১ মাতৃপুষ্টি নিশ্চিত করা এবং পুষ্টিসেবার ব্যবহার বৃদ্ধির লক্ষ্যে স্বাস্থ্যব্যবস্থাকে শক্তিশালীকরণ ৪৩

২.২ প্ল্যাটফর্ম ৪৫

২.৩ নীতির বাস্তবায়ন ৪৭

৩. ডকুমেন্টেশন, রিপোর্টিং এবং মনিটরিং পর্যবেক্ষণ ৪৮

৩.১ মানসম্পন্ন তথ্য ব্যবহার করা ৪৮

৩.২ মনিটরিং এবং মূল্যায়ন ৪৮

৩.৩ ডেটা সংগ্রহের মাধ্যম ৫০

৪. শেষ কথা ৫০

তথ্যসূত্র ৫১

পরিশিষ্ট ৫৭

১। টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপের (টিডব্লিউজি) সদস্যগণ ৫৭

২। নির্দেশিকা তৈরির প্রক্রিয়া ৫৯

৩। ‘জাতীয় মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকা’ অনুমোদন........ ৫৯

৪। প্রসব-পূর্ব এবং প্রসব-পরবর্তী স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) ৬০

সারণির তালিকা

সারণি ১: মায়েদের এবং গর্ভস্থ-শিশু ও শিশুদের জন্য মাতৃ অপুষ্টির প্রভাব ১১

সারণি ২: প্রজনন সক্ষম (১৫-৪৯ বছর বয়সি) নারীদের পুষ্টি পরিস্থিতি ১২

সারণি ৩: মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকার সাথে সম্পর্কিত জাতীয় নীতিমালা ও নির্দেশিকা ১৩

সারণি ৪: কৈশোরে পুষ্টি মূল্যায়নের সার-সংক্ষেপ ২১

সারণি ৫: কৈশোরে অনুপুষ্টির সম্পূরক এবং কৃমিনাশকের সার-সংক্ষেপ ২২

সারণি ৬: প্রাক-গর্ভাবস্থায় পুষ্টি অবস্থার মূল্যায়ন সম্পর্কিত সার-সংক্ষেপ ২৪

সারণি ৭: প্রাক-গর্ভাবস্থার BMI অনুযায়ী সুপারিশকৃত গর্ভকালীন ওজন বৃদ্ধি (কেজিতে) ২৭

সারণি ৮: গর্ভাবস্থায় রক্তস্বল্পতার ধরনের জন্য সুপারিশকৃত কাট-অফ এবং সুপারিশমালা ২৮

সারণি ৯: গর্ভাবস্থায় সাধারণ লক্ষণ এবং সুপারিশকৃত কার্যক্রম ৩৩

সারণি ১০: দুগ্ধদানকালে অনুপুষ্টির ঘাটতি পরীক্ষা ৩৫

সারণি ১১: গর্ভবতী নারী ও গর্ভাবস্থার ফলাফলকে প্রভাবিত করে এমন রোগসমূহ এবং সুপারিশকৃত কার্যক্রমসহ ৩৯

সারণি ১২: মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম বাস্তবায়ন (বিভিন্ন স্তরে বাংলাদেশের মৌলিক স্বাস্থ্যসেবা প্যাকেজ) (Essential Service Package) ৪৪

সারণি ১৩: প্রসব-পূর্ব সেবার স্বাস্থ্য পরীক্ষা (Contact) সিডিউল ৪৫

সারণি ১৪: মাতৃপুষ্টি সম্পর্কিত প্রধান প্রধান সূচকের তালিকা, তাদের সংজ্ঞা, ফ্রিকোয়েন্সি এবং তথ্যের উৎস ৪৮

সারণি ১৫: বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার সুপারিশ অনুযায়ী প্রসব-পূর্ব এবং প্রসব-পরবর্তী স্বাস্থ্য পরীক্ষা (Contact)-র অন্তর্গত মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম ৬০

শব্দ-সংক্ষেপ

ANC	Antenatal care
BMI	Body mass index
CHCP	Community healthcare provider
DGHS	Directorate General of Health Services
DGFP	Directorate General of Family Planning
DHIS	District Health Information System
DLI	Disbursement-linked indicators
DPM	Deputy Programme Manager
EPI	Expanded Programme on Immunization
ESP	Essential Health Service Package
FWA	Family welfare assistant
FWV	Family welfare visitor
IMCI	The Integrated Management of Childhood Illness
IPHN	Institute of Public Health Nutrition
IYCF	Infant and young child feeding
HA	Health assistant
HMIS	Health Management Information Service
HIV	Human immunodeficiency virus
HTSP	Healthy timing and spacing of pregnancy
IEC	Information, education, communication
IFA	Iron Folic Acid
IPTp	Intermittent preventative treatment in pregnancy
ITN	Insecticide-treated net
IUGR	Intrauterine growth restriction
LLIN	Long-lasting insecticidal nets
LMP	Last menstrual period
MOHFW	Ministry of Health and Family Welfare
MMS	Multiple micronutrient supplementation
MNCAH	Maternal neonatal child and adolescent health
MUAC	Mid-upper arm circumference

NCD	Non-communicable disease
NPAN	National Plan of Action for Nutrition
NNS	National Nutrition Services
OGSB	Obstetrical and Gynaecological Society of Bangladesh
PMTCT	Prevention of mother-to-child transmission
SAARC	South Asian Association for Regional Cooperation
SACMO	Sub-assistant community medical officer
SGA	Small for gestational age
WHA	World Health Assembly
WRA	Women of Reproductive Age
WASH	Water Sanitation and Hygiene
WHO	World Health Organization
UNICEF	United Nations Children's Fund

ভূমিকা

কিশোরী এবং মায়ের সুস্বাস্থ্যের জন্য পরিমিত পুষ্টি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। প্রকৃতপক্ষে, ভ্রূণ ও শিশুর বেঁচে থাকা, শারীরিক বৃদ্ধি ও মানসিক বিকাশ পরিমিত পুষ্টির উপর নির্ভর করে। মায়েদের পুষ্টি এবং সুস্বাস্থ্যের জন্য গর্ভধারণের আগে, গর্ভাবস্থায় এবং দুগ্ধদানকালে পর্যাপ্ত খাদ্যগ্রহণ, সঠিক খাদ্যাভাস এবং পুষ্টি সেবাকে নিশ্চিত করা দরকার। অপুষ্টির কারণে গর্ভাবস্থায় ও প্রসবের সময় জটিলতা বাড়ে, মা, নবজাতক ও শিশুর অসুস্থতা বৃদ্ধি পায় এবং মৃত্যুও হতে পারে (১)।

মাতৃ অপুষ্টি বিভিন্ন রকম হতে পারে। যেমন : ক্ষীণকায়, অতি ওজন বা স্থুলকায় ও খর্বকায়। কোনো নারীর BMI ১৮.৫ এর কম হলে তাকে ক্ষীণকায়; কোনো নারীর BMI ২৫-এর বেশি হলে তাকে অতি ওজন বা স্থুলকায়; কোনো নারীর উচ্চতা ১৪৫ সে. মি.-এর কম হলে তাকে খর্বকায় বলা হয়। আবার কোনো নারীর রক্তে রক্তকণিকা (RBC)-র মোট সংখ্যা বা হিমোগ্লোবিনের পরিমাণ স্বাভাবিকের চেয়ে কমে গেলে তা রক্তস্বল্পতা নামে পরিচিত। এই ধরনের অপুষ্টি মায়েদের এবং শিশুদের স্বাস্থ্যের সমস্যা দীর্ঘস্থায়ী করে।

মায়েদের অপুষ্টির ফলে অসুস্থতার প্রকোপ ও চিকিৎসা-অর্থব্যয় হ্রাস করার জন্য মায়েদের পুষ্টি উন্নয়নে যথাযথ প্রচেষ্টা গ্রহণ করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। মাতৃস্বাস্থ্য এবং ভ্রূণের যথাযথ বৃদ্ধি ও বিকাশের ক্ষেত্রে মাতৃপুষ্টির সমন্বিত সেবা যে গুরুত্বপূর্ণ অবদান রাখে, এ বিষয়ে বিশ্বে যথেষ্ট প্রমাণ রয়েছে। মায়েদের পুষ্টি সম্পর্কিত কার্যক্রমগুলো জীবনব্যাপী সঠিক স্বাস্থ্য নিশ্চিত করতে অবদান রাখে। গর্ভাবস্থার আগে, গর্ভকালীন এবং গর্ভাবস্থার পরে গুণগত এবং সময়োপযোগী পুষ্টিসেবা প্রদান অপরিহার্য।

বাংলাদেশে মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম সুষ্ঠুভাবে পরিচালনার লক্ষ্যে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের জন্য সমন্বিত পুষ্টি নির্দেশনা থাকা দরকার। মায়েদের অপুষ্টি প্রতিরোধে বিভিন্ন পদক্ষেপ গ্রহণ, যেমন : পুষ্টি অবস্থা নির্ণয়, কাউন্সেলিং, সম্পূরক এবং চিকিৎসার মাধ্যমে সঠিক পুষ্টি নিশ্চিত করতে এই নির্দেশিকাটি ব্যবহৃত হবে।

এই অঞ্চলে নারী ও শিশুদের জন্য পুষ্টি কার্যক্রমকে উন্নত করতে ২০১৮ সালে অনুষ্ঠিত দক্ষিণ এশীয় আঞ্চলিক সহযোগিতা সংস্থা (সার্ক)-এর Stop Stunting: The Power of Maternal Nutrition বিষয়ক আঞ্চলিক সম্মেলনে গর্ভাবস্থায় এবং প্রসব পরবর্তী মায়েদের পুষ্টি সেবাকে আরো বিস্তৃত করার প্রেরণা দেয়া হয়েছে (২)। এই আঞ্চলিক সম্মেলনে বাংলাদেশের জন্য প্রস্তাবিত রোডম্যাপে মায়েদের পুষ্টি সম্পর্কিত নির্দেশিকা তৈরিতে অগ্রাধিকার দেয়া হয়েছে। বাংলাদেশে মায়েদের পুষ্টি কার্যক্রমকে আরো বেগবান করার প্রাথমিক পদক্ষেপ হিসেবে নির্দেশিকাটি তৈরি করার উদ্যোগ নেওয়া হয়েছে।

টেকসই উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রা (SDG) এবং বিশ্ব স্বাস্থ্য সম্মেলনের ঘোষণা অনুযায়ী বিশ্বব্যাপী পুষ্টি এবং স্বাস্থ্য ক্ষেত্রে অভীষ্ট লক্ষ্য অর্জনের জন্য মায়েদের পুষ্টি কার্যক্রমকে উন্নত করা জরুরি। মায়েদের পুষ্টি বিষয়ক এই নির্দেশিকাটি বাস্তবায়ন করা হলে দ্বিতীয় জাতীয় পুষ্টি কর্মপরিকল্পনা (২০১৬-২৫)- (৩)-এর লক্ষ্য অর্জনে সহায়ক ভূমিকা পালন করবে। এটি জাতীয় পুষ্টিসেবা কার্যক্রম কর্মপরিকল্পনাতে উল্লিখিত মায়েদের পুষ্টি কার্যক্রমকে বাস্তবায়ন করতেও সহায়তা করবে। এছাড়াও সার্ক আঞ্চলিক অ্যাকশন ফ্রেমওয়ার্ক-এর আঞ্চলিক লক্ষ্য অর্জনেও এটি অবদান রাখবে।

মায়ের সমগ্র জীবনকাল অর্থাৎ কৈশোরকালীন, প্রাক-গর্ভাবস্থা, গর্ভাবস্থা এবং শিশুর ২ বছর বয়স পর্যন্ত দুগ্ধদানকালীন সময়ে মায়েদের সঠিক পুষ্টি সুরক্ষা এবং প্রচারের জন্য এই নির্দেশিকাটি একটি সমন্বিত উদ্যোগ। প্রসব-পূর্ব সেবার ক্ষেত্রে ২০১৬ সালে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার সুপারিশমালায় (2016 WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience) (৪) মা এবং শিশুর স্বাস্থ্য উন্নয়নের জন্য মায়েদের পুষ্টি কার্যক্রমের বিষয়ে সুপারিশ করা হয়েছে। অন্যদিকে, এই সুপারিশমালায় বাংলাদেশে মায়েদের পুষ্টি কার্যক্রমকে আরো বেগবান করা এবং মায়েদের পুষ্টির অগ্রগতি ত্বরান্বিত করার কথা বলা হয়েছে।

এই নির্দেশিকার মাধ্যমে মাতৃপুষ্টি সেবাদানের (যেমন : পুষ্টিকর খাদ্য গ্রহণ এবং গর্ভাবস্থায় শারীরিকভাবে সক্রিয় থাকা; দৈনিক শক্তি ও আমিষ গ্রহণ বাড়ানো এবং আয়রন ফলেট বড়ি, ক্যালসিয়াম বড়ি সম্পর্কে কাউন্সেলিং ও পুষ্টি শিক্ষা ইত্যাদি) ক্ষেত্রে যে অসম্পূর্ণতা রয়েছে, তা সমাধান করা যাবে। এছাড়াও জাতিগত অবস্থা, বসবাসের স্থান, শিক্ষাগত অবস্থা, অথবা আর্থিক অবস্থা নির্বিশেষে সকল নারী যেন যত দ্রুত সম্ভব মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম গ্রহণ করে এবং গর্ভকালীন ও গর্ভাবস্থার পরেও যেন এসব কার্যক্রম অব্যাহত থাকে, তা নিশ্চিত করতে এই নির্দেশিকাটি সহায়তা করবে। এই নির্দেশিকাটি সহায়ক হবে :

- জাতীয় মৌলিক স্বাস্থ্যসেবা প্যাকেজে (Essential Service Package) মাতৃপুষ্টির বিষয়টিকে শক্তিশালী করার জন্য এবং
- জাতীয় স্বাস্থ্য ব্যবস্থা যেন সর্বস্তরে ন্যায্য এবং মানসম্পন্ন মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম প্রদান করতে পারে তা নিশ্চিত করতে।

বাংলাদেশে পূর্বে প্রণীত অন্যান্য নির্দেশিকা এবং বর্তমানে আন্তর্জাতিকভাবে স্বীকৃত বিভিন্ন সুপারিশমালার উপর ভিত্তি করে এই নির্দেশিকা তৈরি করা হয়েছে।

শহর ও পল্লী অঞ্চলে জাতীয়, আঞ্চলিক এবং কমিউনিটি পর্যায়ে মাতৃপুষ্টি কর্মসূচি প্রণয়ন, বাস্তবায়ন, মনিটরিং এবং মূল্যায়নে সক্রিয়ভাবে জড়িত সকল অংশীদারগণ এই নির্দেশিকা ব্যবহার করতে পারবেন। এই ‘অংশীদার’-দের মধ্যে স্বাস্থ্যসেবা ও স্বাস্থ্য খাতের কর্মসূচি বাস্তবায়নকারী ও ব্যবস্থাপক, নীতিনির্ধারক, সরকারসহ সব অংশীদার, সুশীল সমাজ, বেসরকারি/কর্পোরেট খাতের বাস্তবায়নকারী, গবেষক, জাতিসংঘের বিভিন্ন সংস্থা এবং উন্নয়ন সহযোগীসমূহ অন্তর্ভুক্ত রয়েছে।

এই নির্দেশিকা তিনটি ভাগে বিভক্ত-

ভূমিকা : এই অংশে বাংলাদেশ এবং বিশ্বজুড়ে মাতৃপুষ্টি সম্পর্কিত বিষয়গুলোর একটি সংক্ষিপ্ত বিবরণ; বাংলাদেশের কিশোরী, প্রজনন সক্ষম নারী, গর্ভবতী মা এবং দুগ্ধদানকারী মায়েদের পুষ্টির বর্তমান অবস্থা, মাতৃপুষ্টির উপকারিতা; এই নির্দেশিকা তৈরির যৌক্তিকতা এবং এর পরিধি, অভীষ্ট লক্ষ্য এবং উদ্দেশ্য সম্পর্কে ধারণা দেয়া হয়েছে।

অধ্যায় ১ : বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার (WHO) সুপারিশমালার আলোকে প্রতিটি টার্গেট গ্রুপের জন্য মাতৃপুষ্টি সেবার মূলনীতিসমূহ প্রদান করা; বাংলাদেশের প্রেক্ষাপটে সুপারিশমালা গ্রহণের পক্ষে যুক্তি তুলে ধরা; কিশোরীদের পুষ্টির বর্তমান অবস্থার উন্নতি ঘটিয়ে বংশ পরম্পরায় চলে আসা অপুষ্টি চক্র ছিন্ন করার গুরুত্ব তুলে ধরা; এবং একই সাথে মাতৃ ও শিশু অপুষ্টি এবং মা ও নবজাতকের অসুস্থতা ও মৃত্যুহার কমিয়ে আনার লক্ষ্যে গর্ভধারণের আগে, গর্ভাবস্থায় ও প্রসব-পরবর্তী পর্যাপ্ত মাতৃপুষ্টি সেবা সম্পর্কে প্রচারণা বিষয়ে এই অংশে নির্দেশনা রয়েছে।

অধ্যায় ২ : এই অংশে কম জন্মওজন প্রতিরোধ করার কার্যক্রমসহ কিশোরী, গর্ভবতী মা এবং দুগ্ধদানকারী মায়েদের পুষ্টির উন্নতির জন্য সুপারিশকৃত অন্যান্য কার্যক্রমের বিস্তারিত বিবরণ দেয়া হয়েছে । মূল সুপারিশগুলোর মধ্যে রয়েছে পুষ্টি অবস্থার মূল্যায়ন, খাদ্য ও সম্পূরক গ্রহণের মাধ্যমে অনুপুষ্টির ঘাটতি রোধ ও নিয়ন্ত্রণ, পুষ্টি কাউন্সেলিং ও চিকিৎসা। এছাড়াও, এই অংশে মাতৃপুষ্টির অগ্রগতি পর্যবেক্ষণের জন্য সূচক এবং প্রস্তাবিত কৌশলের বাস্তবায়ন পরিকল্পনা তুলে ধরা হয়েছে।

১. প্রারম্ভিক

১.১ মাতৃপুষ্টির গুরুত্ব

এই নির্দেশিকায় **'মাতৃপুষ্টি'** শব্দটি প্রজনন সক্ষম (১৫ থেকে ৪৯ বছর বয়সি) সকল নারীর পুষ্টি অর্থে ব্যবহৃত হয়েছে, যা পক্ষান্তরে তার নিজের এবং গর্ভস্থ-শিশু/শিশুর পুষ্টি ও স্বাস্থ্যকে প্রভাবিত করে। অন্যান্য বয়সি নারীদের তুলনায় প্রজনন সক্ষম নারী ও কিশোরীদের পুষ্টির চাহিদা বেশি থাকে। এর ফলে প্রজনন সক্ষম নারী পুষ্টি ঘাটতির ঝুঁকিতে থাকে। **গর্ভধারণ থেকে শুরু করে শিশুর ২ বছর বয়স (প্রথম ১০০০ সোনালি দিন) পর্যন্ত** মাতৃপুষ্টি বিশেষভাবে গুরুত্বপূর্ণ। গর্ভবতী বা দুগ্ধদানকারী মায়েদের সুষম এবং পর্যাপ্ত খাদ্যের প্রয়োজন হয়। পুষ্টিকর খাবার মায়েদের, ভ্রূণের এবং দুগ্ধদানকালে মায়েদের বাড়তি পুষ্টি চাহিদা মেটাতে শক্তি, আমিষ, ভিটামিন এবং খনিজ লবণ সরবরাহ করে। তবে, বাংলাদেশসহ বেশিরভাগ নিম্ন উন্নয়নশীল এবং মধ্য আয়ের দেশে অধিকাংশেরই গর্ভাবস্থায় খাদ্য গ্রহণের পরিমাণ অপর্যাপ্ত এবং যা মায়েদের অপুষ্টির ঝুঁকি বৃদ্ধি করে।

মা, নবজাতক ও শিশুদের সুস্বাস্থ্য ও মেধা বিকাশের জন্য গর্ভধারণের আগে, গর্ভাবস্থায় এবং দুগ্ধদানকালে মায়েদের পুষ্টিকর খাদ্যগ্রহণ অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ (৯)(১০(১১)(১২)। যেসব গর্ভবতী মায়েদের পুষ্টির ঘাটতি রয়েছে, তাদের কম জন্মওজনের শিশু জন্মদানের ঝুঁকি বেশি। প্রাপ্তবয়সে এসব শিশুদের উচ্চতা কম হওয়ার সম্ভাবনা বেশি থাকে। খর্বকায় মায়েদের কম জন্মওজনের শিশু জন্মদানের সম্ভাবনা রয়েছে। এভাবে, এটি অপুষ্টির একটি দুষ্টচক্র তৈরি করে। গর্ভধারণের আগে, গর্ভাবস্থায় এবং ছোট শিশুর মায়েদের যথাযথ পুষ্টি নিশ্চিত করা পুষ্টির এই দুষ্টচক্র ভাঙতে সহায়তা করে (১১)(১২) (৯) (১৩) (১৪)।

১.২ মাতৃ অপুষ্টির কারণসমূহ এবং এর ফলাফল

মাতৃ অপুষ্টির কারণসমূহ

মাতৃ অপুষ্টির মূল কারণসমূহ অপর্যাপ্ত খাদ্যাভাস ও যত্ন এবং অপ্রতুল স্বাস্থ্যসেবা। অন্তর্নিহিত কারণ হলো দারিদ্র্য, লিঙ্গ বৈষম্য (Gender inequality) এবং বাল্যবিবাহ, গর্ভধারণ ও সন্তান জন্মদানের উচ্চ হার। ফলে মা থেকে শিশু পর্যন্ত বংশ পরম্পরায় অপুষ্টির একটি চক্র (আন্তঃপ্রজন্ম চক্র) তৈরি হয় (৯) (১০) (১৫)।

আর্থ-সামাজিক বিষয় এবং পারিবারিক, সামাজিক, সাংস্কৃতিক ও লিঙ্গ বৈষম্য দ্বারা উপরে বর্ণিত মাতৃ অপুষ্টির মূল এবং অন্তর্নিহিত কারণসমূহ প্রভাবিত হয়। এদের মধ্যে নারীদের শিক্ষা, কর্মসংস্থান, লিঙ্গ বৈষম্য, পারিবারিক পর্যায়ে সিদ্ধান্ত গ্রহণের ক্ষমতা এবং নিজেদের পুষ্টিতে নারীদের সক্ষমতা অন্তর্ভুক্ত। মাতৃশিক্ষার সূচকগুলো নারীর ক্ষমতায়ন এবং শিশুর উন্নত পুষ্টির সাথে অবিচ্ছেদ্যভাবে জড়িত।

মাতৃ অপুষ্টির ফলাফল

গর্ভাবস্থার আগে মায়েদের BMI (বডি ম্যাস ইনডেক্স) কম (ক্ষীণকায়) থাকলে মাতৃমৃত্যু এবং অসুস্থতার ঝুঁকি বেড়ে যায়। অপর দিকে, গর্ভাবস্থার আগে মায়েদের BMI বেশি (অতি ওজন অথবা স্থূলতা) থাকলে বিভিন্ন ধরনের জটিলতা হতে পারে, যেমন : সময়ের আগে প্রসব, গর্ভকালীন ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ এবং অস্ত্রোপচারের মাধ্যমে প্রসব (১০) (১৬) (১৭)।

গর্ভাবস্থায় অতি ওজন অথবা স্থূলতার কারণে অস্ত্রোপচারের মাধ্যমে প্রসবের সম্ভাবনা বেড়ে যায়। অর্থাৎ গর্ভস্থ শিশু সময়ের তুলনায় বেশি ওজনের হয় (Large for gestational age) (১৮) (১৯) (২০)। এছাড়াও, গর্ভাবস্থায় যেসব মায়ের ওজন তেমন একটা বাড়ে না, তাদের রক্তস্বল্পতা, অনুপুষ্টির ঘাটতি এবং অ্যামনায়টিক পর্দা ফেটে যাওয়ার (Premature rupture of membranes) ঝুঁকি থাকে।

কম শারীরিক উচ্চতা (১৪৫ সেন্টিমিটারের কম) একটি অপরিবর্তনীয় বিষয়। শৈশবে অপুষ্টিজনিত কারণে এটি হতে পারে। যার ফলে শিশুর পরিপূর্ণ বিকাশ বাধাগ্রস্ত হয় ও প্রাপ্ত বয়স্ক অবস্থায় তার উচ্চতা কম হয় (২১) (২২) এবং সে খর্বাকৃতির হয়। কম উচ্চতাসম্পন্ন নারীদের গর্ভাবস্থায় জটিলতার ঝুঁকি বেড়ে যায়। যেমন : সিপিডি (CPD-cephalopelvic disproportion) অর্থাৎ গর্ভস্থ শিশুর মাথার তুলনায় মায়ের পেলভিস সরু হওয়ায় সন্তান প্রসব বাধাগ্রস্ত হয়। এক্ষেত্রে নিরাপদ প্রসব নিশ্চিত করতে অস্ত্রোপচারের সহায়তার প্রয়োজন হতে পারে, না হলে ফিস্টুলার মতো জটিল অবস্থা সৃষ্টি হতে পারে। দারিদ্রপীড়িত মায়েদের জন্য স্বাভাবিক প্রসবের পরিবর্তে অস্ত্রোপচারের মাধ্যমে প্রসব সহজলভ্য নাও হতে পারে। আবার অস্ত্রোপচারের মাধ্যমে প্রসবের ক্ষেত্রে মায়েদের অসুস্থতা এবং মৃত্যুর ঝুঁকি বেড়ে যায় (৯) (১০)।

রক্তস্বল্পতা নারীদের সুস্বাস্থ্য, শারীরিক ক্ষমতা এবং কর্ম-দক্ষতার উপর প্রভাব ফেলে। মায়েদের অসুস্থতা (যেমন : শারীরিক দুর্বলতা, ক্লান্তি, মাথা ঘোরা) এবং মৃত্যুর ঝুঁকি বাড়িয়ে তোলার সাথে রক্তস্বল্পতার সম্পর্ক রয়েছে (২৩) (২৪) (২৫)। আবার ফলিক অ্যাসিডের ঘাটতি, রক্তস্বল্পতা এবং পেরিফেরাল স্নায়ুরোগের সাথে সম্পর্কিত (২৬)। গর্ভাবস্থায় আয়োডিনের ঘাটতির ফলে অকালে গর্ভপাত পর্যন্ত হতে পারে (২৭) এবং ক্যালসিয়ামের ঘাটতি প্রি-এক্লাম্পসিয়ার ঝুঁকি বাড়িয়ে তুলতে পারে (২৮)।

গর্ভাবস্থায় পুষ্টির চাহিদা পূরণ করা সম্ভব না হলে তা কেবল মায়েদের স্বাস্থ্যকেই নয়, ভ্রূণ এবং ছোট শিশুর স্বাস্থ্য, পুষ্টির অবস্থা, বৃদ্ধি এবং বিকাশকেও প্রভাবিত করে (৯) (১)। প্রকৃতপক্ষে, একটি শিশুর মস্তিষ্ক বিকাশের উল্লেখযোগ্য অংশ গর্ভাবস্থায় ঘটে থাকে। অপুষ্টি ও খাদ্যের অপর্যাপ্ততা বা অসুস্থতার কারণে মা ক্ষীণকায় ও খর্বকায় হয় এবং কম জন্মওজনের শিশু প্রসবের ঝুঁকি বেড়ে যায়। উপরিবাহুর মধ্যভাগের পরিধি (মুয়াক)[১] ২১ সে.মি. এর কম হলে গর্ভবতী মা অপুষ্টিতে ভোগে এবং এটি গর্ভাবস্থায় শিশুর বৃদ্ধি বাধাগ্রস্ত হওয়া (IUGR), কম জন্মওজন এবং নবজাতকের অসুস্থতার সাথে সম্পর্কিত (৩০)। গর্ভবতী মায়েদের কম উচ্চতার বিষয়টি গর্ভাবস্থায় শিশুর বৃদ্ধি বাধাগ্রস্ত হওয়া (IUGR) ও কম জন্মওজন এবং পাশাপাশি শিশুর মৃত্যুর ঝুঁকি বেড়ে যাওয়ার সাথেও সম্পর্কিত (১০) (৩১)।

গর্ভবতী মায়েদের রক্তস্বল্পতা ও ক্যালসিয়ামের-ঘাটতি হলে কম জন্মওজনের শিশু ও গর্ভকালীন বয়সের তুলনায় কম ওজনের শিশু (SGA) এবং সময়ের আগে জন্ম নেয়া শিশু প্রসবের সম্ভাবনা থাকে। এসব শিশু পরবর্তী জীবনে বিভিন্ন অসংক্রামক রোগ, যেমন : ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, হৃদরোগ, ইত্যাদি রোগের ঝুঁকিতে থাকে (৩২)। গর্ভাবস্থায় অন্যান্য অনুপুষ্টির (ফলেট, আয়োডিন) ঘাটতির ফলে শিশু খর্বকায় হতে পারে, শিশুর স্নায়ু সংক্রান্ত ও অন্যান্য জন্মগত ত্রুটি হতে পারে; এছাড়াও শিশুর রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা ও বুদ্ধিমত্তা হ্রাস পেতে পারে, ক্রিটিনিজম ও স্নায়ুতন্ত্রের বিকাশে বিলম্ব হতে পারে (১০) (২৬) (২৭) (২৮)।

---

১ গর্ভবতী মায়েদের অপুষ্টি নির্ণয়ের ক্ষেত্রে উপরিবাহুর মধ্যভাগের পরিধি (মুয়াক) সঠিক কাট অফ মান নির্ণয় করা একটি জটিল সমস্যা। এ বিষয়টি নির্ভর করে ঝুঁকিপূর্ণ হিসেবে চিহ্নিত গর্ভবতী মায়েদের কার্যক্রমে সংযুক্ত বা ফলো-আপ করার জন্য সম্পদের পর্যাপ্ততা, বিভিন্ন কার্যক্রমের কার্যকারিতা এবং শিশুর জন্য পরিণতির জন্য প্রত্যাশিত উন্নতির মাত্রার উপর। যেহেতু গর্ভবতী মায়েদের জন্য আন্তর্জাতিক প্রমাণ-ভিত্তিক মুয়াক-এর কোনো প্রতিষ্ঠিত কাট অফ মান নেই, তাই বিভিন্ন দেশ এবং কর্মসূচি গর্ভবতী মায়েদের জন্য মুয়াক-এর নির্দিষ্ট মাপকাঠি নির্ধারণ করার আগে cost-benefit analysis করেছেন। গর্ভবতী এবং দুগ্ধদানকারী মায়েদের ক্ষেত্রে ২৩.৫ সেন্টিমিটারের কম পরিমাপকে নিম্ন মুয়াক হিসেবে বিবেচনা করা হয়।

মায়েদের অপুষ্টির ফলাফল এবং শিশুদের জন্য মাতৃপুষ্টির প্রভাব সারণি ১-এ সংক্ষিপ্ত আকারে বর্ণনা করা হয়েছে।

সারণি ১ : মায়েদের এবং গর্ভস্থ-শিশু ও শিশুদের জন্য মাতৃ অপুষ্টির প্রভাব

সমস্যা বা জটিলতা	মায়েদের ক্ষেত্রে	গর্ভস্থ-শিশু ও শিশুদেও ক্ষেত্রে
ক্ষীণকায় (BMI < ১৮.৫ কেজি/ মিটার২)*	অসুস্থতা ও মাতৃমৃত্যু,	কম জন্মওজন, গর্ভকালীন বয়সের তুলনায় কম ওজনের শিশু (SGA), এবং গর্ভবস্থায় শিশুর বৃদ্ধি বাধাগ্রস্ত হওয়া (IUGR)
অতি ওজন ও স্থূলতা (BMI ≥২৫ কেজি/ মি২)*	গর্ভকালীন ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপজনিত রোগ, মেটাবলিক সিন্ড্রোম, দীর্ঘস্থায়ী প্রসব, প্রসব-পরবর্তী রক্তক্ষরণ এবং রক্তস্বল্পতা	গর্ভকালীন বয়সের তুলনায় বড় শিশু (Large for gestational age) এবং শিশুটি জীবনের পরবর্তী পর্যায়ে অতি ওজন বা স্থূলকায় হতে পারে
কম শারীরিক উচ্চতা (<১৪৫ সেন্টিমিটার)	সন্তান প্রসবের সময় বাধা, জরায়ু-মূত্রনালীতে ফিস্টুলা, মায়েদের অসুস্থতা ও মৃত্যু	কম জন্মওজন, গর্ভাবস্থায় শিশুর বৃদ্ধি বাধাগ্রস্ত হওয়া (IUGR) এবং শিশুমৃত্যুর ঝুঁকি বৃদ্ধি
আয়রনের ঘাটতি জনিত রক্তস্বল্পতা	ক্লান্তি, অজ্ঞান হয়ে যাওয়া, ঘুমে ব্যাঘাত হওয়া, বুক ধরফর করা, প্রসবের সময় রক্তপাত ও মাতৃমৃত্যুর ঝুঁকি বৃদ্ধি পাওয়া	কম জন্মওজন, গর্ভকালীন বয়সের তুলনায় কম ওজনের শিশু (SGA)
ফলিক অ্যাসিডের ঘাটতি	মেগালোব্লাষ্টিক রক্তস্বল্পতা, দুর্বলতা, অবিরাম ক্লান্তিভাব, অলসতা (letharg), শ্বাসকষ্ট	খর্বাকৃতি, স্নায়ুবিক এবং জন্মগত সমস্যা, প্রতিরোধ ক্ষমতা কমে যাওয়া, ক্রিটিনিজম, স্নায়ুর বিকাশে দেরি হওয়া এবং বুদ্ধিমত্তা কমে যাওয়া (১০) (২৬) (২৭) (২৮)।
আয়োডিনের ঘাটতি	মায়েদের হাইপোথাইরয়েডের সমস্যা, হঠাৎ করে গর্ভপাত	
অপর্যাপ্ত ক্যালসিয়াম গ্রহণ	মায়েদের উচ্চ রক্তচাপ, প্রি-এক্লাম্পশিয়া এবং এক্লাম্পশিয়া; গর্ভফুল আলগা হয়ে যাওয়া (Placental abruption)	কম জন্মওজন, গর্ভকালীন বয়সের তুলনায় কম ওজনের শিশু (SGA)

***প্রাক-গর্ভাবস্থা বা গর্ভধারণের ১২ সপ্তাহের মধ্যে BMI অনুযায়ী শারীরিক অবস্থা**

২. বাংলাদেশে মাতৃপুষ্টি পরিস্থিতি

বাংলাদেশে মাতৃপুষ্টি পরিস্থিতি একটি বড় ধরনের উদ্বেগের বিষয়। মাতৃ অপুষ্টির ট্রিপল বার্ডেন : অপুষ্টি, অনুপুষ্টির ঘাটতি এবং অতি পুষ্টি (অতি ওজন ও স্থূলতা) দিয়ে এই বিষয়টিকে বোঝানো হয়। বাংলাদেশে প্রজনন সক্ষম ১৯% নারীর কম ওজন থাকে (BMI<১৮.৫ কেজি/মি২) এবং ১৩% নারীর শারীরিক উচ্চতা কম হয় (১৪৫ সেন্টিমিটারের কম); ৪২% নারী রক্তস্বল্পতায় ভোগে। এছাড়াও ২৪% নারী অতি ওজন বা স্থূলকায় হয় (সারণি ২ দ্রষ্টব্য)। প্রজনন সক্ষম নারীদের মধ্যে ১৫ থেকে ১৯ বছর বয়সি নারীদের কম ওজনের (১৮.৫ কেজি/মি২ এর নিচে) হার সব চেয়ে বেশি (৩১%)। গত দুই দশকে প্রজনন সক্ষম নারীদের মধ্যে কম ওজনের হার ক্রমান্বয়েহ্রাস পেয়েছে। অন্যদিকে, ২০০৭ সাল থেকে ২০১৪ সাল পর্যন্ত তাদের মধ্যে অতি ওজন এবং স্থূলকায় হওয়ার হার (BMI ≥ ২৫ কেজি/মি²) প্রায় দ্বিগুণ হয়েছে। যদিও এই সময়ের মধ্যে বাংলাদেশে কম উচ্চতাসম্পন্ন নারীদের হার ব্যাপকভাবেহ্রাস পেয়েছে, কিন্তু এখনও এশিয়ার দেশগুলির মধ্যে অন্যতম সর্বোচ্চ।

সারণি ২ : প্রজনন সক্ষম (১৫-৪৯ বছর বয়সি) নারীদের পুষ্টি পরিস্থিতি

সূচক	বাংলাদেশ (%)
কম ওজনের হার (BMI < **১৮.৫ কেজি/মি২**)	১৮.৬
অতি ওজনের হার (BMI ≥**২৫ কেজি/মি২**)	২৩.৮
স্থূলতার হার (BMI ≥**৩০ কেজি/মি২**)	৪.৪
কম শারীরিক উচ্চতার হার (১৪৫ সেমি কম)	১২.৬
রক্তস্বল্পতার হার (Hb<**১২ ম**/dL)	৪২.৪
গর্ভবতী মায়েদের রক্তস্বল্পতার হার (Hb<**১১ ম**/dL)	৪৯.৬
মাতৃমৃত্যুর হার (প্রতি লক্ষ জীবিত জন্মে)	১৬৩.০ (svrs 2020)
কিশোরীদের (১৫-১৯ বছর) প্রজনন হার (প্রতি হাজার জন্মে)	৮৩.০ (৩৬)

মায়েদের কম শারীরিক উচ্চতা, কম ওজন এবং অনুপুষ্টির ঘাটতি রয়েছে। একইভাবে, অতি ওজন হওয়ার হারও বেড়ে যাচ্ছে। সে কারণে অপুষ্টির দুষ্টচক্রকে ভাঙতে প্রজনন সক্ষম নারীদের মধ্যে অপুষ্টির ট্রিপল বার্ডেন মোকাবিলা করা দরকার।

বিশ্বব্যাপী রক্তস্বল্পতায় ভোগে এমন ৬১ কোটি ৩০ লক্ষ নারীদের মধ্যে প্রজনন সক্ষম নারীর সংখ্যা আনুমানিক প্রায় ১ কোটি ৮২ লক্ষ, যার মধ্যে প্রায় ৩%-এর বাস বাংলাদেশে (WHO গ্লোবাল ট্র্যাকিং টুল) (৩৭)। সহজভাবে বলা যায়, বাংলাদেশে প্রতি ১০ জন নারীর মধ্যে ৪ জন রক্তস্বল্পতায় ভোগে। পূর্বের গবেষণায় দেখা গেছে যে, কিশোরীদের মধ্যে রক্তস্বল্পতার হার বেশি (৩০% থেকে ৪০%) (৩৮) (৩৯)। বিশ্ব স্বাস্থ্য সম্মেলনের লক্ষ্যমাত্রা ২০২৫ সালের মধ্যে প্রজনন সক্ষম নারীদের রক্তস্বল্পতার হার ৫০% কমিয়ে আনা-পূরণে বাংলাদেশ বেশ পিছিয়ে রয়েছে। এছাড়াও, দেশে অন্যান্য অনুপুষ্টির ব্যাপক ঘাটতি রয়েছে (যেমন : জিঙ্ক, ফলেট, ভিটামিন বি-১২, ক্যালসিয়াম, ভিটামিন ডি, আয়োডিন, আয়রন এবং ভিটামিন এ) এবং বস্তিতে বসবাসকারী জনগোষ্ঠী ও নিম্ন আর্থ-সামাজিক গোষ্ঠীর মধ্যে এই হার সর্বাধিক (৪০)। এই লেখাটি তৈরির সময় গর্ভবতী, দুগ্ধদানকারী মায়েদের এবং কিশোরীদের অনুপুষ্টির ঘাটতির অবস্থা সম্পর্কে বাংলাদেশে সাম্প্রতিক সময়ের জাতীয় কোনো পরিসংখ্যান পাওয়া যায়নি। গর্ভবতী মায়েদের মাত্র ৪৭% ৪+ প্রসব-পূর্ব সেবা (ANC 4+) নিয়েছেন (৩৩) এবং ১৮% অন্তত ১০০টি আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি খেয়েছেন (৪১)। বাংলাদেশে মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম এবং প্রসব-পূর্ব সেবার (ANC) সময়কাল ও মানসম্পন্ন সেবার যথেষ্ট সুযোগ রয়েছে।

২ ১৫-১৯ বছর বয়সী মেয়েদের প্রতি ১০০০ জন্মে

এছাড়াও, ২০১৫ সালে পরিচালিত জাতীয় কম জন্মওজন সমীক্ষা অনুযায়ী ২৩% শিশু কম জন্মওজন নিয়ে জন্মগ্রহণ করেছে (৪৩)। এছাড়াও, ক্ষীণকায় ও খর্বকায় মায়েদের কম জন্মওজনের শিশু জন্মদানের সম্ভাবনা বেশি। অল্প বয়সে বিয়ে এবং গর্ভাবস্থা বাংলাদেশের মায়েদের দুর্বল পুষ্টি অবস্থার ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে। দেশে কিশোরী বয়সে (১০ থেকে ১৯ বছর) গর্ভাধারণের বিষয়টি অত্যন্ত উদ্বেগজনক, যার কারণে মায়েদের পুষ্টি অবস্থার অবনতি ঘটে এবং কম জন্মওজনের শিশুর জন্মদানের ঝুঁকি বৃদ্ধি পায় (৪৪)। প্রায় অর্ধেক বাংলাদেশি নারী ১৮ বছর বয়সে এবং ৭০% নারী ২০ বছর বয়সে সন্তান জন্ম দেয় (৪৪)। বাল্যবিবাহের কারণে এটি হয়ে থাকে। কারণ, ১৫ থেকে ১৯ বছর বয়সি কিশোরীদের মধ্যে ৩৯% ১৮ বছর বয়সে এবং ১২% ১৫ বছর বয়সে বিয়ে হয় (৩৩)। বর্তমানে কোভিড প্যানডেমিক পরিস্থিতিতে বাল্যবিবাহ আরো বৃদ্ধি পেয়েছে। কিশোরী বয়সে গর্ভধারণের উচ্চ হার বাংলাদেশে মাতৃমৃত্যুর অন্যতম কারণ। এছাড়াও, বাল্যবিবাহ কিশোরীদের স্বাস্থ্যের পাশাপাশি তাদের সন্তানদের স্বাস্থ্যের উপরেও প্রতিকূল প্রভাব ফেলে। মাতৃমৃত্যু হ্রাস করার বিষয়ে সিদ্ধান্ত গ্রহণ করার সময় এই বিষয়টি বিবেচনা করতে হবে।

৩. নীতিমালা এবং কৌশল পটভূমি

মাতৃপুষ্টি সম্পর্কিত এই নির্দেশিকাগুলি দ্বিতীয় জাতীয় পুষ্টি কর্মপরিকল্পনায় (২০১৬-২০২৫) বর্ণনা করা হয়েছে এবং ২০১৫ সালের জাতীয় পুষ্টি নীতি (ঘঘচ)-র পরিকল্পনা ও কর্মকৌশলের কার্যকর বাস্তবায়নে অবদান রাখবে (৩)। এই নির্দেশিকা তৈরির জন্য ব্যবহৃত মূল জাতীয় নির্দেশিকাসমূহ ও নীতিমালা সারণি ৩-এ দেওয়া হয়েছে।

সারণি ৩ : মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকার সাথে সম্পর্কিত জাতীয় নীতিমালা ও নির্দেশিকা

	শিরোনাম, বিভাগ এবং প্রকাশের বছর	কিশোরী	গর্ভধারণের আগে	গর্ভাবস্থায়	প্রসব পরবর্তী
১.	National Action Plan for Maternal Health 2020-2030, Ministry of Health and Family Welfare, 2020 (45)		X	X	X
২.	Health, Nutrition, and Population Strategic Investment Plan (HNPSIP) 2016-2020, Ministry of Health and Family Welfare, 2016 (46)	X	X	X	X
৩.	জাতীয় পুষ্টি নীতি ২০১৫, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, ২০১৫	X	X	X	X
৪.	দ্বিতীয় জাতীয় পুষ্টি কর্মপরিকল্পনা ২০১৬-২০২৫, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, ২০১৭, (৩)	X	X	X	X
৫.	Operational Plan of the National Nutrition Services. Health, Population and Nutrition Sector Development Program. Directorate General of Health Services. 2011. (47)	X	X	X	X
৬.	National Strategy for Adolescent Health 2017-2030, Ministry of Health and Family Welfare, 2016 (48)	X			

	শিরোনাম, বিভাগ এবং প্রকাশের বছর	কিশোরী	গর্ভধারণের আগে	গর্ভাবস্থায়	প্রসব পরবর্তী
৭.	National Strategy on Prevention and Control of Micronutrient Deficiencies, Bangladesh 2015-2024. Institute of Public Health Nutrition, Directorate General Health Services. 2015 (50)	X	X	X	X
৮.	বাংলাদেশ জাতীয় মাতৃস্বাস্থ্য কৌশলপত্র ২০১৯-২০৩০, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয়, ২০১৯, (৪৪)	X	X	X	X
৯.	দীপশিখা : দক্ষতামুখী পুষ্টি প্রশিক্ষণ- মডিউল ১। জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান, স্বাস্থ্যসেবা অধিদপ্তর। ২০১৬ (৫১)	X	X	X	X
১০.	খসড়া জাতীয় খাদ্য নির্দেশিকা (বয়স ও রোগভিত্তিক) (২৯)	X	X	X	X
১১.	জাতীয় খাদ্য নির্দেশিকা, বারডেম,২০১৩। (৫২)	X	X	X	X
১২.	কৈশোরকালীন পুষ্টি কার্যক্রম বাস্তবায়নে গাইডলাইন ২০২০। জাতীয় পুষ্টিসেবা, জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান, স্বাস্থ্যসেবা অধিদপ্তর, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় । (৫৩)	X			
১৩.	Maternal Health: Standard Operating Procedures. Volume-1 Ministry of Health and Family Planning, date publication unknown (54)			X	X
১৪.	Maternal Health: Standard Operating Procedures. Volume-2 Ministry of Health and Family Planning, date publication unknown (55)	X	X	X	X
১৫.	BANGLADESH ESSENTIAL HEALTH SERVICE PACKAGE (ESP). Ministry of Health and Family Welfare. 2016 (56)	X	X	X	X
১৬.	National Guideline on Antenatal Care (ANC), Maternal Neonatal Child and Adolescent Health (MNC&AH), Directorate General of Health Services (DGHS). Year of publication unknown. (57)			X	
১৭.	Operational Guideline for Infant and Young Child Feeding in Emergencies for Bangladesh. Ministry of Health and Family Planning. 2019 (Final Draft). (58)		X	X	
১৮.	National Strategy for Anaemia Prevention and Control in Bangladesh. Institute of Public Health Nutrition, Ministry of Health and Family Welfare. 2007 (59)	X	X	X	X

	শিরোনাম, বিভাগ এবং প্রকাশের বছর	কিশোরী	গর্ভধারণের আগে	গর্ভাবস্থায়	প্রসব পরবর্তী
১৯.	NATIONAL ANAEMIA CONSULTATION: Report. Institute of Public Health and Nutrition and UNICEF. 2016. (60)	X	X	X	X
২০.	National guidelines for Vitamin A program in Bangladesh. Institute of Public Health, Directorate General of Health services. 2008 (61)				X
২১.	সমন্বিত দক্ষতামুখী পুষ্টি প্রশিক্ষণ : মডিউল ১ এবং ২, জাতীয় পুষ্টি সেবা, জনস্বাস্থ্য ও পুষ্টি ইনষ্টিটিউট। ২০০০ (৬২)	X		X	X

৪. নির্দেশিকার উদ্দেশ্য ও অভীষ্ট লক্ষ্য

সমন্বিত মাতৃপুষ্টি সেবা প্রদানের বিষয়ে স্বাস্থ্যসেবা প্রদানকারীদের সহায়তা করতে এই নির্দেশিকা পরিপূর্ণ দিকনির্দেশনা দেয়। বিদ্যমান সরকারি পুষ্টি নীতি কাঠামো ও কর্মপরিকল্পনাগুলোর সাথে এই নির্দেশিকাটি সামঞ্জস্যপূর্ণ।

এই নির্দেশিকার অভীষ্ট লক্ষ্য হলো দেশের মাতৃপুষ্টি সেবা পরিস্থিতির উন্নতি, আওতা বৃদ্ধি এবং মান উন্নয়নে সহায়তা করা। এই নির্দেশিকা বাস্তবায়নের মাধ্যমে ২০২৫ সালের মধ্যে দ্বিতীয় জাতীয় পুষ্টি কর্মপরিকল্পনার লক্ষ্য অর্জন করা সম্ভব হবে। এছাড়াও টেকসই উন্নয়ন অভীষ্ট -২ (যেমন : ক্ষুধার অবসান, খাদ্য নিরাপত্তা ও উন্নত পুষ্টিমান অর্জন এবং টেকসই কৃষির প্রসার- লক্ষ্যমাত্রা ২.২[৩]), টেকসই উন্নয়ন অভীষ্ট-৩ (যেমন : সকল বয়সি সকল মানুষের জন্য সুস্বাস্থ্য ও কল্যাণ নিশ্চিতকরণ লক্ষ্যমাত্রা ৩.১[৪] এবং লক্ষ্যমাত্রা ৩.২[৫]) এবং বিশ্ব স্বাস্থ্য সম্মেলনের ২০২৫ সালের অভীষ্ট লক্ষ্য অর্জন করার ক্ষেত্রে এই নির্দেশিকা সহায়তা করবে।

৩ ২০২৫ সালের মধ্যে অনূর্ধ্ব ৫-বছর বয়সি খর্বকায় ও বিকাশরুদ্ধ শিশু বিষয়ক আন্তর্জাতিকভাবে সম্মত সকল অভীষ্ট অর্জন এবং কিশোরী, গর্ভবতী ও স্তন্যদায়ী নারী ও বয়স্ক জনগোষ্ঠীর পুষ্টি চাহিদা পূরণসহ ২০৩০ সালের মধ্যে সকল ধরনের অপুষ্টির অবসান

৪ ২০৩০ সালের মধ্যে বিশ্বব্যাপী মাতৃমৃত্যুর অনুপাত প্রতি ১০০,০০০ জীবিত জন্মে ৭০ এর নিচে নামিয়ে আনা

৫ ২০৩০ সালের মধ্যে নবজাতক ও অনূর্ধ্ব ৫-বছর বয়সী শিশুর প্রতিরোধযোগ্য মৃত্যু বন্ধের পাশাপাশি সকল দেশের লক্ষ্য হবে প্রতি ১০০০ জীবিত জন্মে নবজাতকের মৃত্যুহার কমপক্ষে ১২-তে এবং প্রতি ১০০০ জীবিত জন্মে অনূর্ধ্ব ৫-বয়সি শিশুমৃত্যুর হার কমপক্ষে ২৫ এ নামিয়ে আনা

৫. নির্দেশিকার উদ্দেশ্য

১. কৈশোরকালীন, গর্ভাবস্থা এবং প্রসব পরবর্তী সময় থেকে সন্তানের ২ বছর বয়স পর্যন্ত মায়েদের পুষ্টি কার্যক্রম সম্পর্কে সমন্বিত, বিশ্বব্যাপী সুপারিশকৃত নির্দেশনা প্রদান করা।

২. শহর ও পল্লী অঞ্চলে স্বাস্থ্যকেন্দ্র এবং কমিউনিটিসহ সকল সরকারি এবং বেসরকারি প্ল্যাটফর্মের মাধ্যমে মানসম্পন্ন মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম বাস্তবায়ন করা।

৩. স্বাস্থ্য ব্যবস্থার মাধ্যমে প্রদান করা সুনির্দিষ্ট মাতৃপুষ্টি কার্যক্রমের সাথে স্বাস্থ্য খাতের অন্যান্য প্রাসঙ্গিক কর্মপরিকল্পনা এবং অন্যান্য খাতের পুষ্টি-সংবেদনশীল কার্যক্রমের সংযোগ স্থাপন করা। (অন্যান্য খাত : সামাজিক সুরক্ষা, পানি, পয়ঃনিষ্কাষণ ও স্বাস্থ্যবিধি এবং খাদ্য ব্যবস্থা)।

৬. এই নির্দেশিকার উদ্দিষ্ট জনগোষ্ঠী

উদ্দিষ্ট জনগোষ্ঠীর মধ্যে রয়েছে :

নীতি-নির্ধারক : নীতি নির্ধারকদের প্রভাবিত করতে এবং মাতৃপুষ্টি বিষয়ক আইন এবং বিধিমালা সংশোধন, শক্তিশালীকরণ ও প্রয়োগ করতে এই নির্দেশিকা ব্যবহার করা যেতে পারে।

সংশ্লিষ্ট মন্ত্রণালয় : মায়েদের সুনির্দিষ্ট এবং সংবেদনশীল পুষ্টি কার্যক্রম বাস্তবায়নের জন্য প্রাসঙ্গিক মন্ত্রণালয়সমূহকে (যেমন : স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা, শিক্ষা, কৃষি, খাদ্য, সমাজকল্যাণ, মহিলা ও শিশু, পানিসম্পদ, স্থানীয় সরকার ইত্যাদি) এই নির্দেশিকা পরামর্শ প্রদান করে।

সকল সংশ্লিষ্ট সরকারি অধিদপ্তর, দপ্তর, বিভাগ, জেলা, উপজেলা এবং মাঠ পর্যায়ের স্বাস্থ্য ব্যবস্থাপক ও স্বাস্থ্যকর্মী এবং পুষ্টিসেবা প্রদানকারী : এই নির্দেশিকা পুষ্টি-সংবেদনশীল কর্মসূচি বাস্তবায়নের জন্য উপরোক্ত সকলকে সমন্বিত মাতৃপুষ্টি কার্যক্রমের নির্দেশনা প্রদান করে।

উন্নয়ন সহযোগী ও বেসরকারি সংস্থা : মাতৃপুষ্টি কার্যক্রমকে অগ্রাধিকার দেয়ার জন্য ও এ সম্পর্কে পরিকল্পনা তৈরি করতে এই নির্দেশিকাটি ভিত্তি হিসেবে কাজ করতে পারে।

অধ্যায় ১ : মাতৃপুষ্টির মূল কথা

১. মাতৃ পুষ্টিসেবার মূলনীতিসমূহ ও পুষ্টির সুপারিশমালা

কৈশোর থেকে প্রসব পরবর্তী পর্যন্ত প্রতিটি নারীর পুষ্টি চাহিদাকে মাতৃপুষ্টি সেবা গুরুত্বারোপ করে। মাতৃপুষ্টি সেবার উপাদানগুলোর মধ্যে যেসব বিষয় অন্তর্ভুক্ত, সেগুলো হলো : পুষ্টি অবস্থা মূল্যায়ন, পুষ্টির দিক থেকে ঝুঁকিপূর্ণ নারীদের শনাক্তকরণ ও তাদের সেবা প্রদান, পুষ্টি সম্পূরক, পুষ্টি সম্পর্কিত সমস্যা, অসুস্থতা প্রতিরোধ ও তার ব্যবস্থাপনা এবং পুষ্টি শিক্ষা ও কাউন্সেলিং।

ভবিষ্যৎ গর্ভাবস্থার চাহিদা মেটাতে এবং গর্ভাবস্থার আগে সঠিক পুষ্টি অবস্থা নিশ্চিত করার জন্য কৈশোরকালীন সঠিক পুষ্টি এবং স্বাস্থ্যকর জীবনযাপন বিশেষ প্রয়োজন (৬৩)। কিশোরীদের জন্য কর্মসূচি প্রণয়ন, বাস্তবায়ন, পর্যবেক্ষণ এবং মূল্যায়নে পুষ্টির বিষয়কে গুরুত্ব দেবার জন্য প্রতিটি ক্ষেত্রে কিশোরীদের অংশগ্রহণ নিশ্চিত করা উচিত। এক্ষেত্রে বিভিন্ন প্রাতিষ্ঠানিক ও অপ্রাতিষ্ঠানিক ব্যবস্থার মাধ্যমে কিশোরীদের নিকট পৌছানোর বিষয়টি মনে রাখা দরকার।

গর্ভধারণের আগে মায়েদের পুষ্টি অবস্থার উন্নতি করা এবং গর্ভস্থ শিশু ও নবজাতকের জন্য ঝুঁকি তৈরি করতে পারে এমন আচরণ প্রতিরোধ করা জরুরি। এজন্য প্রাক গর্ভধারণের পুষ্টি কার্যক্রমগুলো তাদের অন্যান্য জৈবিক, আচরণগত ও সামাজিক স্বাস্থ্য কার্যক্রমের সাথে সামঞ্জস্যপূর্ণ করা উচিত। প্রাক-গর্ভাবস্থায়, গর্ভাবস্থায় এবং প্রসব পরবর্তী সময়ে পুষ্টি শিক্ষা, স্বাস্থ্যকর জীবনযাত্রা এবং শিশুর খাবার ও পুষ্টি (Infant and Young Child Feeding-IYCF) বিষয়ে কাউন্সেলিং করার জন্য একজন দক্ষ কাউন্সিলর প্রয়োজন। গর্ভধারণের পূর্বেই মাতৃপুষ্টির উন্নতি এবং সুস্থ নবজাতকের জন্ম নিশ্চিত করা প্রয়োজন (৫)।

প্রসব-পূর্ব সেবার (ANC) ক্ষেত্রে মাতৃপুষ্টিসেবা একটি গুরুত্বপূর্ণ উপাদান। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা গর্ভাবস্থায় ৮টি স্বাস্থ্য পরীক্ষার (CONTACT) (৪) বিষয়ে পরামর্শ দেয়। স্বাস্থ্য সেবাকেন্দ্র বা কমিউনিটি আউটরিচের মাধ্যমে এই ৮টি স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) প্রদান করা যেতে পারে। বাংলাদেশের পরিপ্রেক্ষিতে, OGSB'র সুপারিশ হলো প্রসব-পূর্ব সেবার জন্য কমপক্ষে ৪ বার মুখোমুখি ভিজিট করা উচিত। অন্যান্য স্বাস্থ্য পরীক্ষা ও পরামর্শ টেলি মেডিসিন সেবার মাধ্যমে করা যেতে পারে (৬৪)। গর্ভধারণ শনাক্ত হওয়ার সাথে সাথে ১ম তিন মাসের মধ্যেই ১ম প্রসব-পূর্ব স্বাস্থ্য পরীক্ষা করা উচিত।

প্রসব-পূর্ব সেবার (ANC) আবশ্যকতা হলো

- মায়েদের জন্য সর্বোচ্চ সেবা নিশ্চিত করা।
- মায়েদের গর্ভাবস্থায় স্বাস্থ্যকর ও উপকারী অভ্যাসগুলি নিশ্চিত করা। এতে গর্ভবতীর সুস্বাস্থ্য ও শিশুদের জীবনের শুরুটা যেন খুব ভালো হয় সেটা নিশ্চিত করা।
- শুধুমাত্র রোগ ও মৃত্যু প্রতিরোধের জন্য নয়, টেকসই উন্নয়ন লক্ষ্যমাত্রার সাথে সামঞ্জস্য রেখে সুন্দরভাবে বেঁচে থাকার জন্য বিভিন্ন জনকল্যাণমূলক স্বাস্থ্য উদ্যোগকে অগ্রাধিকার দেয়া।

প্রসব-পূর্ব সেবার ক্ষেত্রে ন্যায্যতা (Equity)-র বিষয়টি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। কারণ, নিম্ন এবং মধ্যম আয়ের দেশে, বিশেষ করে গ্রামীণ অঞ্চলে বসবাসকারী দরিদ্র এবং/বা স্বল্প শিক্ষিত মায়েরা অনেক কম প্রসব-পূর্ব সেবা পেয়ে থাকে। অনেকাংশে তাদের গর্ভাবস্থার ফলাফল একই দেশে বসবাসকারী বেশি সুবিধাভোগী নারীদের চেয়ে আরো খারাপ (৬৫)। প্রসব-পূর্ব বা প্রসব পরবর্তী সেবাসহ নিয়মিত স্বাস্থ্য পরীক্ষার মাধ্যমে গর্ভাবস্থায় মায়েদের পর্যাপ্ত খাদ্য গ্রহণ এবং ওজন বৃদ্ধির বিষয়ে তথ্য প্রদান এবং কাউন্সেলিং করা হয়। কিছু কিছু দেশের নির্দেশিকা বা নীতিমালায় প্রসব-পূর্ব এবং প্রসব-পরবর্তী সেবার সময় মায়েদের পর্যাপ্ত খাদ্য গ্রহণ বিষয়ে তথ্য, শিক্ষা এবং যোগাযোগ অন্তর্ভুক্ত থাকলেও অনেক সময় কাউন্সেলিং করার জন্য সেবাকেন্দ্রে প্রয়োজনীয় উপকরণের অপর্যাপ্ততা থাকে (৬৫)।

প্রসব-পরবর্তী সময় মাতৃপুষ্টি সেবার বিষয়টি মা এবং নবজাতকের জীবনের জন্য একটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয়। কারণ, বেশিরভাগ মাতৃ এবং শিশু মৃত্যু এ সময়ে ঘটে থাকে। সুতরাং, নিম্ন এবং মধ্যম আয়ের দেশগুলোর ক্ষেত্রে মা ও নবজাতকের প্রসব-পরবর্তী সেবার দিকে মনোনিবেশ করা উচিত (৬)।

অন্যান্য অপরিহার্য মূলনীতিসমূহ হলো :

- ন্যায্যতা নিশ্চিত করা, যাতে করে সমগ্র জীবনকালে সব মায়েরা গুণগত এবং সময়োপযোগী পুষ্টিসেবা গ্রহণ করে।
- লিঙ্গ বৈষম্য কাটিয়ে ওঠার জন্য লিঙ্গ-সম্পর্কিত সংবেদনশীলতাকে (Gender sensitivity) কাজে লাগানো এবং 'কোনো ক্ষতি করা হবে না' (Do no harm) এরূপ পদ্ধতি ব্যবহার করে লিঙ্গ-সম্পর্কিত সমস্যাগুলো চিহ্নিত করা। এতে করে নারীরা এই প্রক্রিয়াটির সকল ক্ষেত্রে সম্পৃক্ত থাকতে এবং উপকার পেতে পারে।
- অধিকার-ভিত্তিক পদ্ধতি নিশ্চিত করা, যাতে করে কর্মসূচি প্রদানের ক্ষেত্রে মানবাধিকার সমুন্নত এবং সুরক্ষিত থাকে।
- সর্বোত্তম ফল পেতে পুষ্টি সেবার বৈজ্ঞানিকভাবে প্রমাণিত কর্মসূচিকে ব্যবহার করা।

২. বৈশ্বিক সুপারিশমালা গ্রহণ

বিভিন্ন দেশে বিষয়ভিত্তিক সুপারিশমালা গ্রহণ করার জন্য বৈশ্বিক সুপারিশমালা পর্যালোচনা করা হয়েছিল। নিম্নলিখিত বিভাগে প্রতিটি সুপারিশের অন্তর্ভুক্ত বিষয়ভিত্তিক সুপারিশমালা উল্লেখ করা হলো (প্রয়োজনে অতিরিক্ত মন্তব্যসহ)।

২.১. বিষয়ভিত্তিক সুপারিশমালা

প্রসব-পূর্ব সেবার বিষয়ে ২০১৬ সালে প্রণীত বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার সুপারিশমালায় (৪) পুষ্টি সম্পর্কিত কিছু বিষয়ভিত্তিক সুপারিশ অন্তর্ভুক্ত আছে। এগুলো নিচে আলোচিত হলো :

- **বাংলাদেশের জনসংখ্যার অপুষ্ট অংশকে শক্তি এবং আমিষ গ্রহণ সম্পর্কিত পুষ্টি শিক্ষার সুপারিশ করা হয়েছে।** সাধারণত কম BMI বা মুয়াক বিশিষ্ট জনগোষ্ঠীকে অপুষ্ট বলে বিবেচনা করা হয়। বাংলাদেশে ১৮% গর্ভবতী মা অপুষ্টির শিকার (৩৪)।
- **অপুষ্ট জনগোষ্ঠীর জন্য সুষম শক্তি এবং আমিষযুক্ত খাদ্য সম্পূরকের সুপারিশ করা হয়েছে।** সুষম শক্তি এবং আমিষযুক্ত খাদ্য সম্পূরকের ব্যয় (সামগ্রিকভাবে এসব সম্পূরক পরিবহন, সংরক্ষণ এবং প্রশিক্ষণ ব্যয়) কে এই নির্দেশিকায় তুলনামূলকভাবে বেশি বলে বিবেচনা করলেও, প্রয়োজন হলে এগুলো গ্রহণ করা উচিত (যেমন : বিভিন্ন মৌসুমে বিভিন্ন ধরনের সুলভ খাদ্যের জোগান দেয়া)। এছাড়াও, শক্তি এবং আমিষ সম্পূরকের বিকল্প অনুসন্ধান করা উচিত। যেমন : নগদ/ভাউচার ব্যবস্থা বা উন্নত স্থানীয় খাদ্য উৎপাদন ও বিতরণ। এসব বিকল্পগুলো খাদ্য সম্পূরকের সমমানের কি না বা এদের চেয়ে ভালো কি না তা মূল্যায়ন করা উচিত।
- **যেসব জনগোষ্ঠী খাদ্যের মাধ্যমে কম ক্যালসিয়াম গ্রহণ করে, সেসব জনগোষ্ঠীর গর্ভবতী মায়েদের জন্য প্রতিদিন ক্যালসিয়ামের সম্পূরক গ্রহণের পরামর্শ দেওয়া হয়েছে।** স্থানীয়ভাবে পাওয়া যায় এমন ক্যালসিয়াম সমৃদ্ধ খাদ্য গ্রহণের বিষয়ে গর্ভবতী মায়েদের কাউন্সেলিং দেওয়া হলে তা পরোক্ষভাবে পর্যাপ্ত ক্যালসিয়াম গ্রহণকে উৎসাহিত করে। দৈনিক ১.৫-২ গ্রাম ক্যালসিয়াম সম্পূরক গ্রহণ করতে হবে। গ্রহণযোগ্যতা বাড়ানোর জন্য মোট ডোজকে ৩টি ডোজে ভাগ করে সাধারণত খাবারের সময় এটি খেতে হবে। বাংলাদেশে গর্ভবতী নয় বা শিশুকে মায়ের দুধ খাওয়ায় না (NPNL) এমন ২৬% নারীদের ক্যালসিয়ামের ঘাটতি রয়েছে (৬৬)।

- **যেসব এলাকায় 'ভিটামিন এ'-এর ঘাটতি একটি মারাত্মক জনস্বাস্থ্য সমস্যা সেসব এলাকার গর্ভবতী মায়েদের 'ভিটামিন এ'-এর সম্পূরক খাওয়ার সুপারিশ করা হয়েছে।** যদি কোনো একটি দেশের ৫% বা তার বেশি নারীর বিগত ৩ থেকে ৫ বছরের মধ্যে সাম্প্রতিক সময়ের গর্ভাবস্থায় (যা একটি জীবিত সন্তান জন্মদানের মাধ্যমে শেষ হয়েছে) রাতকানা রোগের ইতিহাস থাকে অথবা যদি ২০% বা তার বেশি গর্ভবতী মায়েদের সিরাম রেটিনল লেভেল ০.৭০ µmol/L-এর নিচে থাকে, কেবল তখনই 'ভিটামিন এ'-এর ঘাটতিকে মারাত্মক জনস্বাস্থ্য সমস্যা হিসেবে বিবেচনা করা হয়। বাংলাদেশে প্রজনন সক্ষম ৫.৪% নারীর 'ভিটামিন এ'-এর ঘাটতি রয়েছে (৬৬)। গর্ভবতী মায়েদের মধ্যে 'ভিটামিন এ'-এর ঘাটতি সম্পর্কিত সাম্প্রতিক তথ্য পাওয়া গেলে 'ঘাটতি এলাকাগুলো'তে 'ভিটামিন এ'-এর সম্পূরক বিবেচনা করা যেতে পারে।

- **যথাযথ গবেষণার ভিত্তিতে প্রসব-পূর্ব আয়রন এবং ফলিক অ্যাসিড সম্পৃক্ত একাধিক অনুপুষ্টির সম্পূরক** Multiple Micronutrient Supplementation (MMS)**-এর সুপারিশ করা হয়েছে।** পুষ্টির ঘাটতির হার বেশি এমন জনগোষ্ঠীর নীতিনির্ধারকরা মাতৃস্বাস্থ্যের উপর MMS-এর সুবিধাসমূহ বিবেচনা করতে পারেন এবং যথাযথ গবেষণার ভিত্তিতে আয়রন এবং ফলিক অ্যাসিড সম্পৃক্ত MMS দিতে পারেন। এরূপ গবেষণায় নিম্নোক্ত বিষয়সমূহ অন্তর্ভুক্ত থাকা উচিত :

    - নিয়ন্ত্রিত ক্লিনিকাল ট্রায়াল- যেখানে গর্ভকালীন বয়স নিশ্চিত হবার জন্য গর্ভাবস্থার প্রথম দিকে আল্ট্রাসাউন্ড করে এর মাধ্যমে মাতৃত্বের জটিলতা ও জন্মের পরিণতি মূল্যায়ন করা যায় এবং পরবর্তীতে শিশুকে ফলোআপ করা যায়; এবং

    - যেখানে MMS কর্মসূচিকে বিবেচনা করা হচ্ছে, সেখানে আয়রন ফলিক অ্যাসিড সম্পূরক থেকে MMS-এ স্থানান্তরের প্রভাব প্রমাণের জন্য গবেষণা করা। এসব গবেষণার মাধ্যমে গ্রহণযোগ্যতা, সম্ভাব্যতা, স্থায়িত্ব, ন্যায্যতা এবং ব্যয় মূল্যায়ন করা উচিত।

অনেক MMS এ ৩০ মিলিগ্রাম বা তার চেয়ে কম এলিমেন্টাল আয়রন থাকে। যেসব জনগোষ্ঠীর ক্ষেত্রে রক্তস্বল্পতা একটি মারাত্মক জনস্বাস্থ্য সমস্যা (রক্তস্বল্পতার হার ৪০% বা তার বেশি), সেসব জনগোষ্ঠীর জন্য বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা গর্ভকালীন আয়রন ফলিক অ্যাসিড সম্পূরকে ৬০ মিলিগ্রাম এলিমেন্টাল আয়রন রাখার সুপারিশ করেছে (২)। সুতরাং, এসব সুপারিশের প্রসঙ্গে গবেষণা করার সময় দেশগুলোকে রক্তস্বল্পতার তীব্রতা ও বিস্তার এবং এর পুষ্টি নির্ধারক (যেমন : আয়রনের ঘাটতি) বিবেচনা করা উচিত। এছাড়াও, কম জন্ম ওজনের তীব্রতা ও বিস্তার এবং এর অন্যান্য জটিলতাসমূহ [যেমন : সময়ের আগে জন্মগ্রহণ (প্রি-টার্ম), গর্ভকালীন বয়সের তুলনায় কম ওজনের শিশু (SGA)] (৩) বিবেচনা করা উচিত।

বাংলাদেশে MMS কে গ্রহণ করা হবে কি না সে বিষয়ে সিদ্ধান্ত নেওয়ার পরবর্তী পদক্ষেপ হিসেবে এর গ্রহণযোগ্যতা, সম্ভাব্যতা, স্থায়িত্ব, ন্যায্যতা এবং ব্যয় মূল্যায়নের সুপারিশ করা হয়েছে। তদুপরি, গর্ভবতী মায়েদের অনুপুষ্টির ঘাটতির কারণ ও বিস্তারের বিষয়ে বাংলাদেশকে শক্তিশালী প্রমাণ সংগ্রহ করতে হবে।

- **যেসব গর্ভবতী মায়েরা অনেক বেশি ক্যাফিন গ্রহণ করেন (প্রতিদিন ৩০০ মিলিগ্রাম বা তার বেশি) তাদের ক্যাফিন গ্রহণের মাত্রা কমিয়ে আনার সুপারিশ করা হয়েছে।** দৈনিক বেশি পরিমাণ ক্যাফিন গ্রহণ করলে গর্ভ নষ্ট হওয়া এবং কম জন্মওজনের শিশু জন্মদানের ঝুঁকি বেশি থাকে।

অধ্যায় ২ঃ মাতৃপুষ্টি সেবা প্রদান

সেবা কার্যক্রমের মধ্যে প্রাক গর্ভধারণ, গর্ভাবস্থা ও প্রসব-পরবর্তী সময়ে কিশোরী ও মায়েদের পুষ্টি অবস্থা মূল্যায়ন, অনুপুষ্টির ঘাটতি রোধ ও নিয়ন্ত্রণ এবং পর্যাপ্ত খাদ্য গ্রহণ ও শারীরিক কার্যকলাপের বিষয়ে কাউন্সেলিং করা অন্তর্ভুক্ত। বিশেষ চাহিদা সম্পন্ন নারী (উদাহরণস্বরূপ : কিশোরী, প্রতিবন্ধী নারী, HIV পজিটিভ নারী এবং প্রত্যন্ত অঞ্চলে বসবাসকারী নারী) এবং বিশেষ পরিস্থিতিতে নারীদের জন্য বিশেষ ব্যবস্থা করা হয়েছে। কার্যকর মাতৃপুষ্টি সেবা প্রদানের জন্য, স্বাস্থ্য ব্যবস্থার প্রতিটি স্তরে এবং শহর ও পল্লী অঞ্চলের সেবা প্রদান প্ল্যাটফর্মগুলোর জন্য সুনির্দিষ্ট সম্পদ বরাদ্দ করা উচিত। প্রতিটি প্ল্যাটফর্মে একটি বাস্তবায়ন পরিকল্পনারও সুপারিশ করা হয়, যাতে করে সেবা প্রদানকারীরা মায়েদের চাহিদা পূরণ করতে পারেন। দক্ষতার সাথে সেবা প্রদান করার জন্য কার্যক্রমের অগ্রগতি পর্যবেক্ষণ করা অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

১. কার্যক্রম

প্রতিটি টার্গেট গ্রুপের জন্য আলাদা আলাদাভাবে কার্যক্রমগুলো বিশদভাবে বর্ণনা করা হয়েছে। এসব কার্যক্রমের মধ্যে পুষ্টি অবস্থা মূল্যায়ন, সুষম খাদ্য ও সম্পূরকের মাধ্যমে প্রধানপুষ্টি ও অনুপুষ্টির ঘাটতি রোধ ও নিয়ন্ত্রণ এবং পুষ্টি সম্পর্কিত কাউন্সেলিং অন্তর্ভুক্ত।

এই নির্দেশিকায় যেসব উদ্দীষ্ট দল অন্তর্ভুক্ত সেগুলো হলো :

- কিশোরী
- প্রাক-গর্ভাবস্থায় নারী
- গর্ভবতী মা
- দুগ্ধদানকারী মা

১.১ কৈশোরকালীন পুষ্টি

কৈশোরে পুষ্টি সেবার উদ্দেশ্য হলো কিশোরীদের সর্বোত্তম বৃদ্ধি ও বিকাশ অর্জন নিশ্চিত করা। পুষ্টির দিক দিয়ে ঝুঁকিতে থাকা[৬] মেয়েদের জন্য পর্যাপ্ত পুষ্টি সেবা নিশ্চিত করতে হবে। স্বাস্থ্যসেবা (ও কৈশোরবান্ধব স্বাস্থ্যসেবা) এবং শিক্ষাদানকারী প্ল্যাটফর্মের মাধ্যমে কিশোরীদের সহায়তা প্রদান করা যেতে পারে। পাশাপাশি স্কুলের বাইরে থাকা কিশোর-কিশোরীদের জন্য কিশোর-কিশোরী ক্লাব এবং ভার্চুয়াল প্ল্যাটফর্ম, যেমন : হোয়াটসঅ্যাপ গ্রুপ, সোশ্যাল মিডিয়া ইত্যাদির মাধ্যমেও সহায়তা প্রদান করা যেতে পারে। কিশোর-কিশোরীদের সামগ্রিক বৃদ্ধি ও বিকাশে সঠিক পুষ্টি ও স্বাস্থ্যকর খাবারের গুরুত্ব কতখানি এবং অপুষ্টি, রক্তস্বল্পতা ও স্থূলকায় হওয়ার ফলাফল কী- এসব বিষয়ে আলোকপাত করে কমিউনিটি-ভিত্তিক সচেতনতামূলক প্রচারণা চালানো যেতে পারে (৬৭)।

৬ পুষ্টির দিক থেকে ঝুঁকিপূর্ণ কিশোরীদের সারণি-৪-এ উল্লেখিত অতি ওজন / স্থূলকায়, ক্ষীণকায় অথবা খর্বাকায় ইত্যাদি মানদণ্ডের ভিত্তিতে সংজ্ঞায়িত করা হয়।

কৈশোরে পুষ্টিমানের মূল্যায়ন

কাউন্সেলিং করার জন্য স্বাস্থ্যকর্মীদের অবশ্যই শরীরবৃত্তীয় মূল্যায়নের মাধ্যমে কিশোরীদের পুষ্টিগত অবস্থা জানতে হবে। স্কুল-ভিত্তিক প্ল্যাটফর্ম এবং কমিউনিটি আউটরিচ প্ল্যাটফর্ম ব্যবহার করে এসব কার্যকলাপ সম্পর্কে জানানো যায়। নিজের পুষ্টি অবস্থা জানার জন্য প্রতিটি স্কুলে BMI চার্ট-সহ ওজন ও উচ্চতা পরিমাপের মেশিন থাকতে হবে। স্কুলগুলোতে সঠিক পুষ্টি ও খাদ্যাভাসের নির্দেশিকা এবং স্বাস্থ্যকর জীবনধারা সম্পর্কিত পোস্টার রাখতে হবে। সারণি ৪ এ কিশোরীদের পুষ্টির মূল্যায়ন সম্পর্কে বলা হয়েছে।

সারণি ৪ : কৈশোরে পুষ্টি মূল্যায়নের সার-সংক্ষেপ

	পুষ্টি অবস্থার মূল্যায়ন	শ্রেণিবিভাগ এবং কাট-অফ মান	
রক্তস্বল্পতা এবং অন্যান্য অনুপুষ্টির ঘাটতি নির্ণয়ের জন্য পরীক্ষা	**ইতিহাস এবং ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন রক্তস্বল্পতা এবং অন্যান্য অনুপুষ্টি (ভিটামিন এ অথবা** আয়োডিন)-র ঘাটতির লক্ষণ দেখা এবং লক্ষণ অনুযায়ী রেফার করা।		
শরীর বৃত্তীয়	**বয়সের অনুযায়ী BMI:** বডি ম্যাস ইনডেক্স বা BMI ওজন ও উচ্চতা অনুযায়ী প্রাপ্ত বয়স্কদের ওজনের অবস্থা পরিমাপ করে। কিশোরীদের ক্ষেত্রে লিঙ্গ ও বয়স বিবেচনা করে বয়স অনুযায়ী BMI নির্ণয় করতে হয়। কারণ, বয়স বাড়ার সাথে সাথে ছেলে ও মেয়েদের শরীরে চর্বির গঠন ভিন্ন হয় (২১)।	**শ্রেণিবিভাগ**	**কাট-অফ**
		অতি ওজন/স্থূলতা	>+২ SD
		স্থূলতা	>+১ SD
		স্বাভাবিক	≥-২ SD to ≤ +১ SD
		ক্ষীণতা	<-২ SD
		তীব্র ক্ষীণতা	<-৩ SD
	খর্বাকৃতি : বয়স অনুযায়ী উচ্চতার বিষয়টি লিঙ্গের সাথে সম্পর্কিত। বয়স অনুযায়ী এবং জনসংখ্যার মধ্যমার (মিডিয়ান) সাথে সামঞ্জস্য রেখে একজন কিশোরীর উচ্চতা পরিমাপ করা হয়। এর মাধ্যমে খর্বাকৃতিকে চিহ্নিত করা যায় (যা দীর্ঘস্থায়ী অপুষ্টির একটি রূপ)। ১৯ বছর বয়স পর্যন্ত সকল কিশোরীর ক্ষেত্রে এই সূচকটি ব্যবহার করা যায়। স্কুল বয়সি শিশু এবং কিশোরীদের মধ্যে খর্বাকৃতির বিষয়টি নিয়মিতভাবে পরিমাপ করা উচিত। কিশোরীদের গর্ভাবস্থা বা প্রসব-পরবর্তী যেকোনো সময় বয়সের তুলনায় উচ্চতা পরিমাপ করা যায় (২০) (২১)।	**শ্রেণিবিভাগ**	**কাট-অফ**
		স্বাভাবিক	≥-২ SD
		মাঝারি খর্বাকৃতি	<-২ SD
		তীব্র খর্বাকৃতি	<-৩ SD

সঠিক খাদ্যাভ্যাস এবং সম্পূরক গ্রহণের মাধ্যমে কিশোরীদের অনুপুষ্টির ঘাটতি প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ

কৈশোরকালীন পুষ্টির প্রয়োজনীয়তা

কৈশোরে পুষ্টির চাহিদা অনেক বেশি থাকায় কিশোরীদের প্রতিদিন নির্দিষ্ট মাত্রায় শক্তি, আমিষ, ক্যালসিয়াম, আয়রন এবং ভিটামিন সি যুক্ত খাবার গ্রহণ করতে হবে (৬৩)। কৈশোরকালে পুষ্টির নির্দিষ্ট চাহিদা মেটানোর গুরুত্বের উপর ভিত্তি করে কাউন্সেলিং করা উচিত।

অনুপুষ্টির সম্পূরক এবং কৃমিনাশক

সারণি ৫ : কৈশোরে অনুপুষ্টির সম্পূরক এবং কৃমিনাশকের সার-সংক্ষেপ

অনুপুষ্টির ঘাটতি, প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ	যৌক্তিকতা	সুপারিশমালা	প্ল্যাটফর্ম
সাপ্তাহিক আয়রন ফলেট বড়ি (প্রতি সপ্তাহে ১টি করে)	রক্তস্বল্পতা রোধ	ঋতুস্রাব হয় এমন কিশোরীদের বছরে ৫২ সপ্তাহের (প্রতি সপ্তাহে ১টি করে) আয়রন ফলেট বড়ি (৬০ মিলিগ্রাম এলিমেন্টাল আয়রন এবং ৪০০ মাইক্রোগ্রাম ফলিক অ্যাসিড) গ্রহণ করতে হবে। (৫৩)[৭]	স্কুল/ স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র/ কমিউনিটি ক্লিনিক/ কমিউনিটি-ভিত্তিক সেবাকেন্দ্র
কৃমিনাশক	যেসব এলাকায় গর্ভবতী নয় এমন প্রজনক্ষম কিশোরী এবং নারীদের মধ্যে মাটির মাধ্যমে সংক্রমিত কৃমি সংক্রমণের হার ২০% বা তার বেশি, সেসব এলাকায় ১০-১৯ বছর বয়সি কিশোরীদের মধ্যে জনস্বাস্থ্য কার্যক্রম চালাতে হবে।	কৃমির সংক্রমণ প্রতিরোধের জন্য, প্রতি বছর দুই বার কৃমিনাশক খাওয়াতে হবে (৫১)। প্রতি ডোজ অ্যালবেনডাজল ৪০০ মিলিগ্রাম) (৫৩)।	স্কুল / স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র/ কমিউনিটি ক্লিনিক/ কমিউনিটি-ভিত্তিক সেবাকেন্দ্র

কৈশোরে পুষ্টি শিক্ষা এবং কাউন্সেলিং

মাতৃস্বাস্থ্য কৌশলপত্রে (৪৪) মাধ্যমিক বিদ্যালয়ে পুষ্টি শিক্ষা প্রদানের কথা বলা হয়েছে। পুষ্টিকর খাদ্য গ্রহণ, শারীরিক পরিশ্রম এবং পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার অনুশীলনকে প্রাধান্য দেওয়া হয়েছে এই পুষ্টি শিক্ষায়। এছাড়াও কিশোরীদের স্কুলে ধরে রাখা এবং বাল্যবিবাহ ও অল্প বয়সে গর্ভধারণ রোধ করার বিষয়েও বলা হয়েছে। স্কুলের বাইরে থাকা কিশোরীদের সাথে যোগাযোগ করার জন্য গণমাধ্যমকে ব্যবহার করা যেতে পারে (যেমন : টেলিভিশনে কিশোরীদের জন্য রান্নার প্রোগ্রাম করা বা ফোন অ্যাপের ব্যবহার)।

৭ বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা (WHO)-র গাইডলাইন Intermittent Iron and folic acid supplementation in menstruating women 2011 – এ বিরতি সহকারে প্রতি সপ্তাহে একটি করে আয়রন (60 mg) এবং ফলিক অ্যাসিড (2.8 mg) সমৃদ্ধ আয়রন ফলিক অ্যাসিড সম্পূরকের সুপারিশ করা হয়েছে (৩ মাস খাবে - ৩ মাস খাবে না)।

কিশোরীদেরকে পুষ্টিকর খাদ্যগ্রহণে উৎসাহ প্রদান

কাউন্সেলিংয়ের সময় কিশোরীদের যথাযথ বৃদ্ধি ও বিকাশের বিষয়ে এবং কিশোরীদের অতি ওজন, স্থুলকায় বা ওজন কমে যাওয়ার বিষয়ে অবহিত করতে হবে (৫১)। স্ক্রিনিং করা হয়েছে এবং পুষ্টির দিক দিয়ে ঝুঁকিতে আছে এমন কিশোরীদেরকে পুষ্টিকর খাদ্য গ্রহণ ও আচরণের বিষয়ে নির্দিষ্ট বার্তা দিতে হবে। কিশোরীদের মা ও তার পরিবারকে ভালোভাবে কাউন্সেলিং করতে হবে, কারণ মূলত তারাই তাদের মেয়েদের বিষয়ে সিদ্ধান্ত নিয়ে থাকেন।

কিশোরীদের শারীরিক পরিশ্রম এবং বয়স অনুযায়ী সঠিক BMI বজায় রাখতে উৎসাহ প্রদান

কিশোরীদের কাউন্সেলিংয়ের সময় খেলাধুলা, বিনোদন, শারীরিক শিক্ষা বা শরীরচর্চাসহ বিভিন্ন শারীরিক কার্যকলাপ করতে উৎসাহ দেওয়া উচিত। কার্ডিওরেসপিরেটরি ও পেশির ফিটনেস, শক্ত হাড়, কার্ডিও ভাসকুলার ও মেটাবলিক স্বাস্থ্যের বায়োমার্কার; উদ্বেগ ও হতাশার লক্ষণ হ্রাস ইত্যাদি বিষয়ে শারীরিক কার্যকলাপ অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ ভূমিকা পালন করে- এই সম্পর্কে কাউন্সেলিংয়ের সময় জোর দিতে হবে ।

সাপ্তাহিক আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি গ্রহণকে উৎসাহিত করা

কাউন্সেলিংয়ের সময় নিয়ম অনুযায়ী (ডোজ এবং কয়বার খেতে হবে) আয়রন ফলেট বড়ি গ্রহণের প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে বলতে হবে। এছাড়াও আয়রন ফলেট বড়ির পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া এবং এগুলো কীভাবে সমাধান করা যায়, সে বিষয়েও ব্যাখ্যা দেওয়া উচিত। থ্যালাসেমিয়ার ক্ষেত্রে আয়রনের সম্পূরক বিপজ্জনক হতে পারে। কোনো মেয়ে যদি রক্তস্বল্পতায় ভোগে তবে তাকে থ্যালাসেমিয়া-সহ অন্যান্য রোগের জন্য পরীক্ষা-নিরীক্ষা করা উচিত।

মেয়েদের শিক্ষা এবং ক্ষমতায়নের বিষয়ে উৎসাহ দেয়া

কাউন্সেলিংয়ের সময় কিশোরীদের বাবা-মাকে এমনভাবে উৎসাহ দিতে হবে, যাতে তারা তাদের মেয়েকে একজন ছেলের মতো একই রকম শিক্ষার সুযোগ দেন। মেয়েরা ছেলেদের সমমানের শিক্ষার সুযোগ পেলে অপুষ্টি হ্রাস পায়।

১৮ বছর বয়সের আগে বিয়ে এবং ২০ বছর বয়সের আগে গর্ভধারণ হ্রাস করা

কাউন্সেলিংয়ের সময় বাল্যবিবাহ এবং অল্প বয়সে সন্তান ধারণের শারীরিক ও মানসিক বিপদ সম্পর্কে কিশোর-কিশোরী এবং তাদের পরিবারকে শিক্ষা দেওয়া উচিত।

নিরাপদ পানি, পয়ঃ নিষ্কাশন ও পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা অনুশীলনের বিষয়ে উৎসাহ প্রদান

পানি, পয়ঃ নিষ্কাশন ও পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার বিষয়ে স্বাস্থ্যবিধি না মানলে এবং দূষিত খাবার খেলে রোগ, ডায়রিয়া এবং অপুষ্টিজনিত সমস্যা হতে পারে। কাউন্সেলিংয়ের সময় ঋতুস্রাবকালীন পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার বিষয়ে আলোকপাত করতে হবে। কারণ, সংক্রমণের জন্যে অপুষ্টিজনিত সমস্যা হতে পারে। বিশেষত কোভিড-১৯ সময়ে ব্যক্তিগত পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার বিষয়ে (যেমন : হাত ধোয়া, মাস্ক পরা এবং শারীরিক দূরত্ব বজায় রাখাসহ বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার অন্যান্য পরামর্শসমূহ) ব্যাপকভাবে প্রচার করা উচিত।

১.২ প্রাক-গর্ভাবস্থায় মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম

সাধারণত গর্ভধারণের তিন মাস আগের সময়কে প্রাক-গর্ভাবস্থা হিসেবে সংজ্ঞায়িত করা হয়। গর্ভধারণের আগে এই সংক্ষিপ্ত পরিসরে নারীদের কাছে পৌঁছানো চ্যালেঞ্জ হতে পারে। সেজন্য সদ্য বিবাহিত সব নারীকেই প্রাক-গর্ভাবস্থা কার্যক্রমের আওতায় নিয়ে আসতে হবে। গর্ভধারণ করার পরিকল্পনা করছেন এমন নারীদের গর্ভধারণের আগেই সঠিক BMI অর্জন ও তা ধরে রাখার চেষ্টা করতে হবে। কারণ গর্ভাবস্থার শুরুতে মার BMI গর্ভস্থ শিশুর বৃদ্ধি ও নিজের ওজন বৃদ্ধিকে প্রভাবিত করে (১৯)। এক্ষেত্রে স্বাস্থ্য পরীক্ষার জন্য নারীরা স্যাটেলাইট ক্লিনিক, আউটরিচ সাইট, কমিউনিটি ক্লিনিক, ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র, ইউনিয়ন উপস্বাস্থ্য কেন্দ্র, উপজেলা স্বাস্থ্য কমপ্লেক্স, জেলা সদর হাসপাতাল বা কর্মক্ষেত্রে-পুষ্টি (উদাহরণস্বরূপ : গার্মেন্টস্ ফ্যাক্টরি)-তে যোগাযোগ করতে পারেন।

প্রাক-গর্ভাবস্থায় পুষ্টি অবস্থা মূল্যায়ন

সারণি-৬ এ উপস্থাপিত শরীরবৃত্তীয় পরিমাপের জন্য কম শারীরিক উচ্চতা, BMI এবং মুয়াক ব্যবহার করা যেতে পারে।

সারণি ৬ : প্রাক-গর্ভাবস্থায় পুষ্টি অবস্থার মূল্যায়ন সম্পর্কিত সার সংক্ষেপ

<table>
<tr><th></th><th>পুষ্টি অবস্থার মূল্যায়ন</th><th colspan="2">শ্রেণিবিভাগ এবং কাট-অফ মান</th></tr>
<tr><td>রক্তস্বল্পতা এবং অন্যান্য অনুপুষ্টির ঘাটতি নির্ণয়ের জন্য পরীক্ষা</td><td>ইতিহাস এবং ক্লিনিক্যাল মূল্যায়ন রক্তস্বল্পতা এবং অন্যান্য অনুপুষ্টির ঘাটতি (ভিটামিন এ অথবা আয়োডিন) দেখা এবং লক্ষণ অনুযায়ী রেফার করা।</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">শরীর বৃত্তীয়</td><td rowspan="2">কম শারীরিক উচ্চতা : ১৪৫ সেন্টিমিটারের কম উচ্চতাকে নারীদের কম শারীরিক উচ্চতা হিসেবে সংজ্ঞায়িত করা হয়। কম শারীরিক উচ্চতাসম্পন্ন নারীরা গর্ভাবস্থায় ঝুঁকিতে থাকে (২১)।</td><td colspan="2">কাট-অফ</td></tr>
<tr><td colspan="2"><১৪৫ সেন্টিমিটার</td></tr>
<tr><td rowspan="8">শরীর বৃত্তীয়</td><td rowspan="8">BMI: বডি মাস ইনডেক্স বা BMI হলো উচ্চতা অনুযায়ী ওজনের একটি সাধারণ সূচক যা সাধারণত প্রাপ্ত বয়স্কদের কম ওজন, অতি ওজন বা স্থূলকায় হিসেবে শ্রেণিবদ্ধ করতে ব্যবহৃত হয়। সাধারণত ওজন ও উচ্চতা দ্বারা BMI পরিমাপ করা হয় (২১)।</td><td>শ্রেণিবিভাগ</td><td>কাট-অফ</td></tr>
<tr><td>অতি ওজন</td><td>≥৩০.০০</td></tr>
<tr><td>স্থূলকায়</td><td>২৫.০০ - ২৯.৯৯</td></tr>
<tr><td>স্বাভাবিক</td><td>১৮.৫০ - ২৪.৯৯</td></tr>
<tr><td>কম ওজন</td><td>< ১৮.৫০</td></tr>
<tr><td>স্বল্প ক্ষীণ</td><td>১৭.০০ - ১৮.৪৯</td></tr>
<tr><td>মাঝারি ক্ষীণ</td><td>১৬.০০ - ১৬.৯৯</td></tr>
<tr><td>তীব্র ক্ষীণ</td><td><১৬.০০</td></tr>
<tr><td rowspan="2">শরীর বৃত্তীয়</td><td rowspan="2">মুয়াক : উপরিবাহুর মধ্যভাগের পরিধি বা মুয়াক পরিমাপ করে তা একটি নির্দিষ্ট কাট-অফ মানের সাথে তুলনা করার মাধ্যমে প্রাপ্ত বয়স্কদের অপুষ্টি শনাক্ত করা হয়। মায়েদেরকে স্ক্রিনিং করতে এবং অপুষ্ট মা খুঁজে বের করে পুষ্টি কাউন্সেলিং করতে এটি ব্যবহার করা হয় (৬৮)।</td><td>শ্রেণিবিভাগ</td><td>কাট-অফ</td></tr>
<tr><td>কম ওজন</td><td>< ২১ সেমি</td></tr>
</table>

সঠিক খাদ্যাভ্যাস এবং অনুপুষ্টি সম্পূরণের মাধ্যমে প্রাক-গর্ভাবস্থায় অনুপুষ্টির ঘাটতি রোধ এবং নিয়ন্ত্রণ

যেসব নারী গর্ভবতী হওয়ার পরিকল্পনা করছেন, তাদের অনুপুষ্টির ঘাটতি প্রতিরোধের বিষয়ে সতর্কতা অবলম্বন করা উচিত।

প্রাক-গর্ভাবস্থায় পুষ্টির চাহিদা

গর্ভধারণের আগে ফলিক অ্যাসিড, আয়রন, ভিটামিন ডি, আয়োডিন এবং ক্যালসিয়ামের মতো অনুপুষ্টি অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। মা এবং শিশুর সুস্বাস্থ্যের জন্য সঠিক পুষ্টি নিশ্চিত করা প্রয়োজন।

প্রাক-গর্ভাবস্থায় অনুপুষ্টির সম্পূরক

প্রাক-গর্ভবতী নারীদের যত দ্রুত সম্ভব প্রতিদিন আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি (৬০ মিলিগ্রাম এলিমেন্টাল আয়রন এবং ৪০০ মাইক্রোগ্রাম ফলিক অ্যাসিড) মুখে খেতে হবে। এতে রক্তস্বল্পতা, পিউরপেরাল পপসিস, কম জন্মওজন শিশুর জন্মদান এবং সময়ের আগে সন্তান জন্মদান রোধ হবে। প্রাক-গর্ভাবস্থা থেকে সন্তান জন্মদানের পরবর্তী ৩ মাস পর্যন্ত এসব সম্পূরক প্রতিদিন খাবারের সাথে খেতে হবে। সব সময় আয়োডিনযুক্ত লবণ খাওয়া উচিত।

প্রাক-গর্ভাবস্থায় পুষ্টি শিক্ষা এবং কাউন্সেলিং

স্বাস্থ্যকর্মীদের মাতৃস্বাস্থ্য এবং গর্ভাবস্থার ভালো ফলাফল সম্পর্কে উৎসাহ প্রদানের জন্য কাউন্সেলিং করতে হবে। ব্যক্তিগত পর্যায়ে, কমিউনিটিতে, আউটরিচে, স্বাস্থ্যকেন্দ্রে এবং কর্মক্ষেত্রে (বিশেষত শ্রমশক্তির অধিকাংশই যেখানে নারী এমন কারখানায়, উদাহরণস্বরূপ : তৈরি পোশাক খাত) পুষ্টি শিক্ষা কার্যক্রম চালাতে হবে। কাউন্সেলিং কার্যক্রমে পরিবারের প্রভাবশালী ব্যক্তিদেরও (যেমন : স্বামী, শাশুড়ি) অন্তর্ভুক্ত করা উচিত। ভার্চুয়াল মিডিয়া ও টেলিমেডিসিনের মাধ্যমেও পুষ্টি শিক্ষা এবং খাদ্যাভ্যাস সম্পর্কে কাউন্সেলিং করা দরকার। এক্ষেত্রে, শিক্ষা, স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা, খাদ্য, সমাজকল্যাণ, স্থানীয় সরকার, পল্লী উন্নয়ন ও সমবায়, তথ্য, কৃষি, মহিলা ও শিশু বিষয়ক মন্ত্রণালয় এবং এ-টু-আই (অ্যাক্সেস টু ইনফরমেশন) প্রোগ্রাম ইত্যাদিসহ অন্যান্য মন্ত্রণালয়/বিভাগের সহযোগিতা প্রয়োজন।

প্রাক-গর্ভাবস্থায় সঠিক খাদ্যাভাসের গুরুত্ব

কাউন্সেলিংয়ের সময় প্রাক-গর্ভাবস্থায় সঠিক পুষ্টির গুরুত্বের বিষয়ে আলোকপাত করতে হবে, যাতে মায়েরা সঠিক পুষ্টি অবস্থা নিয়ে গর্ভাবস্থা শুরু করতে পারেন। এটি মায়েদের সুস্থতা নিশ্চিত করতে এবং পরবর্তী গর্ভাবস্থা ও শিশু স্বাস্থ্যের অবস্থা উন্নত করতে সাহায্য করবে। এসব কাউন্সেলিংয়ের লক্ষ্য হচ্ছে, মায়েরা যাতে স্বাভাবিক BMI অর্জন করতে পারে ও তা ধরে রাখতে পারে। কাউন্সেলিংয়ের মাধ্যমে মায়েদের বিভিন্ন ধরনের খাবারের সাথে পরিচয় করানো যায়, যাতে করে তারা যথাযথ পরিমাণে শক্তি, আমিষ, চর্বি এবং অনুপুষ্টি গ্রহণ করতে পারে। এছাড়াও এর মাধ্যমে মায়েরা যাতে বারে বারে খাবার গ্রহণ করে, স্থানীয়ভাবে সহজলভ্য খাবার খেতে পারে এ বিষয়ে উৎসাহ দেয়া এবং প্রক্রিয়াজাত, অনিরাপদ খাবার ও অতিরিক্ত লবণ, চিনি ও চর্বিযুক্ত খাবার খেতে নিরুৎসাহিত করা হয়।

শারীরিক পরিশ্রম এবং স্বাভাবিক BMI ধরে রাখা সম্পর্কে উৎসাহ প্রদান করা

যারা সন্তান ধারণের পরিকল্পনা করছেন তাদের জন্য নিয়মিত শারীরিক পরিশ্রম করা গুরুত্বপূর্ণ। এর ফলে তারা একটি আদর্শ BMI নিয়ে গর্ভধারণ করতে পারে।

অনুপুষ্টির সম্পূরক গ্রহণকে উৎসাহিত করা

কাউন্সেলিংয়ের সময় দৈনিক অনুপুষ্টি সম্পূরক গ্রহণ করা এবং মূল খাবারের পরে নির্দিষ্ট অনুপুষ্টির শোষণকে বাধা দেয় এমন খাবার [যেমন : চা, কফি, তামাক (ধূমপান এবং জর্দা, সাদা পাতা, গুল, খৈনি ইত্যাদি)] গ্রহণ না করার গুরুত্বের উপর জোর দেওয়া উচিত। কাউন্সেলিংয়ের সময় অনুপুষ্টির সম্পূরকগুলোর সম্ভাব্য পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া ও এগুলো কীভাবে সমাধান করা যায়, সে সম্পর্কে আলোচনা করা উচিত।

পানি, পয়ঃনিস্কাশন ও পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা (WASH) অনুশীলনে উৎসাহ প্রদান করা

কাউন্সেলিংয়ের সময় পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার বিষয়ে (WASH) জোড় দিতে হবে। কারণ, এগুলো খাদ্য তৈরি ও গ্রহণের সাথে সম্পর্কিত। সঠিক খাদ্য ও পানি ব্যবস্থাপনার মাধ্যমে খাদ্যজনিত ও পানিবাহিত অসুস্থতাসহ অন্যান্য রোগ এড়ানো সম্ভব।

১.৩ গর্ভাবস্থায় মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম এবং প্রসব-পূর্ব সেবা

সমন্বিত মাতৃপুষ্টি কার্যক্রমে প্রসব-পূর্ব প্ল্যাটফর্মের সকল স্বাস্থ্য পরীক্ষার (CONTACT) মাধ্যমে গর্ভবতী মায়েদের পুষ্টিসেবা ও মানসম্মত মাতৃপুষ্টি কাউন্সেলিং প্রদান, এবং গর্ভাবস্থায় ওজন বৃদ্ধি পর্যবেক্ষণ নিশ্চিত করা দরকার। মানসম্মত প্রসব-পূর্ব পুষ্টি কাউন্সেলিংয়ের ফলে মায়েদের প্রসব-পূর্ব সেবায় উপস্থিতি, তাদের আয়রন ফলিক অ্যাসিড গ্রহণ ও গর্ভাবস্থায় ওজন সঠিকভাবে বৃদ্ধি পায়। প্রসব-পূর্ব কাউন্সেলিংয়ের সার্বিক সক্ষমতা তৈরির কৌশলে এসব বিষয়কে অন্তর্ভুক্ত করতে হবে। সকল স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে একজন করে দক্ষ কাউন্সেলর না থাকলে এটি কখনই টেকসই কর্মসূচি হবে না। প্রয়োজনে টেলিমেডিসিনের মাধ্যমে মায়েদের প্রসব-পূর্ব সেবা সম্পর্কিত কাউন্সেলিং প্রদান করা যেতে পারে।

ব্যক্তি, কমিউনিটি এবং স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে চাহিদা ও সরবরাহের কিছু সমস্যা মায়েদের প্রসব-পূর্ব সেবা গ্রহণে বাধা দেয়। বাংলাদেশে কিছু জেলায় চাহিদা ও সরবরাহ উভয় কার্যক্রমকে জোরদার করতে পে-ফর পারফর্ম্যান্স স্কিম এবং ডিমান্ড সাইড ফাইন্যান্সিং (DSF) প্রোগ্রাম চালু আছে। DSF প্রোগ্রামে দরিদ্র গর্ভবতী মায়েরা নির্ধারিত সেবাকেন্দ্রে স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করার বা রেফারেলের জন্য যাতায়াত ভাড়া বাবদ আর্থিক সহায়তা পান। এছাড়াও কোনো সেবাকেন্দ্র বা দক্ষ ধাত্রীদের দ্বারা সন্তান প্রসব হলে পুষ্টিকর খাবার কেনার জন্য তারা দুই হাজার টাকা পান। অধিকন্তু, এসব মাকে তাদের নবজাতকদের জন্য উপহার হিসেবে পাঁচশত টাকা সমমূল্যের একটি উপহার বাক্স দেওয়া হয়। নিম্নোক্ত সেবা প্রদানের জন্য সেবাদানকারীরাও ভাতা পেয়ে থাকেন : নিবন্ধন, রক্ত পরীক্ষা (প্রসবপূর্ব, দুইবার); মূত্র পরীক্ষা (দুইবার); প্রসব-পূর্ব পরীক্ষা (তিনবার); ওজন পর্যবেক্ষণ; নিরাপদ/স্বাভাবিক প্রসব; প্রসব-পরবর্তী পরীক্ষা; জটিল পরিস্থিতিতে সেবা; ম্যানুয়াল প্লাসেন্টা অপসারণ; MVA (Manual Vacuum Aspiration); ভ্যাকুয়াম/ফোরসেপ প্রসব; এক্লাম্পসিয়া ব্যবস্থাপনা এবং অস্ত্রপচারের মাধ্যমে শিশুর প্রসব।

গর্ভাবস্থায় পুষ্টি অবস্থা মূল্যায়ন

শরীরবৃত্তীয় পরিমাপের জন্য, ১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষায় BMI, কম শারীরিক উচ্চতা, মুয়াক এবং প্রসব-পূর্ব ওজন বৃদ্ধিকে নিম্নোক্তভাবে মূল্যায়ন করা উচিত (৬৯) (২১) :

গর্ভাবস্থার ১২ সপ্তাহের মধ্যে ১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষা হলে, BMI নির্ণয়

গর্ভাবস্থার ১ম ১২ সপ্তাহের মধ্যে BMI নির্ণয় করা যায়। কিন্তু গর্ভাবস্থার ১ম ১২ সপ্তাহের মধ্যে BMI নির্ণয় করা সম্ভব না হলে, প্রাক-গর্ভাবস্থার BMI-কে ধরা যেতে পারে (২১)। গর্ভাবস্থার ১ম ১২ সপ্তাহের পরে BMI নির্ণয় করা যায় না, কারণ এতে গর্ভাবস্থায় ওজন বৃদ্ধির বিষয়টি বিবেচনা করা হয় না।

১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষায় কম শারীরিক উচ্চতা (<১৪৫ সে.মি.)

কম শারীরিক উচ্চতাসম্পন্ন নারীরা গর্ভাবস্থায় জটিলতার ঝুঁকিতে থাকেন (২১)। কম শারীরিক উচ্চতাসম্পন্ন গর্ভবতী মায়েদের প্রসবের জন্য স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্রে যাওয়া উচিত। এতে নিরাপদ প্রসব নিশ্চিত হতে পারে এবং মায়েরা উন্নত প্রসব-পরবর্তী সেবা পেতে পারে (৩০)। কম শারীরিক উচ্চতা পরিমাপের বিষয়টি কিশোরীদের ক্ষেত্রে ব্যবহার করা উচিত নয়।

১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষায় উপরিবাহুর মধ্যভাগের পরিধি (মুয়াক)

যেসব গর্ভবতী মায়ের মুয়াক কম, তাদের কম জন্মওজনের শিশু জন্মদানের ঝুঁকি অনেক বেশি। গর্ভবতী মায়ের অপুষ্টি শনাক্ত করতে মুয়াক কাট-অফ'কে[৮] ব্যবহার করা যেতে পারে।

প্রতিটি স্বাস্থ্য পরীক্ষায় সুপারিশকৃত গর্ভকালীন ওজন বৃদ্ধি

গর্ভাবস্থায় স্বাস্থ্যসম্মত ওজন বৃদ্ধি সুস্থ শিশুর জন্মের ক্ষেত্রে অবদান রাখে। গর্ভকালীন ওজন বৃদ্ধি মায়ের গর্ভাবস্থার আগে ওজন, জেনেটিকস্, স্বাস্থ্য, খাদ্যের পছন্দ, আর্থ-সামাজিক অবস্থান এবং সংস্কৃতিসহ অন্যান্য কারণ দ্বারা প্রভাবিত হতে পারে। মায়ের গর্ভাবস্থার আগের BMI অনুযায়ী সঠিক ওজন বৃদ্ধির পরিমাণ ভিন্ন হতে পারে। বেশিরভাগ ক্ষেত্রে ওজন বৃদ্ধি ২য় এবং ৩য় তিন মাসে ঘটে থাকে এবং প্রসব-পূর্ব প্রতিটি স্বাস্থ্য পরীক্ষাতে ওজন পরিমাপ করা উচিত (১৯) (৭০) (৭১)। স্বাভাবিক এবং অতি ওজন / স্থূলকায় মায়েদের তুলনায় কম ওজনের মায়েদের ওজন বেশি বাড়ানো উচিত; আবার অতি ওজন/ স্থূলকায় মায়েদের স্বাভাবিক মায়েদের তুলনায় ওজন কম বাড়ানো উচিত। তবে, কোনো পরিস্থিতিতেই গর্ভাবস্থায় ওজন হ্রাসকে উৎসাহিত করা উচিত নয়।

মোট ওজন বৃদ্ধি সংক্রান্ত সুপারিশমালা সারণি ৭-এ বিস্তারিত বলা আছে।

সারণি ৭ : প্রাক-গর্ভাবস্থার BMI অনুযায়ী সুপারিশকৃত গর্ভকালীন ওজন বৃদ্ধি (কেজিতে) (২১)

	একক গর্ভাবস্থা			যমজ গর্ভাবস্থা
প্রাপ্ত বয়স্ক নারীর প্রাক-গর্ভাবস্থায় BMI অথবা কিশোরীদের বয়স অনুযায়ী BMI	১ম তিন মাসে ওজন বৃদ্ধি	২য় ও ৩য় তিন মাসে প্রতি সপ্তাহে ওজন বৃদ্ধি	গর্ভাবস্থায় সুপারিশকৃত মোট ওজন বৃদ্ধি	গর্ভাবস্থায় সুপারিশকৃত মোট ওজন বৃদ্ধি
অতি ওজন	০.২-২	০.১৭-০.২৭	≤৬	১১-১৯
স্থূলকায়	১-৩	০.২৩-০.৩৩	৭-১১.৫	১৪-২৩
স্বাভাবিক	১-৩	০.৩৫-০.৫	১১.৫-১৬.০	১৭-২৫
কম ওজন	১-৩	০.৪৪-০.৫৮	১২.৫-১৮.০	কোনো সুপারিশ নেই

৮ গর্ভবতী এবং প্রসব-পরবর্তী মায়েদের জন্য কোনও অনুমোদিত সার্বজনীন আন্তর্জাতিক মুয়াক কাট-অফ নেই। অন্যান্য সূচকগুলোর তুলনায় মুয়াক পরিমাপ করা সহজ এবং গর্ভাবস্থার ওজন বৃদ্ধি দ্বারা এটি কম প্রভাবিত হয়। এ কারণে কিছু দেশ পুষ্টির ঝুঁকিতে থাকা গর্ভবতী মা এবং ছয় মাস পর্যন্ত প্রসব পরবর্তী মায়েদের অপুষ্টির ধরন পরিমাপ করতে নিজস্ব কাট-অফ স্থাপন করেছে।

প্রাক-গর্ভাবস্থায় কিশোরীদের জন্য বয়স অনুযায়ী BMI-এর পরিবর্তে বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা কর্তৃক প্রদত্ত প্রাপ্ত বয়স্কদের কাট-অফ'-এর ভিত্তিতে BMI শ্রেণিবদ্ধ করা উচিত। এক্ষেত্রে, প্রাপ্ত বয়স্কদের জন্য প্রযোজ্য রেঞ্জ ব্যবহারের ফলে কিশোরীদের 'ক্ষীণ' হিসেবে শ্রেণিবদ্ধ হওয়ার সম্ভাবনা থাকে (১৯) (৭২)। গর্ভাবস্থায় মায়েদের ওজন বৃদ্ধি পর্যাপ্ত পরিমাণে না হলে তারা পুষ্টির দিক দিয়ে ঝুঁকিতে আছেন বলে বিবেচনা করা হয়। তাদেরকে নিবিড়ভাবে কাউন্সেলিং করাসহ নিয়মিত ফলো-আপ করতে হবে।

অনুপুষ্টির অবস্থা মূল্যায়নের জন্য, বিশেষ করে রক্তস্বল্পতা ও ডায়াবেটিস পরীক্ষার জন্য, নিম্নোক্ত বিষয়গুলো সুপারিশ করা হয়।

রক্তস্বল্পতা পরীক্ষা

রক্তস্বল্পতা অনেক মৃত্যু এবং প্রতিবন্ধিতার (Disability) অন্তর্নিহিত কারণ। গর্ভাবস্থায় রক্তস্বল্পতার জন্য পরীক্ষা এবং পরবর্তীতে গর্ভবতী মায়েদের রক্তস্বল্পতার জন্য উপযুক্ত চিকিৎসা করা হলে তা মাতৃ এবং নবজাতকের মৃত্যু কমাতে সহায়তা করে। ক্লিনিক্যাল মূল্যায়নের মাধ্যমে রক্তস্বল্পতার লক্ষণ ও উপসর্গগুলো শনাক্ত করা হয় (যেমন : ফ্যাকাসে, শারীরিক দুর্বলতা, ক্লান্তি, বুকের ভেতর ধড়ফড় করা)। লক্ষণ ও উপসর্গ অবশ্যই দিনের বেলা পর্যবেক্ষণ করা উচিত। রক্তস্বল্পতার লক্ষণ নিম্নলিখিত জায়গায় পরিলক্ষিত হয় (৫৭) :

- চোখের নিচের কনজাঙ্কটিভা
- জিহ্বার তলদেশ
- মুখের ভিতরের মিউকাস মেমব্রেন
- নখের পৃষ্ঠদেশ (Nail bed)
- হাতের তালু

জৈব রাসায়নিক পরীক্ষা (Biochemical Test)

ক্লিনিক্যাল লক্ষণ দেখা দেওয়া মাত্রই রক্তস্বল্পতার তীব্রতা বোঝার জন্য ১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষা (১২ সপ্তাহ), ৩য় স্বাস্থ্য পরীক্ষা (২৬ সপ্তাহ) এবং ৬ষ্ঠ স্বাস্থ্য পরীক্ষা (৩৬ সপ্তাহ)তে জৈব রাসায়নিক পরীক্ষা করতে বলা হয়। গর্ভাবস্থায় রক্তস্বল্পতা নির্ণয়ের জন্য ফুল ব্লাড কাউন্ট পরীক্ষার সুপারিশ করা হয় (যেখানে সম্ভব, আয়রনের ঘাটতি পরীক্ষা করা যেতে পারে)। এমন পরিস্থিতিতে যেখানে ফুল ব্লাড কাউন্ট পরীক্ষা করা যায় না, সেখানে গর্ভাবস্থায় রক্তস্বল্পতা নির্ণয়ের জন্য হিমোগ্লোবিনোমিটার দিয়ে হিমোগ্লোবিন পরীক্ষা করা যেতে পারে। রক্তস্বল্পতার ধরনের জন্য কাট-অফ মানগুলো সারণি ৮ এ বর্ণিত হয়েছে।

সারণি ৮ : গর্ভাবস্থায় রক্তস্বল্পতার ধরনের জন্য সুপারিশকৃত কাট-অফ এবং সুপারিশমালা

রক্তস্বল্পতা	হিমোগ্লোবিন লেভেল	সুপারিশমালা
স্বাভাবিক	≥১১ g/dl	আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি খাওয়া চালিয়ে যেতে হবে
মৃদু	১০-১০.৯ g/dl	আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি খাওয়া চালিয়ে যেতে হবে এবং বেশি করে আয়রনসমৃদ্ধ খাবার খেতে হবে
মাঝারি	৭-৯.৯ g/dl	আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি খাওয়া চালিয়ে যেতে হবে এবং বেশি করে আয়রনসমৃদ্ধ খাবার খেতে হবে
মারাত্মক	<৭ g/dl	মারাত্মক রক্তস্বল্পতার চিকিৎসা নিতে হবে

চিকিৎসা

মাঝারি রক্তস্বল্পতার চিকিৎসা : দৈনিক ২টা আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি এবং খাদ্যাভাস, অনুপুষ্টির সম্পূরক ও কৃমিনাশক গ্রহণের বিষয়ে ব্যক্তিগত পর্যায়ে কাউন্সেলিং (৫৭)।

মারাত্মক রক্তস্বল্পতার চিকিৎসা : ইন্ট্রাভেনাস (IV) আয়রন সুক্রোজ/ফেরিক কার্বক্সিমালটোজ (FcM)/ রক্ত সঞ্চালন। সংশ্লিষ্ট অন্যান্য রোগ পরীক্ষা করা (থ্যালাসেমিয়া থাকলে IV দেয়া যাবে না) এবং সঠিক চিকিৎসার জন্য রেফার করা (৫৭)।

গর্ভকালীন ডায়াবেটিস মেলিটাস (Gestational Diabetes Mellitus) পরীক্ষা

যেসব গর্ভবতী মায়ের গর্ভকালীন ডায়াবেটিস মেলিটাস (GDM) থাকে, তাদের গর্ভাবস্থায় এবং প্রসবের সময় বিপদের ঝুঁকি বেশি থাকে। এছাড়াও, ভবিষ্যতে মা ও শিশু উভয়েরই টাইপ ২ ডায়াবেটিস মেলিটাসে আক্রান্ত হওয়ার ঝুঁকি বেশি থাকে।

জৈব রাসায়নিক পরীক্ষা

ডায়াবেটিসের লক্ষণ দেখা গেলে প্রসব-পূর্ব ১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষায় সকালে নাস্তা করার আগে এবং নাস্তা করার দুই ঘণ্টা পরে রক্তে শর্করার পরীক্ষা করাতে হবে।

নিম্নলিখিত এক বা একাধিক মানদণ্ড ব্যবহার করে গর্ভাবস্থায় ডায়াবেটিস মেলিটাস নির্ণয় করা যায় :

- খালি পেটে (ফাস্টিং), রক্তে শর্করার পরিমাণ ≥৭.০ mmol/L (১২৬ mg/dL)।
- ৭৫ গ্রাম শর্করা খাওয়ার দুই ঘণ্টা পরে, রক্তে শর্করার পরিমাণ ≥ ১১.১ mmol/L (২০০ mg/dL)।
- যেকোনো সময় (ডায়াবেটিসের লক্ষণ আছে এমন অবস্থায়), রক্তে শর্করার পরিমাণ ≥ ১১.১ mmol/L (২০০ mg/dL)(৫৭)।

চিকিৎসা

নিবিড় কাউন্সেলিং করতে হবে (প্রয়োজনে রেফার করতে হবে)।

গর্ভাবস্থায় যেসব নারী ঝুঁকিতে থাকেন

গর্ভাবস্থায় যেসব নারী ঝুঁকিতে থাকেন তাদের মধ্যে রয়েছে :

- খুব অল্প বয়সে (১৮ বছরের নিচে) গর্ভবতী হয়েছেন এমন নারী ।
- খুব বেশি বয়সে (৪০ বছরের বেশি বয়সে) গর্ভবতী হয়েছেন এমন নারী ।
- ১৪৫ সেন্টিমিটারের চেয়ে কম উচ্চতার নারী ।
- অনুপুষ্টির ঘাটতি রয়েছে এমন নারী (যেমন : আয়োডিন/গলগণ্ড)।
- ৪৫ কেজির কম ওজনের নারী, বা গর্ভাবস্থায় ২য় তিন মাসের পরে পর্যাপ্ত ওজন বৃদ্ধি হয়নি এমন নারী ।
- অতি ওজন বা স্থূলকায় নারী বা গর্ভাবস্থায় অনেক বেশি ওজন বৃদ্ধি পেয়েছে এমন নারী।
- মাঝারি এবং মারাত্মক রক্তস্বল্পতায় ভোগা নারী ।
- ২ বছরের কম ব্যবধানে একাধিক সন্তান জন্ম দিয়েছেন এমন নারী।
- কম জন্মওজনের শিশু জন্ম দিয়েছেন এমন নারী ।
- HIV+ বা এইডস আক্রান্ত নারী।

- দরিদ্র আর্থ-সামাজিক অবস্থায় বাস করছে এমন নারী।
- জরুরি পরিস্থিতিতে (মানবসৃষ্ট বা প্রাকৃতিক দুর্যোগ) রয়েছে এমন নারী ।

এসব নারীর পুষ্টি অবস্থা মূল্যায়ন করে ও সেই অনুযায়ী তাদের শ্রেণিবদ্ধ করতে হবে এবং তারা যেসব ঝুঁকির সম্মুখীন হচ্ছে সে অনুযায়ী তাদের কাউন্সেলিং করাসহ যথাযথ পুষ্টিসেবা ও সহায়তা নিশ্চিত করতে হবে। বিশেষত, কম ওজনের জনসংখ্যার ক্ষেত্রে, প্রস্তাবিত কার্যক্রমের মধ্যে গর্ভবতী মা ও দুগ্ধদানকারী মায়েদের জন্য খাদ্যের সম্পূরক এবং সামাজিক সুরক্ষা কর্মসূচি বা শর্ত সাপেক্ষে নগদ অর্থ বিতরণকে অন্তর্ভুক্ত করা যেতে পারে। দরিদ্র গর্ভবতী মা ও দুগ্ধদানকারী মায়েদেরকে সহযোগিতা করার জন্য বিভিন্ন সামাজিক সুরক্ষা কর্মসূচির সাথে তাদেরকে সংযোগ স্থাপন করানো অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ।

সঠিক খাদ্যাভ্যাস এবং সম্পূরক গ্রহণের মাধ্যমে গর্ভাবস্থায় অনুপুষ্টির ঘাটতি প্রতিরোধ এবং নিয়ন্ত্রণ

গর্ভাবস্থায় পুষ্টির প্রয়োজনীয়তা

গর্ভাবস্থায় প্রধান পুষ্টি (শক্তি এবং আমিষ) এবং অনুপুষ্টির (ভিটামিন এ, আয়রন, ফলেট, আয়োডিন এবং ক্যালসিয়াম) চাহিদা বৃদ্ধি পায়। এই চাহিদা পূরণ না হলে মা ও নবজাতকের অসুস্থতা এবং মৃত্যুর ঝুঁকি বেড়ে যায় (৭৩)।

অনুপুষ্টির সম্পূরক, কৃমিনাশক এবং ম্যালেরিয়া নিয়ন্ত্রণ

গর্ভধারণ নিশ্চিত হওয়ার সাথে সাথে, যদি সম্ভব হয় গর্ভধারণের আগে থেকে, গর্ভবতী মায়েদের দৈনিক ৬০ মিলিগ্রাম এলিমেন্টাল আয়রন এবং ৪০০ মাইক্রোগ্রাম ফলিক অ্যাসিড সমৃদ্ধ আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি খেতে হবে। এতে রক্তস্বল্পতা, পিউরপেরাল পপসিস, কম জন্মওজন এবং সময়ের আগেই সন্তান জন্মদান (প্রি-টার্ম) রোধ করা যায়। গর্ভধারণ নিশ্চিত হওয়ার দিন থেকে প্রসবের পর তিন মাস পর্যন্ত আয়রন ফলেট বড়ি খেতে হবে। **নিউরাল টিউবের ত্রুটি রোধ করতে গর্ভাবস্থার আগে এবং গর্ভাবস্থায় ফলিক অ্যাসিড গুরুত্বপূর্ণ।** প্রতিদিন খাবারের সাথে আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি গ্রহণ করা উচিত।

প্রি-এক্ল্যাম্পসিয়ার ঝুঁকি কমাতে গর্ভবতী মায়েদের জন্য ১ম তিন মাসের পর থেকে প্রসবের দিন পর্যন্ত প্রতিদিন ক্যালসিয়াম বড়ি (১.৫ গ্রাম-২ গ্রাম এলিমেন্টাল ক্যালসিয়াম) মুখে খেতে হবে।[৯] বিশেষত যেসব গর্ভবতী মায়েদের উচ্চ রক্তচাপের ঝুঁকি রয়েছে, তাদের অবশ্যই ক্যালসিয়াম বড়ি খাওয়া উচিত।

সকল গর্ভবতী মায়ের জন্য মুখে ভিটামিন ডি সম্পূরক খাওয়াকে সুপারিশ করা হয়নি। স্বাস্থ্যকর, সুষম খাদ্য গ্রহণের মাধ্যমে পর্যাপ্ত পুষ্টি গ্রহণের জন্য গর্ভবতী মায়েদের উৎসাহ দেওয়া উচিত। পুষ্টিকর খাদ্য গ্রহণের বিভিন্ন নির্দেশিকা অনুযায়ী খাদ্য গ্রহণ করতে হবে। সূর্যের আলো ভিটামিন ডি-এর সাধারণ উৎস। প্রতিদিন সুপারিশকৃত ভিটামিন ডি গ্রহণ নিশ্চিত করার জন্য দৈনিক কতক্ষণ সূর্যের আলোর সংস্পর্শে আসা প্রয়োজন, তা বিভিন্ন বিষয়ের উপর নির্ভর করে [যেমন : কতখানি ত্বক উন্মুক্ত রয়েছে, দিনের নির্দিষ্ট সময়, অক্ষাংশ, ঋতু, চামড়ার পিগমেন্টেশান (কালো চামড়ার পিগমেন্টেশান সাদা চামড়ার পিগমেন্টেশানের চেয়ে কম ভিটামিন ডি সংশ্লেষ (Synthesise) করে) এবং সানস্ক্রিনের ব্যবহার]। যেসব গর্ভবতী মায়ের শরীরে ভিটামিন ডি-এর অভাব রয়েছে বলে সন্দেহ করা হয়, তাদেরকে প্রতিদিন ২০০ IU (৫ মাইক্রোগ্রাম) ভিটামিন ডি-এর সম্পূরক দেওয়া যেতে পারে (১, ৪)। সূর্যের আলোর সংস্পর্শে কম আসে এমন নারীরা এ ক্ষেত্রে অন্তর্ভুক্ত হতে পারেন।

গর্ভবতী মায়েদেরও আয়োডিনযুক্ত লবণ খাওয়া উচিত।

---

৯ বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার প্রসব-পূর্ব সুপারিশমালা (WHO ANC 2016) অনুযায়ী মোট ডোজকে ৩টি ডোজে ভাগ করে সেবন করা উচিত (মূল খাবারের সাথে খেতে হবে) (৪)। বর্তমানে বাংলাদেশে, প্রতিদিন ৫০০ মিলিগ্রাম ক্যালসিয়াম কার্বনেটের ২টি ট্যাবলেট খাওয়ার পরামর্শ দেওয়া হয়। বাংলাদেশে নতুন সুপারিশ গ্রহণের জন্য আরও পর্যালোচনা প্রয়োজন।

প্রয়োজন হলে গর্ভবতী মায়েদের তাদের ২য় এবং ৩য় তিন মাসের সময় কৃমিনাশক বড়ি দেওয়া যেতে পারে (২য় ও ৩য় তিন মাসের সময় ৪০০ মিলিগ্রাম অ্যালবেনডাজল) (৫৭)।

ম্যালেরিয়া প্রতিরোধের জন্য গর্ভবতী মায়েদের কীটনাশক দিয়ে শোধন করা মশারির নিচে ঘুমানো উচিত এবং জাতীয় ম্যালেরিয়া প্রোটোকল অনুযায়ী প্রতিরোধমূলক চিকিৎসা গ্রহণ করা উচিত।

প্রসব-পূর্ব সেবার সময় পুষ্টি শিক্ষা এবং কাউন্সেলিং

গর্ভবতী মায়েরা দলীয় এবং ব্যক্তিগত পর্যায়ে প্রসব-পূর্ব প্ল্যাটফর্মের বিভিন্ন স্বাস্থ্য শিক্ষা কর্মসূচি এবং কাউন্সেলিং সেশন (যেমন : স্বাস্থ্য কথা, সাধারণ আলোচনা, প্রদর্শনী এবং IEC (তথ্য, শিক্ষা ও যোগাযোগ) এর মাধ্যমে কাউন্সেলিংয়ে অংশ নিতে পারেন। রক্তস্বল্পতায় ভোগে, সঠিক পরিমাণে ওজন বৃদ্ধি হচ্ছে না বা ওজন বৃদ্ধিতে অসুবিধা হচ্ছে এবং অতিরিক্ত কাজের চাপ রয়েছে এমন নারীদের উপর বিশেষ নজর দিতে হবে। স্বামী (স্বামীদের ফোরামের মাধ্যমে), শাশুড়ি এবং কমিউনিটির প্রভাবশালী গুরুত্বপূর্ণ ব্যক্তিদের কাউন্সেলিং ও পুষ্টি শিক্ষায় সক্রিয় অংশগ্রহণ নিশ্চিত করতে হবে। পুষ্টিকর এবং স্থানীয়ভাবে পাওয়া যায় এমন উপকরণ দিয়ে তৈরি সাশ্রয়ী ও সুষম খাবারের রান্না বিষয়ক ব্যবহারিক সেশন/ক্লাস নেয়া উচিত। এসব সেশনের মধ্যে খাবারের ধরন, পরিমাণ, কতবার, বৈচিত্র্য এবং পরিমাপ কৌশল অন্তর্ভুক্ত। আবার, প্রসব-পূর্ব সেবা দেওয়ার জন্য গর্ভবতী মায়ের বাড়ি পরিদর্শনকালে, তাদের বাড়িতে রয়েছে এমন খাবার দিয়ে এবং প্রতিদিনের খাবার পরিমাপের জন্য বাটি ব্যবহার করেও এ ধরনের সেশন পরিচালনা করা যায় (৭৪) (৭৫)। যখন সামাজিক দূরত্ব বজায় রাখা প্রয়োজন তখন টেলিমেডিসিনের মাধ্যমে কাউন্সেলিং করা যেতে পারে ।

বৈচিত্র্যপূর্ণ এবং মানসম্পন্ন খাদ্য গ্রহণের বিষয়ে উৎসাহিত করা

কাউন্সেলিংয়ের সময় গর্ভাবতী মা এবং শিশুর জন্য পর্যাপ্ত পুষ্টি এবং খাদ্যের বৈচিত্র্যের গুরুত্বের উপর জোর দেওয়া উচিত। স্বাস্থ্যকর খাদ্যতালিকায় প্রচুর পরিমাণে ক্যালোরি, আমিষ, ভিটামিন এবং খনিজ লবণ রয়েছে, যা বিভিন্ন ধরনের পুষ্টিকর ও সুষম খাদ্য গ্রহণের মাধ্যমে পাওয়া যায়। এসব খাদ্যের মধ্যে রয়েছে গাঢ় সবুজ ও রঙিন শাক-সবজি, মাংস বা মাছ, ডিম, দুধ বা দুধ জাতীয় খাদ্য, কমলা/হলুদ রঙের ফল, সিম, বাদাম, শস্যদানা ও ফল। গর্ভবতী মায়েদের প্রতিদিন এসব খাদ্য গ্রহণের সুপারিশ করা হয়। অনুপুষ্টির সম্পূরক সম্পর্কে আলোচনা করার সময় সম্পূরক গ্রহণের সুবিধা, এর পার্শ্ব-প্রতিক্রিয়া এবং সম্পূরক গ্রহণের পদ্ধতি সম্পর্কে ব্যাখ্যা করা উচিত। এ সময় শিশুর খাবার ও পুষ্টি (IYCF) সম্পর্কে কাউন্সেলিং করতে হবে ('প্রসব-পরবর্তী সেবার সময় পুষ্টি শিক্ষা এবং কাউন্সেলিং' ও 'দুগ্ধদানকালে পর্যাপ্ত পরিমাণ খাদ্য গ্রহণে উৎসাহিত করা'- অংশ দেখুন)

অনুপুষ্টির সম্পূরক গ্রহণকে উৎসাহিত করা

কাউন্সেলিংয়ের সময় দৈনিক আয়রন-ফলেট এবং ক্যালসিয়াম বড়ি গ্রহণ করা এবং নির্দিষ্ট অনুপুষ্টির শোষণকে বাধা দিতে পারে এমন খাবার [যেমন : চা, কফি, তামাক (ধূমপান এবং জর্দা, সাদা পাতা, গুল, খৈনি ইত্যাদি)] মূল খাবারের পরপর গ্রহণ না করার বিষয়ে কাউন্সেলিং করা উচিত।

ওজন বৃদ্ধির বিষয়কে উৎসাহিত করা

সাধারণত, গর্ভাবস্থায় কতটুকু ওজন বৃদ্ধি হওয়া উচিত, কাউন্সেলিংয়ের সময় এ বিষয়ে আলোচনা হয় না বললেই চলে। তাই কাউন্সেলিংয়ের সময় এ বিষয়টিতে জোর দেওয়া উচিত (৭৬)। সারণি ৭-এ প্রাক-গর্ভাবস্থার BMI অনুযায়ী সুপারিশকৃত গর্ভকালীন ওজন বৃদ্ধি সম্পর্কে বলা হয়েছে। এ ক্ষেত্রে কাউন্সেলিংয়ের জন্য কর্মসহায়িকা ব্যবহার করা যেতে পারে। এছাড়াও, কাউন্সেলিংয়ের সময় রান্নার ব্যবহারিক সেশন নিলে গর্ভবতী মায়েরা পর্যাপ্ত পরিমাণে খাদ্য গ্রহণের পরিমাণ বাড়াবে ও এতে তাদের ওজন বৃদ্ধি পাবে এবং কম জন্মওজন নিয়ে শিশুর জন্মলাভের সম্ভাবনা কমে যাবে (৭৭)।

শারীরিক পরিশ্রমকে উৎসাহিত করা

গর্ভবতী মায়েদের শারীরিকভাবে সক্রিয় থাকা উচিত। গর্ভাবস্থায় নির্দিষ্ট পরিমাণে হালকা ব্যায়াম করা এবং হাঁটা গুরুত্বপূর্ণ; খেয়াল রাখতে হবে যাতে তারা ভারসাম্য না হারান এবং তাদের গর্ভস্থ শিশু ন্যূনতম আঘাত না পায়।

বিশ্রাম নেওয়ার বিষয়ে উৎসাহিত করা

পর্যাপ্ত বিশ্রাম নেওয়া অত্যন্ত গুরুত্বপূর্ণ। যেমন : প্রতিদিন দিনের বেলায় ২ ঘণ্টা বিশ্রাম নিতে হবে এবং রাতের বেলায় ৮ ঘণ্টা ঘুমাতে হবে। গর্ভবতী মায়েরা যখনই ক্লান্তি অনুভব করেন, তখনই বিশ্রাম নেওয়া উচিত (৫৭)।

ক্যাফেইন গ্রহণের সীমাবদ্ধতা

গর্ভ নষ্ট হওয়ার এবং কম জন্মওজনের শিশু জন্মদানের ঝুঁকি এড়াতে গর্ভবতী মায়েদের (যারা দৈনিক ৩০০ গ্রামের বেশি ক্যাফেইন গ্রহণ করেন) চা ও কফি গ্রহণ সীমিত করতে হবে। এক কাপ ইনস্ট্যান্ট কফিতে প্রায় ৬০ গ্রাম ক্যাফেইন থাকতে পারে। সাধারণত ২৫০ ml এর এক কাপ ক্যাফেইনযুক্ত চা (ব্ল্যাক টি ও গ্রিন টি) বা সফট ড্রিঙ্কস (কোলা এবং iced tea)-এ প্রায় ৫০ মিলিগ্রাম ক্যাফেইন থাকে।

ভারী কাজ না করা

গর্ভাবস্থায় ভারী কাজ, যেমন ভারী জিনিস উঠানো এবং দীর্ঘক্ষণ দাঁড়িয়ে থাকা বা ঝুঁকে কাজ না করার জন্য সুপারিশ করা হয়। গর্ভবতী মায়েদের ভারী কাজ (উদাহরণস্বরূপ : পানি পাম্প করা, ভারী পোশাক ধোয়া, ধান কাটা ইত্যাদি) এবং/অথবা ভারী বস্তু (যেমন : পানি ভর্তি বালতি, ধানভর্তি বস্তা ইত্যাদি) উঠানো থেকে বিরত থাকা উচিত। স্বামী এবং পরিবারের সদস্যদের উচিত গর্ভবতী মায়েদেরকে দৈনন্দিন সাংসারিক কাজে প্রয়োজনীয় সহযোগিতা করা।

পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা অনুশীলনকে উৎসাহিত করা

একজন ব্যক্তির অপুষ্টির প্রধান কারণ রোগব্যাধি- এ বিষয়ের প্রতি কাউন্সেলিংয়ের সময় জোর দেওয়া উচিত। গর্ভবতী মায়েদের রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা দুর্বল হওয়ার কারণে গর্ভবতী নয় এমন নারী বা পুরুষদের তুলনায় তাদের সংক্রমণের ঝুঁকি অনেক বেশি থাকে। যেসব এলাকায় কৃমি সংক্রমণ বেশি, কাউন্সেলিংয়ের সময় গর্ভবতী মায়েদের ১ম তিন মাসের পরে প্রতিরোধমূলক কৃমিনাশক চিকিৎসা সম্পর্কে উৎসাহিত করা উচিত।

গর্ভবতী মায়েদের জন্য পারিবারিক সহযোগিতাকে উৎসাহিত করা

কাউন্সেলিংয়ের ক্ষেত্রে স্বামী এবং পরিবারের অন্যান্য সদস্যদের অন্তর্ভুক্ত করা উচিত, যাতে তারা গর্ভাবস্থায় এবং দুগ্ধদানকালে মায়েদের পর্যাপ্ত পুষ্টির প্রয়োজনীয়তা বুঝতে পারে। মায়েদের মানসিক চাপ গর্ভস্থ শিশুর উপর বিরূপ প্রভাব ফেলে। এছাড়াও শারীরিক ও মানসিক নির্যাতনের ফলে গর্ভাবস্থার বিরূপ পরিণতি হয়।

প্রসবের জন্য প্রস্তুতিকে উৎসাহিত করা

শিশুর জন্মের সময় উদ্ভূত জটিলতার জন্য আগে থেকেই প্রস্তুতি নেওয়া প্রসব-পূর্ব সেবা প্যাকেজের গুরুত্বপূর্ণ উপাদান। কাউন্সেলিংয়ের সময় এর গুরুত্ব তুলে ধরতে হবে। গর্ভবতী মাকে স্বাভাবিক প্রসবের জন্য এবং প্রসবকালীন জটিলতা সম্পর্কে আগে থেকেই ভালোভাবে প্রস্তুতি নিতে হবে। এতে তার সময়োপযোগী ও জীবন রক্ষাকারী সেবা পাওয়ার

সম্ভাবনা অনেক বেশি থাকে। প্রসব-পূর্ব সেবার অংশ হিসেবে একজন সেবাদানকারী প্রতিটি স্বাস্থ্য পরীক্ষার সময় শিশুর জন্ম-পরিকল্পনা প্রস্তুত করতে গর্ভবতী মা এবং তার পরিবারকে সহায়তা করেন। সম্ভাব্য প্রসব দিনের আগে স্বাভাবিক প্রসবের জন্য প্রয়োজনীয় প্রস্তুতি নিশ্চিত করতে জন্ম-পরিকল্পনাটি সাহায্য করে। সেবাদানকারীরা গর্ভ জটিলতার প্রস্তুতি সম্পর্কেও বলে থাকেন, যেন প্রতিটি নারী ও তার পরিবার গর্ভকালীন জরুরি অবস্থায় যথাযথ ব্যবস্থা নিতে প্রস্তুত থাকতে পারে। ৩য় তিনমাস আসার আগে গর্ভবতী মায়েদের শিশুর জন্ম ও জরুরি পরিকল্পনা গ্রহণের কথা কাউন্সেলিংয়ের মাধ্যমে মনে করিয়ে দেওয়া উচিত।

গর্ভাবস্থায় সাধারণ শারীরিক অসুবিধা সম্পর্কে তথ্য প্রদান করা

গর্ভাবস্থায় সাধারণ শারীরিক লক্ষণগুলো (ক্ষুধামন্দা, বমি বমি ভাব, মাথাব্যথা, বুকজ্বালা) ও সুপারিশকৃত কার্যক্রম সম্পর্কে সারণি ৯-এ উল্লেখ করা হয়েছে। এসব শারীরিক লক্ষণ যে খুবই সাধারণ, কাউন্সেলিংয়ের মাধ্যমে সে বিষয়ে গর্ভবতী মায়েদের আশ্বাস দেওয়া উচিত। এছাড়াও, এসব লক্ষণ কীভাবে দূর করা যায় সে ব্যাপারেও সুপারিশ করা উচিত।

সারণি ৯ : গর্ভাবস্থায় সাধারণ লক্ষণ এবং সুপারিশকৃত কার্যক্রম (৫৭)

শারীরিক অসুবিধা	মূল বার্তা এবং সুপারিশকৃত কার্যক্রম
ক্ষুধামন্দা, বমি বমি ভাব এবং বমি : সাধারণত ১ম তিন মাসের সময় হরমোনজনিত পরিবর্তনের সাথে ঘটে। তবে, ২য় তিনমাস বা পুরো গর্ভাবস্থাজুড়ে চলতে পারে। সাধারণত সকালে বেশি মারাত্মক হয়।	• গর্ভবতী মায়েদের প্রতিদিন তিনবেলা মূল খাবারের পরিবর্তে বারবার অল্প করে খেতে উৎসাহিত করুন (সম্ভব হলে, অধিক শক্তিযুক্ত শুকনো খাবার : খেজুর, বাদাম খেতে বলুন)। • খাওয়ার পরপরই পানি পান করা থেকে বিরত থাকুন। • গর্ভাবস্থার শুরুতে বমি বমি ভাব দূর করতে গর্ভবতী মায়েদের আদা, আমলকী (পছন্দ হলে) মুখে রাখার সুপারিশ করা হয়। • গর্ভাবস্থার সময় যত বাড়তে থাকবে ক্রমশ বমি বমি ভাব দূর হবে- এ বিষয়ে কাউন্সেলিং করতে হবে। • খাবার ভালোভাবে চিবিয়ে এবং ধীরে ধীরে খান। • স্বাস্থ্যকর্মীর পরামর্শ ছাড়া ওষুধ সেবন করবেন না। • বমি বমি ভাব সৃষ্টি করতে পারে এমন ভাজাপোড়া এবং অতিরিক্ত মশলাযুক্ত খাবার এড়িয়ে চলুন।
বুকজ্বালা : উপরের তলপেট বা বুকের নিচের দিক থেকে গলার দিকে উঠে আসে এমন জ্বালা পোড়ার অনুভূতি। পেটের উপর বর্ধিত জরায়ু'র চাপের কারণে গর্ভাবস্থার শেষের দিকে এটি হতে পারে।	• গর্ভবতী মায়েদের খাদ্যতালিকা থেকে যেসব খাবার খেলে বুকজ্বালা হতে পারে সে খাবারগুলো বাদ দিতে হবে। তাই মায়ের খাদ্যতালিকা মূল্যায়ন করুন এবং নিম্নলিখিতভাবে পরামর্শ দিন : • বুকজ্বালার কারণ হিসেবে পরিচিত খাবার এবং পানীয় এড়িয়ে চলুন। • প্রতিদিন তিনবেলা মূল খাবারের পরিবর্তে বারবার অল্প করে খাবার খান। • খাবার ভালোভাবে চিবিয়ে এবং ধীরে ধীরে খান। • হজমে সুবিধার জন্য ঘুমাতে যাওয়ার কমপক্ষে তিন ঘণ্টা আগে রাতের খাবার খান।

শারীরিক অসুবিধা	মূল বার্তা এবং সুপারিশকৃত কার্যক্রম
কোষ্ঠকাঠিন্য : গর্ভাবস্থায় হরমোনজনিত পরিবর্তনের সাথে সম্পর্কিত।	• গর্ভবতী মায়েদের প্রচুর পরিমাণে তরল খাবার, ফলের রস, গরম দুধ, ও আঁশযুক্ত খাবার এবং পানি গ্রহণের পরামর্শ দিন। • নিয়মিত ব্যায়াম করাকে উৎসাহিত করুন। • পায়খানা নরম করে এমন ওষুধের ব্যবহার কমিয়ে দিন। • আয়রন বড়ি খাওয়ায় পার্শ্ব প্রতিক্রিয়া হিসেবে কোষ্ঠকাঠিন্য হতে পারে, এ বিষয়ে গর্ভবতী মায়েদের পরামর্শ দিন এবং দৈনিক আয়রন বড়ি গ্রহণকে উৎসাহিত করুন।
পায়ে টান লাগা : সাধারণত ক্যালসিয়ামের ঘাটতির কারণে এটা হয়	• ক্যালসিয়াম সমৃদ্ধ খাবার খান। • ক্যালসিয়াম বড়ি ঠিকমতো খাচ্ছে কি না তা যাচাই করুন এবং ক্যালসিয়াম গ্রহণকে উৎসাহিত করুন। • গর্ভাবস্থায় পায়ে টান লাগা উপশমের জন্য বিকল্প চিকিৎসা হিসেবে পেশি শিথিলীকরণ, তাপ থেরাপি ও ম্যাসাজ পদ্ধতি ব্যবহার করা যায়।
ইডিমা : শরীরে পানি জমে যাওয়া এবং সাধারণত নিচের অঙ্গগুলোতে ফোলা ভাব দেখা যায়।	• পা ছড়িয়ে দিয়ে বিশ্রাম নেওয়ার জন্য গর্ভবতী মায়েদের পরামর্শ দিন। • ঘুমানোর সময় এক পাশে কাত হয়ে শুয়ে থাকতে উৎসাহিত করুন যাতে করে রক্ত পা থেকে হৃদপিণ্ডে চলাচল করতে পারে। • গর্ভাবস্থায় মূত্রবর্ধক (Diuretics) ব্যবহারকে নিরুৎসাহিত করুন। • চিকিৎসকের পরামর্শ ছাড়া লবণ গ্রহণ না কমানোর জন্য গর্ভবতী মায়েদের পরামর্শ দিন। • ইডিমার অন্যান্য কারণগুলো যাতে না ঘটে সেজন্য স্বাস্থ্যকর্মীর সাথে পরামর্শ করুন।

বিপদচিহ্ন সম্পর্কে তথ্য প্রদান করা

কাউন্সেলিংয়ের সময় গর্ভবতী মা, তার স্বামী ও পরিবারকে গর্ভকালীন জটিলতা ও জরুরি অবস্থার লক্ষণ সম্পর্কে জানানো উচিত। এছাড়াও স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র থেকে কীভাবে এবং কখন সেবা নিতে হবে সে সম্পর্কেও তাদের শিক্ষা দেওয়া উচিত। কাউন্সেলিংয়ের সময় বিপদচিহ্নের জন্য ব্যবহৃত পরিচিত শব্দগুলো ব্যবহার করা উচিত, যাতে বিপদচিহ্ন দেখামাত্র মা, তার পরিবার এবং সমাজের অন্য সদস্যরা সেগুলো চিনতে পারে। কিশোরী, স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র থেকে দূরে বসবাসকারী এবং ভিন্ন সংস্কৃতি ও ভিন্ন ভাষাভাষী নারীদের প্রতি বিশেষ নজর দেয়া উচিত।

১.৪ দুগ্ধদানকালে মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম

প্রসবের পর থেকে শিশুর বয়স ২ বছর হওয়া পর্যন্ত সময়কে মাতৃ দুগ্ধদানকালীন সময় (Lactation period) হিসেবে বিবেচনা করা হয়। স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র এবং বাড়িতে প্রসব পরবর্তী ভিজিট, কমিউনিটি ক্লিনিক, টিকাদানকেন্দ্র, স্যাটেলাইট ক্লিনিক ও আইএমসিআই, পরিবার পরিকল্পনা কেন্দ্র ইত্যাদিকে প্রসব-পরবর্তী সেবা গ্রহণের স্থান হিসেবে বিবেচনা করা হয়।

দুগ্ধদানকালে পুষ্টি অবস্থা মূল্যায়ন

রক্তস্বল্পতা এবং অন্যান্য অনুপুষ্টির ঘাটতি পরীক্ষা করা

দুগ্ধদানকালে মায়েদের মধ্যে অনুপুষ্টির ঘাটতি পরীক্ষা এবং শনাক্তকরণ কার্যক্রম সারণি ১০-এ উপস্থাপন করা হয়েছে।

সারণি ১০ : দুগ্ধদানকালে অনুপুষ্টির ঘাটতি পরীক্ষা

পদক্ষেপসমূহ	সেবাসমূহ
১. ইতিহাস নেয়া (History taking)	• পুষ্টির ইতিহাস সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করুন : খাদ্য গ্রহণ, খাদ্যাভ্যাস, যেসব খাবার খেলে সহ্য হয় না, দৈনিক আয়রন ফলেট বড়ি গ্রহণ, আয়োডিনযুক্ত লবণের ব্যবহার • অতিরিক্ত ঋতুস্রাব, বুক ধড়ফড় করা, কাঁপুনি, অনিদ্রা, ক্লান্তি, দুর্বলতা, শুষ্ক ত্বক, চুল পড়া (রক্তস্বল্পতা) এবং রাতকানা (ভিটামিন এ-এর অভাবজনিত) এর ইতিহাস জিজ্ঞাসা করুন • রোগের ইতিহাস জানতে একই সাথে অন্যান্য রোগসমূহ (যেমন : ডায়াবেটিস, উচ্চ রক্তচাপ, ম্যালেরিয়া, HIV, যক্ষা) সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করুন।
২. ক্লিনিক্যাল পরীক্ষা নিরীক্ষা (Clinical examination)	• প্রাপ্ত বয়স্কদের অনুপুষ্টি ঘাটতির ক্লিনিক্যাল লক্ষণগুলো আছে কি না তা যাচাই করুন (যেমন : ফ্যাকাসে, জেরোফথ্যালমিয়া, গলগণ্ড) এবং প্রয়োজন হলে রেফার করুন • রক্তস্বল্পতার (হিমোগ্লোবিন) পরীক্ষা • ডায়াবেটিসের স্ক্রিনিং (Oral glucose tolerance test -OGTT)

প্রসব-পরবর্তী ৬ থেকে ১২ মাসের মধ্যে BMI করা হয় না

প্রসব-পরবর্তী মায়েদের জন্য BMI ব্যবহৃত হয় না। কারণ, গর্ভাবস্থায় ওজন বৃদ্ধি বিবেচনা করে কোনো BMI রেফারেন্স মান নির্ণয় করা হয়নি (২১) (৭৮)।

সঠিক খাদ্যাভাস ও সম্পূরক গ্রহণের মাধ্যমে দুগ্ধদানকালে অনুপুষ্টির ঘাটতি প্রতিরোধ ও নিয়ন্ত্রণ

দুগ্ধদানকালে পুষ্টির প্রয়োজনীয়তা

দুগ্ধদানকালে মায়ের দুধ তৈরি হওয়ার কারণে পুষ্টির চাহিদা বৃদ্ধি পায়। মা এবং শিশুর সুস্বাস্থ্যের জন্য এই চাহিদাগুলো অবশ্যই পুষ্টিকর খাদ্য গ্রহণের মাধ্যমে মেটানো উচিত (৮১) (৭৩)।

ভিটামিন এ ক্যাপসুল এবং আয়রন ফলেট বড়ি

শিশুর পর্যাপ্ত চাহিদা পূরণে মায়ের দুধে ভিটামিন এ-এর পরিমাণ বৃদ্ধির পাশাপাশি মায়ের রোগ প্রতিরোধ ক্ষমতা বাড়ানোর জন্য প্রসবের পরে ভিটামিন এ ক্যাপসুল গ্রহণের পরামর্শ দেওয়া হয়। প্রসবের পরপরই বা প্রসবের ১ থেকে ৬ সপ্তাহের মধ্যে ভিটামিন এ-এর ২,০০,০০০ IU-এর একটি ডোজ গ্রহণের সুপারিশ করা হয় (৬১)।[১০]

প্রসবের পরে ৩ মাস পর্যন্ত দৈনিক আয়রন ফলেট বড়ি [আয়রন (৬০ মিলিগ্রাম) এবং ফলিক অ্যাসিড (৪০০ মাইক্রোগ্রাম)] মুখে খাওয়ার বিষয়ে সুপারিশ করা হয়। এই পদক্ষেপগুলো দুগ্ধদানকালে মায়েদের রক্তস্বল্পতা প্রতিরোধ করে (৪) (৫৪)।

প্রসব-পরবর্তী সেবায় পুষ্টি শিক্ষা এবং কাউন্সেলিং

শিশুর খাবার ও পুষ্টি (IYCF) ফোরাম, গ্রুপ ও ব্যক্তিগত আলোচনা এবং প্রসব-পরবর্তী সেবার প্ল্যাটফর্মকে ব্যবহার করে দুগ্ধদানকালে স্বাস্থ্যশিক্ষা এবং কাউন্সেলিং করা যেতে পারে। রক্তস্বল্পতায় ভুগছে বা ওজন অনেক কমে যাচ্ছে এমন মায়েদের প্রতি বিশেষ নজর দেওয়া উচিত। পুষ্টি শিক্ষায় ও কাউন্সেলিংয়ে স্বামী (স্বামীদের ফোরামের মাধ্যমে), শাশুড়ি এবং কমিউনিটিতে গুরুত্বপূর্ণ প্রভাবশালীদেরকে সক্রিয়ভাবে অংশগ্রহণ নিশ্চিত করতে হবে। গর্ভাবস্থায় এবং প্রসবকালীন খাবার সম্পর্কিত কিছু কুসংস্কার ও ভ্রান্ত ধারণা আছে, যার ফলে মায়েরা নির্দিষ্ট কিছু খাবার খেতে চান না। মায়েদেরকে কাউন্সেলিং করার সময় এসব বিষয় বিবেচনা করতে হবে।

দুগ্ধদানকালে পর্যাপ্ত পরিমাণ খাদ্য গ্রহণে উৎসাহিত করা

শিশুর জন্মের সাথে সাথেই (১ ঘণ্টার মধ্যেই) শিশুকে মায়ের দুধ (শাল দুধ) খাওয়াতে হবে। গর্ভবতী ও প্রসব-পরবর্তী মায়েদেরকে খাদ্য গ্রহণ, শাল দুধ খাওয়ানো, শিশুদের বয়স পূর্ণ ৬ মাস (১৮০ দিন) না হওয়া পর্যন্ত শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো এবং ৬ মাস পূর্ণ হলে মায়ের দুধের পাশাপাশি ঘরে তৈরি বাড়তি খাবার খাওয়ানোসহ মায়ের দুধ ২ বছর পর্যন্ত চালিয়ে যাওয়ার বিষয়ে কাউন্সেলিং করা উচিত। কারণ, মায়ের দুধ খাওয়ানোর বিষয়টি শিশুর পুষ্টি ও মায়ের সুস্বাস্থ্যের সাথে সম্পর্কিত। শিশু কতবার ও কতখানি মায়ের দুধ খাচ্ছে ও মায়ের হাইড্রেশন মায়ের দুধ তৈরিতে প্রভাব ফেলে। এটি মায়েদের প্রসবের পর ওজন কমাতে সাহায্য করে এবং দীর্ঘমেয়াদে তাদের স্বাস্থ্যের উন্নতিতে সাহায্য করে। পরবর্তী গর্ভাবস্থায় ভালো ফলাফলের জন্য মায়েদের উচ্চতা অনুযায়ী সঠিক ওজন লাভ করা ও তা বজায় রাখা দরকার। কাউন্সেলিংয়ের সময় খাদ্যের বৈচিত্র্য, ভিটামিন এ সমৃদ্ধ খাবার (যেমন : গাঢ় সবুজ শাকসবজি, শিকড় ও কন্দ এবং অন্যান্য লাল/ হলুদ/ কমলা ফল ও শাকসবজি) গ্রহণের উপরও জোর দেওয়া উচিত।

শারীরিক পরিশ্রমকে উৎসাহিত করা

সন্তান জন্মদানের পর মায়েদের শারীরিকভাবে সক্রিয় থাকতে হবে এবং তাদের পর্যাপ্ত পরিমাণে বিশ্রাম নেওয়া উচিত। সুস্থতা বজায় রাখার জন্য হালকা ব্যায়ামের সাথে সাথে সাধারণ শারীরিক পরিশ্রমের সুপারিশ করা হয়েছে।

---

১০ WHO Guideline on vitamin A supplementation in postpartum women (2011) অনুসারে, প্রসব-পরবর্তী সময় ভিটামিন এ ক্যাপসুল সুপারিশ করা হয়নি। প্রসব-পরবর্তী মায়েদের ভিটামিন এ ক্যাপসুল বিষয়ক জাতীয় মানদণ্ডগুলো পর্যালোচনা ও আপডেট করার বিষয়ে জাতীয় মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকার টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপে সুপারিশ করা হয়েছে। এছাড়াও প্রসব-পরবর্তী মায়েদের জন্য ভিটামিন-এ সমৃদ্ধ খাদ্য গ্রহণকে উৎসাহিত করার সুপারিশ করা হয়েছে।

পর্যাপ্ত বিশ্রাম নেওয়ার বিষয়ে উৎসাহিত করা

পর্যাপ্ত বিশ্রামের বিষয়ে সুপারিশ করা হয়। দুগ্ধদানকালে ক্লান্তি অনুভব করলে প্রয়োজনে বিশ্রাম নিতে হবে।

মা এবং শিশুর জন্য পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতাকে উৎসাহিত করা

কাউন্সেলিংয়ের সময় খাবার তৈরি এবং ব্যক্তিগত স্বাস্থ্যবিধি সম্পর্কিত অন্যান্য বার্তার পাশাপাশি মা এবং শিশুর রোগ প্রতিরোধের বিষয়গুলোর উপর জোর দেয়া উচিত।

১.৫ বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন ও বিশেষ পরিস্থিতিতে রয়েছে এমন গর্ভবতী ও দুগ্ধদানকারী মায়েদের জন্য মাতৃপুষ্টি

বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন নারী বা বিশেষ পরিস্থিতিতে জীবনযাপন করছেন এমন নারীদের প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা বা প্রসব-পূর্ব সেবা ছাড়াও অন্যান্য আরো সেবার প্রয়োজন রয়েছে। গর্ভাবস্থায় বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন নারীদের সেবার গুরুত্বপূর্ণ একটি লক্ষ্য হলো বিশেষ ধরনের সেবা বা রেফারেলের প্রয়োজন আছে কি না তা নির্ধারণ করা। এছাড়াও প্রসব-পূর্ব সেবা প্রদানের সময় স্বাস্থ্যসেবা কেন্দ্র এবং কমিউনিটিভিত্তিক প্ল্যাটফর্মগুলো তাদের চিকিৎসার চাহিদা যথাযথভাবে পূরণ করতে পারে কি না সেটা দেখাও তাদের সেবার আর একটি লক্ষ্য। একই স্বাস্থ্যকেন্দ্রের (অথবা রেফার করা হলে অন্য স্বাস্থ্যকেন্দ্রের) স্বাস্থ্যসেবাদানকারীদের একই রকম সব প্রাসঙ্গিক তথ্য দেওয়া হয়েছে কি না তা নিশ্চিত করতে হবে।

১.৬ বিশেষ চাহিদাসম্পন্ন নারী

কিশোরী

গর্ভবতী কিশোরীদেরকে ভালো আন্তঃব্যক্তিক দক্ষতার সাথে কাউন্সেলিং করা উচিত। কিশোরীদের সেবাদানের ক্ষেত্রে গুরুত্বপূর্ণ দিকগুলো হলো :

- তাৎক্ষণিক চ্যালেঞ্জ মোকাবিলা করার জন্য তাদেরকে প্রয়োজনীয় তথ্য প্রদান করা। উদাহরণস্বরূপ : প্রসবপূর্ব, প্রসবকালীন এবং নবজাতকের জন্য সেবা সম্পর্কিত জ্ঞান এবং এই সেবাগুলি কোথায় পাওয়া যায়; পিতামাতা হিসেবে তাদের প্রাথমিক দক্ষতা; প্রসব-পরবর্তী সেবা (পরিবার পরিকল্পনাসহ) এবং এই সময়ে পুষ্টির প্রয়োজনীয়তা ইত্যাদি সম্পর্কে ধারণা দেয়া।
- কিশোরীদের প্রতিবন্ধকতাগুলি বুঝতে এবং কাটিয়ে উঠতে সহায়তা করা, তাদের জন্য মানসম্মত সেবা নিশ্চিত করতে বিপদকালীন পরিবহন এবং সামাজিক সহায়তার জন্য স্থানীয় মানুষের সাথে যোগাযোগ স্থাপনে সহযোগিতা করা।
- গর্ভবতী কিশোরীদের এই সময়ের বিশেষ প্রয়োজন এবং সুস্থতা (মানসিক সমর্থন) বিষয়ে পিতামাতা, শ্বশুর-শাশুড়ি, স্বামী, দেখভালকারী এবং পরিবারের অন্যান্য সদস্যদেরকে পরামর্শ দেওয়া বা কাউন্সেলিং করা।
- প্রথমত নীতিমালায় এবং কার্যক্রমগুলিতে কিশোরীদের গর্ভধারণ প্রতিরোধে জোর দেওয়া উচিত। সব গর্ভবতী মায়েদের স্বাস্থ্য ও পুষ্টিসেবা জোরদার করার সাথে সাথে কিশোরী গর্ভবতীদের পুষ্টির (প্রধান ও অনুপুষ্টি) প্রতি বিশেষ দৃষ্টি দেওয়া উচিত।

HIV পজিটিভ নারী

HIV-র প্রাথমিক চিকিৎসা চান এমন গর্ভবতী এবং দুগ্ধদানকারী মায়েদের কাউন্সেলিং করতে হবে। এই কাউন্সেলিংয়ের মধ্যে রয়েছে : মা থেকে শিশু HIV সংক্রমণ প্রতিরোধ (Prevention of mother-to-child HIV transmission-PMTCT), পরিবার পরিকল্পনা এবং HIV সম্পর্কিত চিকিৎসা, প্রতিরোধ ও সেবা। এছাড়াও, HIV পজিটিভ গর্ভবতী এবং দুগ্ধদানকারী মায়েদের স্বাস্থ্য এবং পুষ্টির অবস্থা রক্ষা করার জন্য, নিয়মিত পুষ্টিকর খাবার গ্রহণ করতে উৎসাহিত করা উচিত। সকল HIV পজিটিভ গর্ভবতী মায়েদের একটি সমন্বিত সেবা গ্রহণের বিষয়ে কাউন্সেলিং করতে হবে। নিজের সুস্বাস্থ্য এবং মা থেকে শিশু HIV সংক্রমণ প্রতিরোধের জন্য অ্যান্টিরেট্রোভাইরালের ব্যবহারের বিষয়ে কাউন্সেলিং করা উচিত (৮২)। ক্লিনিকাল স্টেজ এবং ইমিউনোলজিকাল স্ট্যাটাস বিবেচনা না করে, গর্ভাবস্থায় HIV পজিটিভ হিসেবে চিহ্নিত হওয়ার সাথে সাথে স্ট্যান্ডার্ড ট্রিপল-ড্রাগ রেজিমেন-সহ চিকিৎসা শুরু করা উচিত। জাতীয় HIV নীতিমালা অনুযায়ী এই চিকিৎসা চালিয়ে যেতে হবে।

দুর্গম এলাকায় বসবাসরত নারী

দুর্গম এলাকায় বসবাসরত নারীদের জন্য সেবার অপ্রাপ্যতা বা সেবা গ্রহণের জন্য যাতায়াতজনিত সমস্যার কারণে প্রসব-পূর্ব সেবা নিতে অসুবিধা হতে পারে। ফলস্বরূপ প্রসব-পূর্ব সেবা নিতে তাদের অতিরিক্ত ব্যয় বহন করতে হয়, যথাযথ মানসিক সহযোগিতা থেকে বঞ্চিত হতে হয় অথবা অনুপযুক্ত অনিরাপদ স্বাস্থ্যসেবা গ্রহণ করতে গিয়ে মাঝে মাঝে পরিবারের সদস্যদের থেকে সাময়িকভাবে আলাদা থাকতে হয়। বিভিন্ন সামাজিক সুরক্ষা সেবার মাধ্যমে দুর্গম এলাকার গর্ভবতী মায়েদের কাছে পৌঁছানো যেতে পারে। উদাহরণস্বরূপ : স্বাস্থ্য ও পরিবার পরিকল্পনা মন্ত্রণালয়ের মাতৃস্বাস্থ্য ভাউচার স্কিম, মহিলা ও শিশু বিষয়ক মন্ত্রণালয়ের নিঃশর্ত নগদ অর্থ প্রদান প্রকল্প অর্থাৎ 'মাতৃত্বকালীন ভাতা এবং কর্মজীবী মহিলাদের দুগ্ধদানকালীন ভাতা' অথবা পল্লী উন্নয়ন ও সমবায় কর্তৃক পরিচালিত 'শর্ত সাপেক্ষে মাসিক নগদ অর্থ প্রদান'। শর্ত সাপেক্ষে মাসিক নগদ অর্থ প্রদান প্রকল্পটি 'হতদরিদ্রদের আয় সহায়তা প্রকল্প' নামে পরিচিত।[১১] এসব প্রকল্পের লক্ষ্য হলো পাঁচ বছরের নিচে শিশু রয়েছে এমন দুস্থ মায়েরা যেন বেশি বেশি স্বাস্থ্য ও পুষ্টি সেবা গ্রহণ করে।

দুর্গম এলাকায় বাসবাসকারী নারীদের জন্য সহায়তার মধ্যে রয়েছে :

- পুষ্টি এবং স্বাস্থ্য শিক্ষার প্রচারসহ প্রসব-পূর্ব সেবা সম্পর্কিত তথ্য প্রদান করা।
- মানসম্মত পরিসেবাগুলির সাথে সংযোগ স্থাপন করা।
- কমিউনিটিভিত্তিক রেফারেল সিস্টেম প্রতিষ্ঠা করা।

প্রতিবন্ধী নারী

শারীরিক এবং / বা মানসিক প্রতিবন্ধী নারীদের উপযুক্ত প্রসব-পূর্ব সেবা নিতে সমস্যা হতে পারে। এছাড়াও, তাদের বাড়তি যত্ন এবং সহায়তার প্রয়োজন হতে পারে। শারীরিক এবং /বা মানসিক প্রতিবন্ধী নারীদের কাছে প্রসব-পূর্ব সেবার মাধ্যমে পৌঁছানো সম্ভব না হলে দুর্গম এলাকায় বসবাসরত নারীদের মতো সামাজিক সুরক্ষা কার্যক্রমের মাধ্যমে তাদের কাছে পৌঁছানো যেতে পারে।

প্রতিবন্ধী নারীদের জন্য সহায়তাসমূহ :

- পুষ্টি এবং স্বাস্থ্য শিক্ষার প্রচারণাসহ প্রসব-পূর্ব সেবা সম্পর্কিত তথ্য প্রদান করা।
- মানসম্মত পরিসেবাগুলির সাথে সংযোগ স্থাপন করা।
- কমিউনিটিভিত্তিক রেফারেল সিস্টেম প্রতিষ্ঠা করা।

---

১১ "International Development Association Project Appraisal Document on a Proposed Credit in the Amount of USD$300 to the People's Republic of Bangladesh for an Income Support Program for the Poorest Project." The World Bank Group, November 17, 2014. http://documents.worldbank.org/curated/en/890121468205457383/pdf/PAD9570PAD0P14010Box385378B00OUO090.pdf.

১.৭. বিশেষ পরিস্থিতি

রোগ/ব্যাধি

সংক্রামক এবং অসংক্রামক রোগের কারণেও নারীদের পুষ্টির অবস্থা খারাপ হতে পারে। নারী, গর্ভবতী মা এবং গর্ভাবস্থার ফলাফলকে প্রভাবিত করে এমন সব সাধারণ রোগের পাশাপাশি এসব রোগ প্রতিরোধের বিষয়ে সুপারিশকৃত কার্যক্রমগুলি সারণি ১১-তে বর্ণিত রয়েছে।

সারণি ১১ : গর্ভবতী নারী ও গর্ভাবস্থার ফলাফলকে প্রভাবিত করে এমন রোগসমূহ এবং সুপারিশকৃত কার্যক্রমসমূহ (৫৭)

রোগ	ঝুঁকি	সুপারিশকৃত কার্যক্রমসমূহ
গর্ভকালীন ডায়াবেটিস মেলিটাস (GDM) যা গর্ভাবস্থায় glucose intolerance বুঝায়	গর্ভাবস্থায় ও প্রসবের সময় জটিলতার ঝুঁকি বৃদ্ধিসহ পরবর্তীতে মা ও শিশু উভয়ের জন্য টাইপ ২ ডায়াবেটিস মেলিটাসের ঝুঁকি বৃদ্ধি করে।	সব গর্ভবতী মহিলাদেরকে ঝুঁকি নির্ণয়ে স্ক্রিনিং করতে হবে (লক্ষণসমূহ, পারিবারিক ইতিহাস)। এছাড়া খাদ্যসূচি প্রণয়নের মাধ্যমে রক্তে শর্করার মাত্রা নিয়ন্ত্রণ করার সুপারিশ করা হয় (২৯)।
উচ্চ রক্তচাপ	গর্ভাবস্থায় শিশুর বৃদ্ধি ব্যাহত হতে পারে।	খাবারে লবণ কমিয়ে আনা, ফাস্ট ফুড বা চর্বি জাতীয় খাবার পরিহার করা এবং শারীরিক পরিশ্রম করতে উৎসাহিত করা।
ম্যালেরিয়া	মাতৃত্বজনিত বিভিন্ন সমস্যা এবং কম জন্মওজনের শিশুর জন্মগ্রহণের সম্ভাবনা দেখা দেয়।	ম্যালেরিয়া হলে জাতীয় ম্যালেরিয়া নিয়ন্ত্রণ নীতিমালা অনুযায়ী চিকিৎসা করতে হবে। ঘুমানোর সময় অবশ্যই কীটনাশক দিয়ে শোধন করা মশারি ব্যবহার করতে হবে। ক্ষুধামন্দা ও বমি বমি ভাবের ক্ষেত্রে বার বার অল্প করে বিভিন্ন ধরনের খাবার খাওয়ার পরামর্শ দেওয়া হয়। সাথে আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি খাওয়া চালিয়ে যেতে হবে।
ডেঙ্গু	গর্ভপাত, কম জন্মওজনের শিশু, মৃত সন্তান বা অপুষ্ট শিশুর প্রসব, প্রসব-পরবর্তী রক্তপাত, এমনকি মায়ের মৃত্যু পর্যন্ত হতে পারে।	মশার কামড় থেকে রক্ষা করা। চিকিৎসকের পরামর্শ নেয়া। জটিল কেস-এর ক্ষেত্রে হাসপাতালে ভর্তি হওয়া লাগতে পারে। জ্বরের জন্য প্যারাসিটামল জাতীয় ওষুধ, সাথে পর্যাপ্ত বিশ্রাম ও পুষ্টিকর তরল খাবার দিতে হবে।
যক্ষা	বন্ধ্যাত্ব, গর্ভপাত, কম জন্মওজনের শিশু জন্মগ্রহণের সম্ভাবনা।	জাতীয় যক্ষা নিয়ন্ত্রণ গাইডলাইন অনুযায়ী চিকিৎসার জন্য রেফার করতে হবে, সাথে পুষ্টি বিষয়ক পরামর্শ প্রদান করতে হবে।

মাতৃপুষ্টিকে প্রভাবিত করে এমন সামাজিক সংস্কৃতি, কুসংস্কার, প্রচলিত ধারণা, লিঙ্গ বৈষম্য, নিরক্ষরতা এবং পরিবেশগত সমস্যাসমূহ

কিছু প্রচলিত ধারণা বা বাধার কারণে গর্ভবতী এবং দুগ্ধদানকারী মায়েদের পর্যাপ্ত পরিমাণে খাদ্য গ্রহণ বাধাগ্রস্ত হতে পারে। গর্ভাবস্থায় এবং দুগ্ধদানকালে খাদ্য গ্রহণ, ব্যক্তিগত পছন্দ-অপছন্দ, সামাজিক রীতিনীতি, গর্ভাবস্থায় বা দুগ্ধদানকালে বা মাসিক ঋতুর সময় খাদ্য সম্পর্কিত কুসংস্কার (যেমন : বাংলাদেশে গর্ভাবস্থায় নির্দিষ্ট কিছু মাছ না খাওয়ার বিষয়ে কুসংস্কার আছে), পরিবারের খাদ্য নিরাপত্তাহীনতা এবং অর্থনৈতিক সমস্যা দ্বারা প্রভাবিত হয় (৭৬) (১৩)। গর্ভাবস্থায় কী পরিমাণ খাবার খেতে হয়, কতটুকু ওজন বৃদ্ধি পাওয়া জরুরি এবং বেশি খেলে বড় শিশু জন্মদানের মতো জটিলতা তৈরি হতে পারে- এরূপ বিষয়গুলো নিয়ে প্রায়শই ভ্রান্ত ধারণা তৈরি হয়। প্রচলিত ভ্রান্ত ধারণা বা বিশ্বাস থেকে অনেক সময় মায়েদের আমিষযুক্ত খাদ্য গ্রহণ ব্যাহত হয়। এর ফলস্বরূপ মায়েদের পুষ্টির উপর নেতিবাচক প্রভাব পড়ে। এই ভুল ধারণাগুলো সাধারণত পুষ্টি সম্পর্কিত অপর্যাপ্ত জ্ঞান এবং নিরক্ষরতার কারণে হয়ে থাকতে পারে।

একাধিক সন্তান জন্মদানের মধ্যবর্তী বিরতি

গর্ভাবস্থায় পরিবার পরিকল্পনা কাউন্সেলিং গর্ভাবস্থার শুরু থেকেই আরম্ভ করা জরুরি। বিশেষ করে গর্ভাবস্থার ৩য় তিন মাসে এ বিষয়ে আরো জোর দিতে হবে (বাংলাদেশ ANC গাইডলাইনস্ অনুসারে) (৫৭)। প্রসব-পরবর্তী পরিবার পরিকল্পনা একটি গুরুত্বপূর্ণ বিষয়। গর্ভধারণের উপযুক্ত সময় এবং একাধিক সন্তান জন্মদানের মধ্যবর্তী বিরতি (The healthy timing and spacing of pregnancy-HTSP) পরিবার পরিকল্পনার একটি পদ্ধতি হিসেবে কাজ করে। এটি নারীর গর্ভধারণের সংখ্যা কমিয়ে আনার পাশাপাশি নারী, নবজাতক এবং শিশুদের স্বাস্থ্যকর ফলাফল অর্জনে সহায়তা করে। HTSP মূলত গর্ভনিরোধক পছন্দগুলির বিষয়ে বিনামূল্যে অবহিতকরণ ও গর্ভ নিয়ন্ত্রণের জন্য পদ্ধতিগুলো সম্পর্কে ধারণা দেয়, যা পরিবার পরিকল্পনায় ও পরিবারের সদস্য সংখ্যা নিয়ন্ত্রণে সহায়তা করে।

ল্যাকটেশনাল অ্যামেনোরিয়া পদ্ধতি (LAM)

তিনটি শর্ত পূরণ হলে মায়ের দুধ খাওয়ানোর বিষয়টি জন্মনিয়ন্ত্রণের একটি উপায় হিসেবে কাজ করতে পারে। শর্ত তিনটি হলো ১) প্রসবের পর থেকে মাসিক/ঋতুস্রাব শুরু না হলে, ২) শিশুর বয়স ৬ মাসের কম হলে, ৩) শিশুকে শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো হলে। মা ও বাবাকে কাউন্সেলিংয়ের সময় শিশুর জন্মের এক ঘণ্টার মধ্যে মায়ের দুধ খাওয়ানো শুরু করা এবং ৬ মাস পর্যন্ত শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানোর ব্যাপারে উৎসাহিত করতে হবে। অন্য শর্ত দুটি পূরণ করা হলে ৬ মাস বয়স পর্যন্ত শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানো একটি প্রাকৃতিক জন্মনিয়ন্ত্রন পদ্ধতি হিসেবে কাজ করে। যখন কোনো মা তার শিশুকে ৬ মাস পর্যন্ত শুধু মায়ের দুধ খাওয়ান (দিনে ও রাতে শিশুর চাহিদা অনুযায়ী এবং মায়ের দুধ ছাড়া অন্য কিছু না দেয়), মায়ের শরীর প্রাকৃতিকভাবেই ডিম্বাণু তৈরি করা বন্ধ করে দেয়।

নেশা জাতীয় পদার্থের অপব্যবহার

নেশা জাতীয় পদার্থের অপব্যবহার বলতে নেশাযুক্ত পদার্থের (যেমন : অ্যালকোহল, তামাক, ড্রাগ) অত্যাধিক ব্যবহার বোঝায়, যা শারীরিক স্বাভাবিক কাজ সম্পাদন করতে বাধা দেয়। মাতৃপুষ্টির উপর নেশা জাতীয় পদার্থের অপব্যবহারের নিম্নলিখিত প্রভাব রয়েছে:

- ক্ষুধামন্দা, যার ফলে খাদ্য গ্রহণের পরিমাণ কমে যায়। এটি অপুষ্টির একটি প্রধান এবং অন্যতম অন্তর্নিহিত কারণ।
- দুগ্ধদানকারী মায়েদের ক্ষেত্রে নেশা জাতীয় পদার্থগুলো মায়ের দুধের মাধ্যমে শিশুর শরীরে প্রবেশ করে এবং তা শিশুর শরীরে ব্যাপক প্রভাব ফেলে।

- মাদকদ্রব্যগুলি মায়ের স্বাস্থ্যের উপর প্রত্যক্ষ প্রভাব ফেলতে পারে, যেমন : অতিরিক্ত তামাক এবং অ্যালকোহল সেবনের কারণে ফুসফুসের ক্যান্সার এবং লিভারের ক্যান্সার হতে পারে। এই ধরনের শারীরিক অসুস্থতা মায়ের অপুষ্টির কারণ হতে পারে ।

স্বাস্থ্যশিক্ষা এবং কাউন্সেলিংয়ে গ্রুপ বা ব্যক্তি পর্যায়ের অধিবেশনকে অন্তর্ভুক্ত করা যেতে পারে। গর্ভাবস্থায় নেশাজাতীয় পদার্থের ব্যবহার কমিয়ে ফেলেছে বা বন্ধ করেছে এমন নারীরা তাদের অভিজ্ঞতা অন্যদের সাথে শেয়ার করতে পারেন। অ্যালকোহল বা অন্যান্য মাদকদ্রব্য ব্যবহার করা নারীদের সহায়তা করার জন্য সাপোর্ট গ্রুপ গঠনের জন্য উৎসাহ দেয়া উচিত। যেসব নারীর অ্যালকোহল বা অন্যান্য নেশাযুক্ত পদার্থের আসক্তির কারণে তাদের শিশুদের স্বাস্থ্যের ক্ষতি হতে পারে, তাদেরকে রেফার করা উচিত। কাউন্সেলিংয়ের মাধ্যমে গর্ভাবস্থায় এবং দুগ্ধদানকালে সকল ধরনের নেশাযুক্ত পদার্থের অপব্যবহারকে নিরুৎসাহিত করা উচিত।

জরুরি পরিস্থিতিতে মাতৃপুষ্টি

জরুরি পরিস্থিতিতে (প্রাকৃতিক দুর্যোগ ও সংঘাত, যেমন বন্যা, বাস্তুচ্যুত জনগোষ্ঠী) ক্ষুধা এবং অপুষ্টি সাধারণ একটি বিষয়। কিশোরী, প্রজনন সক্ষম নারী এবং গর্ভবতী ও দুগ্ধদানকারী মায়েরা এরূপ পরিস্থিতিতে অপুষ্টির ঝুঁকিতে বেশি থাকে। পুষ্টিকর খাবার এবং স্বাস্থ্যসেবার অপ্রতুলতার কারণে তাদের প্রধানপুষ্টি এবং অনুপুষ্টির ঘাটতি দেখা দেয়। তাদেরকে খাদ্য রেশন এবং অনুপুষ্টির সম্পূরকসহ অন্যান্য পুষ্টিসেবা প্রদান করা গুরুত্বপূর্ণ। জরুরি প্রস্তুতি ও সাড়াদান পরিকল্পনার মধ্যে মাতৃপুষ্টি সম্পর্কিত নির্দিষ্ট কার্যক্রম অন্তর্ভুক্ত করা উচিত। সাড়াদানের পরিকল্পনাগুলো দুর্যোগ ব্যবস্থাপনা ও ত্রাণ মন্ত্রণালয়ের সাথে সমন্বয় করতে হবে। বর্তমানে, বাংলাদেশে জরুরি পরিস্থিতিতে গর্ভবতী মায়েদের জন্য কোনো নির্দিষ্ট নীতিমালা নেই।[১২]

মহামারির সময় মাতৃপুষ্টি

২০২০ সালে কোভিড-১৯ ও এর মতো অন্যান্য মহামারির সময় খাদ্য ব্যবস্থা ব্যাহত হয় এবং প্রয়োজনীয় পুষ্টিসেবার অপ্রতুলতা এবং সেবা গ্রহণের সুযোগ না থাকার কারণে, নারীদের খাদ্য এবং পুষ্টিগত অনেক নেতিবাচক প্রভাব পরিলক্ষিত হয়। সামাজিক এবং লিঙ্গ-বৈষম্যের কারণে অনেক নারী বিভিন্ন দিকে দিয়ে বৈষম্যের শিকার হয়ে থাকেন (৮৩)। এরূপ জাতীয় সংকট মোকাবিলায়, দেশি ও আন্তর্জাতিক নীতিমালা অনুযায়ী গৃহীত অন্যান্য সেবার সাথে অতি প্রয়োজনীয় পুষ্টি সেবাগুলি অব্যাহত রাখতে হবে (৮৪)।

মাতৃপুষ্টির জন্য সামাজিক সহযোগিতা

মাতৃপুষ্টি নিশ্চিত করার জন্য কমিউনিটিতে একটি সহায়ক পরিবেশ তৈরি করতে হবে। এজন্য দাদি/নানি, বাবা-মা এবং অন্যান্য প্রভাবশালী (যেমন : বয়স্ক নারী, কমিউনিটি নেতৃবৃন্দ, ফার্মাসিস্ট, গ্রাম্য চিকিৎসক)-দেরকে গর্ভাবস্থায় মায়েদের খাদ্যের গুরুত্ব এবং ওজন বৃদ্ধির প্রয়োজনীয়তার ব্যাপারে সঠিক তথ্য দিয়ে উদ্বুদ্ধ করতে হবে (৮৫)। বৈচিত্র্যপূর্ণ খাদ্য গ্রহণ নিশ্চিত করার জন্য বাড়ির আশেপাশে শাকসবজি ও ফলের চাষ করতে গর্ভবতী মায়েদের সাথে তাদের পরিবারগুলোকেও উৎসাহিত করা উচিত। যেমন : গর্ভবতী মায়ের পরিবারকে নবজাতকের নামে কমপক্ষে একটি গাছ লাগানোর জন্য পরামর্শ দেওয়া যেতে পারে। আবার, দাদি/নানিরা ও বাবারা রান্না বিষয়ক ব্যবহারিক সেশনে অংশ নিতে পারেন এবং প্রসব-পূর্ব সেবায় বাড়ির গর্ভবর্তী মায়েদের অংশগ্রহণকে উৎসাহিত করতে পারেন। মাদার টু মাদার সাপোর্ট গ্রুপ, কেয়ার গ্রুপ অথবা অন্যান্য কমিউনিটি গ্রুপগুলোতে পুষ্টিকর খাদ্য সম্পর্কে আলোচনা করা যেতে পারে। মায়েরা

১২ বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার প্রসব-পূর্ব সুপারিশমালায় (WHO ANC 2016) অপুষ্ট গর্ভবতী মায়েদের মৃত সন্তান প্রসব এবং গর্ভকালীন-বয়সের তুলনায় নবজাতক ছোট হওয়ার ঝুঁকি হ্রাস করার জন্য সুষম শক্তি এবং আমিষের সম্পূরক খাদ্য গ্রহণের সুপারিশ করা হয়েছে (৪)।

যে ধরনের সমস্যার সম্মুখীন হয় ও এর সমাধানগুলি নিয়েও আলোচনা করা যেতে পারে। মা ও শিশুর পুষ্টি নিশ্চিত করতে মাদার সাপোর্ট গ্রুপ তৈরিতে ইউনিয়ন পরিষদের মহিলা সদস্যদের সম্পৃক্ত করা উচিত। শিশুবান্ধব উদ্যোগের মতো প্ল্যাটফর্মের মাধ্যমেও মাতৃপুষ্টি এবং শিশুর খাবার ও পুষ্টি (IYCF) সম্পর্কে কাউন্সেলিং করা যেতে পারে। প্রতিটি কমিউনিটিকে মা ও শিশুবান্ধব হিসেবে গড়ে তোলার জন্য মহিলা ও শিশু বিষয়ক মন্ত্রণালয় এবং সমাজকল্যাণ মন্ত্রণালয়ের প্রচেষ্টা চালানো উচিত।

শহরের বস্তি

দ্রুত নগরায়ণের ফলে লক্ষ লক্ষ মানুষকে শহরের বস্তিগুলিতে বাস করতে হচ্ছে, যেখানে পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতার অবস্থা বেশ নাজুক। এখানে স্বাস্থ্যসেবার সুযোগও বেশ সীমিত। বস্তিতে বসবাস করেন না এমন নারীদের মধ্যে কমপক্ষে ৪টি প্রসব-পূর্ব সেবা নেয়ার প্রবণতা বস্তিতে বসবাসকারী নারীদের চেয়ে অনেক বেশি (৫৯% বনাম ২৯%) (৪৪)। একই রকম প্রবণতা লক্ষ্য করা যায় প্রাতিষ্ঠানিক প্রসবের ক্ষেত্রেও। এক্ষেত্রে বস্তিতে বসবাসকারী নারীদের (৬৫%) তুলনায় বস্তিতে বসবাস করেন না এমন নারীদের (৩৭%) প্রাতিষ্ঠানিক প্রসবের হার কম। স্থানীয় সরকার, পল্লী উন্নয়ন ও সমবায় মন্ত্রণালয় প্রধানত সিটি কর্পোরেশন এবং পৌরসভাগুলিতে প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা সরবরাহের জন্য দায়বদ্ধ। অন্যদিকে, স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ মন্ত্রণালয় দ্বিতীয় ও তৃতীয় স্তরের স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিতকরণ, নীতি নির্ধারণ ও দিকনির্দেশনার জন্য দায়বদ্ধ। শহুরে জনগোষ্ঠীর জন্য প্রাথমিক স্বাস্থ্যসেবা প্রদানের ক্ষেত্রে স্থানীয় সরকার, পল্লী উন্নয়ন ও সমবায় মন্ত্রণালয়ের সীমিত সামর্থ্যের বিষয়টি মাতৃস্বাস্থ্য বিষয়ক কৌশলপত্রে উল্লেখ করা হয়েছে (৪৪)। শহর এলাকায় স্বাস্থ্যসেবা নিশ্চিত করতে আরবান কৌশলপত্র প্রস্তুতির কাজ প্রক্রিয়াধীন রয়েছে। এই কৌশলপত্র অনুমোদন হওয়ার সাথে সাথে স্থানীয় সরকার বিভাগের (এলজিডি) তা বাস্তবায়নের পথে এগিয়ে যাওয়া উচিত।

২। বাস্তবায়ন এবং সেবাদান সম্পর্কিত

২.১ মাতৃপুষ্টি নিশ্চিত করা এবং পুষ্টিসেবার ব্যবহার বৃদ্ধির লক্ষ্যে স্বাস্থ্যব্যবস্থাকে শক্তিশালীকরণ

সাধারণত স্বাস্থ্যব্যবস্থার মাধ্যমে প্রসব-পূর্ব সেবার ব্যবহার এবং মানোন্নয়ন করা হয় এবং ফলস্বরূপ, এর সাথে যুক্ত মাতৃ পুষ্টি কার্যক্রমেরও ব্যবহার এবং মানোন্নয়ন করা হয় (৪)।

এগুলো হলো :

- পেরিনেটাল মৃত্যুহার হ্রাস এবং গর্ভকালীন সেবার মান উন্নত করতে কমপক্ষে ৮টি প্রসব-পূর্ব স্বাস্থ্য পরীক্ষার (Contact) সুপারিশ করা হয়।
- গর্ভাবস্থায় প্রতিটি গর্ভবতী মা তার নিজের ANC কার্ড বহন করবে, যা সেবার ধারাবাহিকতা, সেবার মান এবং সামগ্রিকভাবে তার গর্ভাবস্থার সেবার অভিজ্ঞতা সম্পর্কে ধারণা দিবে।
- ৬ মাস (১৮০ দিন) বয়স পর্যন্ত শুধু মায়ের দুধ খাওয়া এবং শিশুর খাবার ও পুষ্টি (IYCF) বিষয়ে কাউন্সেলিং করাসহ মা ও নবজাতকের স্বাস্থ্য ও পুষ্টি সম্পর্কিত আচরণের প্রচারণার কাজগুলোকে বিভিন্ন ধরনের সেবাদানকারী (যেমন : দক্ষ স্বাস্থ্যকর্মী, প্যারামেডিকস, ধাত্রী এবং ডাক্তার)-দের মাঝে ভাগ (Task Shifting) করতে হবে।
- ম্যালেরিয়া প্রতিরোধের জন্য গর্ভাবস্থায় সুপারিশকৃত পুষ্টি সম্পূরক বিতরণ এবং প্রতিরোধমূলক চিকিৎসা প্রদানের জন্য বিভিন্ন ধরনের সেবাদানকারী (যেমন : নার্স, ধাত্রী এবং ডাক্তার)-দের মাঝে দায়িত্ব ভাগ (Task Shifting) করা বাঞ্ছনীয়।
- ধাত্রী পরিচালিত সেবা মডেল।
- দলীয়/গ্রুপ প্রসব-পূর্ব সেবা।
- যোগাযোগ এবং সহায়তা বৃদ্ধির জন্য কমিউনিটি-ভিত্তিক কার্যক্রম।
- শূন্যস্থানে কর্মী নিয়োগ এবং তাদেরকে ধরে রাখা।
- স্বাস্থ্য সেবাকেন্দ্রে সেবাদানকারীদের জন্য কর্ম সহায়িকা, IEC/BCC উপকরণের প্রাপ্যতা নিশ্চিত করা।

সকল পর্যায়ে মানসম্মত মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম নিশ্চিত করার লক্ষ্যে জাতীয় স্বাস্থ্যব্যবস্থার নিম্নোক্ত ক্ষেত্রগুলিকে জোরদার করতে হবে :

- সেবা প্রদান কেন্দ্রে আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি এবং অন্যান্য অনুপুষ্টির প্রাপ্যতা নিশ্চিত করতে সরবরাহ ব্যবস্থা জোরদার করা।
- মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম নিশ্চিত করার লক্ষ্যে স্ক্রিনিং, রেফার এবং কাউন্সেলিং করতে স্বাস্থ্যকর্মী ও কমিউনিটি কর্মীদের দক্ষতা বৃদ্ধি করা।
- মানসম্পন্ন মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম নিশ্চিত করতে কর্মসূচির মনিটরিং জোরদার করা।

স্বাস্থ্যসেবা প্ল্যাটফর্মের মাধ্যমে কীভাবে মাতৃপুষ্টি সেবা প্রদান করা হয় নিচের সারণিতে তার রূপরেখা দেওয়া হলো।

সারণি ১২ : মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম বাস্তবায়ন [(বিভিন্ন স্তরে বাংলাদেশের মৌলিক স্বাস্থ্যসেবা প্যাকেজ (Essential Service Package)] (৫৬)

উপাদান	মাঠপর্যায় (বাড়ি পরিদর্শন, স্যাটেলাইট ক্লিনিক, আউটরিচ সাইট, কমিউনিটি ক্লিনিক)	ইউনিয়ন স্বাস্থ্য ও পরিবার কল্যাণ কেন্দ্র, ইউনিয়ন উপ স্বাস্থ্য কেন্দ্র / মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র	উপজেলা স্বাস্থ্যকেন্দ্র/ মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র	জেলা সদর হাসপাতাল/ মা ও শিশু কল্যাণ কেন্দ্র	শহর (কম্প্রিহেনসিভ রিপ্রোডাক্টিভ হেলথ কেয়ার, প্রাইমারি হেলথ কেয়ার সেন্টার)
Staff	স্বাস্থ্য সহকারী, পরিবার কল্যাণ সহকারী, কমিউনিটি হেলথ কেয়ার প্রোভাইডার, দক্ষ ধাত্রী	স্বাস্থ্য সহকারী, পরিবার কল্যাণ পরিদর্শিকা, উপ-সহকারী কমিউনিটি মেডিকেল অফিসার, মিডওয়াইফ/ ধাত্রী, মেডিকেল অফিসার	নার্স, মিডওয়াইফ/ ধাত্রী, মেডিকেল অফিসার, উপ-সহকারী কমিউনিটি মেডিকেল অফিসার/ মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট	নার্স, মিডওয়াইফ/ ধাত্রী, মেডিকেল অফিসার	নার্স, মিডওয়াইফ/ ধাত্রী, মেডিকেল অফিসার, প্যারামেডিক/ মেডিকেল অ্যাসিস্ট্যান্ট
কৈশোরকালীন পুষ্টি					
পুষ্টি অবস্থার মূল্যায়ন	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
প্রাক-গর্ভধারণ সেবা					
কাউন্সেলিং	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
অপুষ্টি নির্ণয়ের জন্য স্ক্রিনিং	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
প্রসব-পূর্ব সেবা					
কাউন্সেলিং	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
ব্লাড সুগার	হ্যাঁ (কমিউনিটি ক্লিনিক)	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
রক্তস্বল্পতার চিকিৎসা	হ্যাঁ (কমিউনিটি ক্লিনিক)	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
কৃমি সংক্রমণ প্রতিরোধ	হ্যাঁ (কমিউনিটি ক্লিনিক)	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি ও অন্যান্য অনুপুষ্টি সরবরাহ	হ্যাঁ (কমিউনিটি ক্লিনিক)	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
HIV পজিটিভ হলে PMTC				হ্যাঁ	নির্বাচিত সেবাকেন্দ্রে
প্রসব-পরবর্তী সেবা					
কাউন্সেলিং	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
ভিটামিন এ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ
প্রসবোত্তর জটিলতা শনাক্তকরণ ও এর ব্যবস্থাপনা	শনাক্তকরণ এবং রেফার করা	শনাক্তকরণ এবং রেফার করা	শনাক্তকরণ এবং রেফার করা	হ্যাঁ	হ্যাঁ
আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি সরবরাহ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ	হ্যাঁ

২.২ প্ল্যাটফর্ম

নিম্নোক্ত সেবাকেন্দ্র/ প্ল্যাটফর্ম ব্যবহার করে মাতৃপুষ্টি কার্যক্রমকে সর্বস্তরে বিস্তৃত করা যেতে পারে : শিশুদের স্বাস্থ্য, সামাজিক সুরক্ষা প্রোগ্রাম, নগদ অর্থ হস্তান্তর, HIV কর্মসূচি এবং শহরাঞ্চলে কর্মক্ষেত্রে পুষ্টি উদ্যোগ। এই অংশে সর্বাধিক প্রচলিত সেবাদানকারী প্ল্যাটফর্মগুলি নিয়ে আলোচনা করা হয়েছে ।

কমিউনিটি-ভিত্তিক প্ল্যাটফর্ম

প্রসব-পূর্ব সেবার ব্যবহার বৃদ্ধি এবং পেরিনেটাল স্বাস্থ্যের ফলাফলকে উন্নত করতে (বিশেষত যারা মানসম্মত স্বাস্থ্যসেবা থেকে বঞ্চিত) কমিউনিটি-ভিত্তিক কার্যক্রমগুলির মধ্যে পরিবার ও কমিউনিটি পর্যায়ে সচেতনতা বৃদ্ধি করা ও গর্ভকালীন সময়ে বাড়ি পরিদর্শন অন্যতম (৫৭)। কমিউনিটি-ভিত্তিক কার্যক্রমের ভিতর রয়েছে কমিউনিটি সেচ্ছাসেবীর বাড়ি পরিদর্শন অথবা এবং মাদার টু মাদার সাপোর্ট গ্রুপে পরিবারের বয়স্ক মহিলা বা পুরুষদের অংশগ্রহণ। এর মাধ্যমে সামাজিক এবং আচরণগত পরিবর্তনের মাধ্যমে মাতৃপুষ্টি অবস্থার উন্নয়ন করা সম্ভব (যেমন : মায়েদের খাদ্যাভাস সম্পর্কিত কাউন্সেলিং) (৭৬)(১৩)। কেয়ার গ্রুপ বা মাদার টু মাদার সাপোর্ট গ্রুপ যা কমিউনিটি-ভিত্তিক সেচ্ছাসেবী দ্বারা পরিচালিত হয়, এর মাধ্যমে স্বাস্থ্য সম্পর্কিত অন্যান্য তথ্য জানা যায় বা আচরণগত পরিবর্তনের সুযোগ সৃষ্টি হয় (৭৬)। কমিউনিটি-ভিত্তিক এই মডেলটি মা ও তাদের পরিবার এবং সমাজের নীতিনির্ধারকদের সাথে মায়েদের খাদ্যাভাসের উন্নতির বিষয়ে ও অন্যান্য মাতৃপুষ্টি সেবা সম্পর্কিত বিষয়ে আলোচনার একটি সুযোগ সৃষ্টি করে।

প্রসব-পূর্ব সেবা প্ল্যাটফর্ম

২০১৬ সালে প্রণীত বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার প্রসব-পূর্ব সেবা নির্দেশিকায় কমপক্ষে ৮ বার প্রসব-পূর্ব সেবা গ্রহণের সুপারিশ করা হয়েছে। এই সেবাগুলি স্বাস্থ্যকেন্দ্রে ও কমিউনিটি-পর্যায়ের বাড়ি পরিদর্শনের মাধ্যমেও হতে পারে। মাতৃপুষ্টি কার্যক্রমকে বিস্তৃত করার জন্য প্রসব-পূর্ব সেবা প্ল্যাটফর্মকে ব্যবহার করা যেতে পারে। প্রসব-পূর্ব প্রতিটি স্বাস্থ্য পরীক্ষা (Contact) গর্ভাবস্থায় মাতৃপুষ্টি সম্পর্কিত উন্নত কাউন্সেলিং ও গর্ভকালীন সময়ে গর্ভবতীর ওজন বৃদ্ধি মনিটরিংয়ের সুযোগ সৃষ্টি করে (১৩)। প্রতিটি স্বাস্থ্য পরীক্ষায় (কন্টাক্টে) পুষ্টি কার্যক্রমের রূপরেখা সারণি ১৩-তে দেয়া হয়েছে।

সারণি ১৩ : প্রসব-পূর্ব সেবার স্বাস্থ্য পরীক্ষা (Contact) সিডিউল (৪) (৬৫) (৫৭)

স্বাস্থ্য পরীক্ষা (Contact)	পুষ্টি কার্যক্রম	লক্ষ্যণীয় বিষয়সমূহ
১২ সপ্তাহের মধ্যে ১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষা (Contact)	প্রতিদিন আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি (৬০ মিলিগ্রাম এলিমেন্টাল আয়রন এবং ৪০০ মাইক্রোগ্রাম ফলিক অ্যাসিড) খেতে দিন।	• দৈনিক খাদ্যাভাস সম্পর্কে জিজ্ঞাসা করা এবং স্বাস্থ্যকর খাদ্যাভাসের বিষয়ে পরামর্শ দিন। • ওজন ও উপরিবাহুর মধ্যভাগের পরিধি (মুয়াক) পরিমাপের মাধ্যমে অপুষ্টি নির্ণয় করা এবং রেকর্ড করুন। • গর্ভাবস্থার শুরু থেকে স্বাস্থ্যবিধি অনুযায়ী ওজন বৃদ্ধির বিষয়ে কাউন্সেলিং করুন। • গর্ভাবস্থার যেকোনো সময় অপুষ্ট বা অতি ওজন/ স্থূলকায় হিসেবে চিহ্নিত নারীদের খাদ্যের সমস্যার দিকে নজর দিন। সাথে খাদ্য নিরাপত্তার ঘাটতি আছে বা জরুরি অবস্থায় থাকা গর্ভবতীদেরও সমস্যা চিহ্নিত করা দরকার।

স্বাস্থ্য পরীক্ষা (Contact)	পুষ্টি কার্যক্রম	লক্ষ্যণীয় বিষয়সমূহ
		• রক্তস্বল্পতার বিষয়ে এবং আয়রনসমৃদ্ধ খাদ্য গ্রহণের প্রয়োজনীয়তার বিষয়ে কাউন্সেলিং করুন। • আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি কেন, কখন থেকে, দিনে কতবার এবং কত দিন পর্যন্ত গ্রহণ করতে হবে সে বিষয়ে কাউন্সেলিং করুন। • আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি খাওয়ার ফলে কী কী প্রতিক্রিয়া দেখা যেতে পারে, সেগুলো কীভাবে সমাধান করা যায় এবং কোন পর্যায়ে পরামর্শের জন্য যাওয়া দরকার সে সম্পর্কে কাউন্সেলিং করতে হবে। • খাদ্যাভ্যাস সম্পর্কিত কুসংস্কার এবং সামাজিক ভ্রান্ত ধারণা সম্পর্কে কাউন্সেলিং করুন। • পরিষ্কার-পরিচ্ছন্নতা, স্বাস্থ্যবিধি এবং পয়ঃনিষ্কাষন সম্পর্কে কাউন্সেলিং করুন। • যে সকল এলাকায় মাঝারি থেকে বেশি পরিমাণে ম্যালেরিয়ার প্রাদুর্ভাব আছে সেখানে কীটনাশক দিয়ে শোধনকৃত মশারি ব্যবহারে উদ্বুদ্ধ করুন। • অপুষ্টিতে ভোগা এবং খাদ্য অনিরাপদ জনগোষ্ঠীতে : - প্রতিদিনের খাদ্য তালিকায় পর্যাপ্ত শক্তি এবং আমিষ জাতীয় খাদ্যসহ বৈচিত্র্যপূর্ণ সুষম খাদ্য গ্রহণকে উৎসাহিত করুন
২০ সপ্তাহের ভিতর ২য় স্বাস্থ্য পরীক্ষা (Contact):	প্রতিদিন আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি খাওয়া চালিয়ে যাওয়া।	উপরের ১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষার (কন্টাক্টের) বিষয়গুলো ছাড়াও : • ওজন বৃদ্ধি পর্যবেক্ষণ করুন : - যদি ওজন বৃদ্ধি কম হয়, তাহলে ওজন বৃদ্ধির বিষয়ে কাউন্সেলিং করতে হবে, মাঝারি থেকে তীব্র অপুষ্টির ক্ষেত্রে থেরাপিউটিক চিকিৎসার জন্য রেফার করতে হবে। - যদি অতিরিক্ত ওজন বৃদ্ধি হয় : অতি ওজন ও স্থুলতার ক্ষতিকর দিক ও সঠিক খাদ্যাভাস নিয়ে কাউন্সেলিং করতে হবে। • আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি গ্রহণে উপরের বর্ণনা অনুসরণ করুন। • জন্মদানের পর ৬ মাস পর্যন্ত শিশুকে শুধু মায়ের দুধ খাওয়ানোর ব্যাপারে কাউন্সেলিং করতে হবে। এ সময়ে মায়ের যে অতিরিক্ত পুষ্টি চাহিদা থাকে সে বিষয়েও তাকে জানাতে হবে।
অন্যান্য স্বাস্থ্য পরীক্ষা (Contact) (২৬, ৩০, ৩৪, ৩৬, ৩৮ এবং ৪০ সপ্তাহ)	উপরের মতোই	উপরের মতোই

২.৩ নীতির বাস্তবায়ন

মাতৃ পুষ্টি নির্দেশিকা বাস্তবায়নের জন্য প্রসব-পূর্ব সেবা প্ল্যাটফর্মের মধ্যে মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম এবং সেবা কেন্দ্রগুলির যোগাযোগ স্থাপন খুবই জরুরি (৪)(১৩)। মাতৃপুষ্টির অর্থায়িত (Costed) ও বাস্তবায়নযোগ্য রোডম্যাপ তৈরির জন্য মাল্টি-স্টেকহোল্ডার প্রক্রিয়ার মাধ্যমে বিভিন্ন দায়িত্বশীল ব্যক্তি বা প্রতিষ্ঠানকে সম্পৃক্ত করা গুরুত্বপূর্ণ। মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকাতে যেসব সুপারিশ করা হয়েছে, তা গ্রহণ ও বাস্তবায়নের জন্য এই রোডম্যাপকে ব্যবহার করা যেতে পারে।

স্টেকহোল্ডার নির্বাচনের সময় নিম্নোক্ত বিভাগের প্রতিনিধিত্ব নিশ্চিত করতে হবে : স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের সংশ্লিষ্ট সকল লাইন ডাইরেক্টরেট (MNCAH, MCRAH NNS, CBHC, NCDC, ইত্যাদি); এছাড়াও স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয়ের বাস্তবায়নকারী সহযোগী; শিক্ষা ও অর্থ মন্ত্রণালয়; শিক্ষা প্রতিষ্ঠানসমূহ; পেশাজীবী সংগঠন; বেসরকারি খাত; কমিউনিটি নেতৃবৃন্দ; নারী সংগঠন; এবং ভোক্তা শ্রেণি থেকেও অংশগ্রহণ জরুরি। এই নির্দেশিকার বিবেচিত বিষয়গুলি হলো :

- মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকা বাস্তবায়নের জন্য সুপারিশকৃত ব্যয়ের একটি বিস্তারিত ও পরিকল্পিত বাজেট প্রণয়ন এবং পরবর্তীতে তার ভিত্তিতে একটি অর্থায়ন পরিকল্পনা তৈরি করা জরুরি।
- প্রসব-পূর্ব সেবাদান প্ল্যাটফর্ম-সহ অন্যান্য প্ল্যাটফর্ম পর্যালোচনা করে এই প্ল্যাটফর্মগুলি শক্তিশালী করার জন্য প্রয়োজনীয় পদক্ষেপ গ্রহণ করা।
- এই মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকার সাথে সম্পর্কিত অন্যান্য নির্দেশিকাগুলি পর্যালোচনা করা এবং নিয়মিত হালনাগাদ করা।
- গর্ভবতী মায়েদের অনুপুষ্টির ঘাটতি সম্পর্কিত রোগতত্ত্ব, তথ্য প্রমাণ মূল্যায়ন করে এবং MMS ও আয়রন ফলেট বড়ির ব্যয় কার্যকারিতা বিশ্লেষণ করা। এর উপর ভিত্তি করে MMS বনাম আয়রন ফলেট বড়ির সুপারিশমালা পর্যালোচনা করা (৬০)।
- গর্ভাবস্থা এবং প্রসবোত্তর সময় ভিটামিন-এ ক্যাপসুলের জন্য সুপারিশমালা পর্যালোচনা করা।
- ক্যালসিয়াম সম্পূরক ডোজ সম্পর্কিত বর্তমান বিজ্ঞপ্তিটি সংশোধন করা।
- সুপারিশকৃত প্রসব-পূর্ব স্বাস্থ্য পরীক্ষার (CONTACT) সংখ্যা ৪ থেকে ৮ বারে উন্নীত করার বিষয়ে জাতীয় কর্মসূচির সিদ্ধান্ত গ্রহণ বা নীতিমালা প্রণয়ন করা।

৩. ডকুমেন্টেশন, রিপোর্টিং এবং মনিটরিং

৩.১ মানসম্পন্ন তথ্য ব্যবহার করা

তথ্য ও রিপোর্টের গুণগত মান উন্নত করা যায় বিভিন্নভাবে। যথাযথ টুলস ব্যবহারের মাধ্যমে, তথ্য সংগ্রহের জন্য জনবল নিয়োগ এবং তাদেরকে যথাযথ প্রশিক্ষণের মাধ্যমে তথ্যের সঠিক ব্যবহার ও বিশ্লেষণ করা যায়। স্থানীয় পর্যায়ে যথাযথ পরিকল্পনার মাধ্যমে ভালো মানের তথ্য ও রিপোর্ট পাওয়া যেতে পারে।

৩.২ মনিটরিং এবং মূল্যায়ন

বাংলাদেশ স্বাস্থ্য মন্ত্রণালয় নিয়মিত ডেটা ব্যবস্থাপনা করতে ডিএইচআইএস ২ (DHIS-2) সফটওয়্যার ব্যবহার করছে। বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থা তথ্য পর্যালোচনার জন্য ডেটা কোয়ালিটি রিভিউ টুলকিট তৈরি করেছে। এটি এমন একটি অ্যাপ্লিকেশন যা ডিএইচআইএস ২ সিস্টেমে ইনস্টল করা যায়, যা স্বয়ংক্রিয়ভাবে জাতীয় পর্যায়ে বা জেলা, উপজেলা পর্যায়ে তথ্য পর্যালোচনা করতে পারে। এছাড়াও মাতৃপুষ্টির তিনটি সূচক DLI হিসেবে ব্যবহৃত হয় (যেমন : আয়রন ফলিক অ্যাসিড বড়ি গ্রহণ, পুষ্টি বিষয়ে কাউন্সেলিং, ওজন বৃদ্ধি পর্যবেক্ষণ)। ইতোমধ্যে অন্তর্ভুক্ত থাকা সূচকসমূহ ছাড়াও স্বাস্থ্য কর্মসূচিতে মাতৃপুষ্টির উন্নতি ট্র্যাক করতে গর্ভবতী মায়েদের খাদ্যগ্রহণ (যেমন : বৈচিত্র্য এবং কতবার) পর্যবেক্ষণ করা দরকার (৮৬)। নারীদের ন্যূনতম খাদ্য গ্রহণের বৈচিত্র্য (Minimum Dietary Diversity for Women) পরিমাপের মাধ্যমে ১৫ থেকে ৪৯ বছর বয়সি নারীরা খাদ্য তালিকার ১০ ধরনের খাদ্য থেকে কমপক্ষে ৫ ধরনের খাদ্য গ্রহণ করছে কি না সে বিষয়টি জানা যায় (৮৭)। মাতৃপুষ্টির প্রধান সূচকগুলোর তালিকা সারণি ১৪-তে দেয়া হয়েছে।

সারণি ১৪ : মাতৃপুষ্টি সম্পর্কিত প্রধান প্রধান সূচকের তালিকা, তাদের সংজ্ঞা, ফ্রিকোয়েন্সি এবং তথ্যের উৎস

সূচক	নিউমিরেটর	ডিনোমিনেটর	পর্যায়	কত বার	মাসিক প্রতিবেদনের উৎস
নারীদের ন্যূনতম খাদ্য গ্রহণের বৈচিত্র্য (Minimum Dietary Diversity for Women)	গর্ভবতী মায়েদের মধ্যে যারা ১০ ধরনের খাদ্য থেকে কমপক্ষে ৫ ধরনের খাদ্য গ্রহণ করেছেন	মোট গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	আউটকাম	বাৎসরিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার, ডিএইচআইএস ২
কম ওজনের গর্ভবতী মায়েদের হার	কম ওজনের গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	মোট গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	ইমপ্যাক্ট	বাৎসরিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার, ডিএইচআইএস ২
অতি ওজনের বা স্থূলকায় গর্ভবতী মায়েদের হার	অতি ওজনের বা স্থূলকায় গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	মোট গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	ইমপ্যাক্ট	বাৎসরিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার, ডিএইচআইএস ২
রক্তস্বল্পতায় ভোগা গর্ভবতী মায়েদের হার	নিবন্ধিত (নতুন) গর্ভবতী মায়েদের মধ্যে যাদের হিমোগ্লোবিন ১১ gm/dl এর নিচে	রিপোর্টিং মাসে নতুন নিবন্ধিত গর্ভবতীর সংখ্যা	আউটকাম	মাসিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার
শেষ গর্ভাবস্থায় কমপক্ষে ৯০টি আয়রন ফলেট বড়ি গ্রহণকারী গর্ভবতী মায়েদের শতকরা হার	শেষ গর্ভাবস্থায় কমপক্ষে ৯০টি আয়রন বড়ি গ্রহণকারী গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	মোট গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	আউটপুট	বাৎসরিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার, ডিএইচআইএস ২

সূচক	নিউমিরেটর	ডিনোমিনেটর	পর্যায়	কত বার	মাসিক প্রতিবেদনের উৎস
গত মাসে ওজন নেয়া হয়েছে এমন গর্ভবতী মায়েদের শতকরা হার	গত মাসে ওজন নেয়া হয়েছে এমন গর্ভবতী নারীর সংখ্যা	গত মাসে গর্ভবতী মায়েদের মোট সংখ্যা	বাস্তবায়ন মনিটরিং	মাসিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার
গত মাসে পুষ্টি বিষয়ে কাউন্সেলিং করা হয়েছে এমন গর্ভবতী মায়েদের শতকরা হার	গত মাসে কতজন গর্ভবতী মা কাউন্সেলিং পেয়েছেন	গতমাসে স্বাস্থ্যকেন্দ্রে উপস্থিত মোট গর্ভবতীর সংখ্যা	আউটপুট	মাসিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার, ডিএইচআইএস ২
কমপক্ষে ৪ বার বা তার বেশি প্রসব-পূর্ব সেবা গ্রহণকারী মায়েদের শতকরা হার	একটি নির্দিষ্ট সময়ে কমপক্ষে ১টি জীবিত শিশুর জন্ম দিয়েছেন এমন মায়েদের মধ্যে কমপক্ষে ৪ বার প্রসব-পূর্ব সেবা কোনো দক্ষ সেবাদানকারী (ডাক্তার, নার্স) থেকে নিয়েছেন এমন গর্ভবতী মায়ের সংখ্যা	মোট গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	আউটপুট বাস্তবায়ন, মনিটরিং	মাসিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার
কমপক্ষে ৮ বার বা তার বেশি বার প্রসব-পূর্ব সেবা গ্রহণকারী মায়েদের শতকরা হার	একটি নির্দিষ্ট সময়ে কমপক্ষে ১টি জীবিত শিশুর জন্ম দিয়েছেন এমন মায়েদের মধ্যে কমপক্ষে ৪ বার প্রসব-পূর্ব সেবা কোনো দক্ষ সেবাদানকারী (ডাক্তার, নার্স) থেকে নিয়েছেন এমন গর্ভবতী মায়ের সংখ্যা	মোট গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	আউটপুট বাস্তবায়ন, মনিটরিং	মাসিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার, ডিএইচআইএস ২
ন্যূনতম ১ বার প্রসব-পূর্ব সেবা গ্রহণকারী মায়েদের শতকরা হার	একটি নির্দিষ্ট সময়ে কমপক্ষে ১টি জীবিত শিশুর জন্ম দিয়েছেন এমন মায়েদের মধ্যে কমপক্ষে ৪ বার প্রসব-পূর্ব সেবা কোনো দক্ষ সেবাদানকারী (ডাক্তার, নার্স) থেকে নিয়েছেন এমন গর্ভবতী মায়ের সংখ্যা	মোট গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	আউটপুট বাস্তবায়ন, মনিটরিং	মাসিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার, ডিএইচআইএস ২
কৃমিনাশক ঔষধ গ্রহণ করছে এমন গর্ভবতী মায়েদের শতকরা হার	রিপোর্টিং সময়ের ভিতরে প্রসব-পূর্ব সেবার অংশ হিসেবে গর্ভাবস্থার ২য় এবং ৩য় তিন মাসে কৃমিনাশক খেয়েছেন এমন মায়েদের সংখ্যা	মোট গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা	আউটপুট বাস্তবায়ন, মনিটরিং	মাসিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার, ডিএইচআইএস ২
প্রসব-পূর্ব সেবায় অংশগ্রহণকারী গর্ভবতী মায়েদের HIV পরীক্ষা করার শতকরা হার	প্রসব-পূর্ব সেবায় অংশগ্রহণকারী গর্ভবতী মায়েদের সংখ্যা যাদের HIV পরীক্ষা করা হয়েছে	প্রসব-পূর্ব সেবা গ্রহণকারী গর্ভবতী মায়েদের মোট সংখ্যা	বাস্তবায়ন, মনিটরিং	মাসিক	প্রসব-পূর্ব সেবা রেজিস্টার, PMTcT রিপোর্ট, ডিএইচআইএস

৩.৩ ডেটা সংগ্রহের মাধ্যম

বিভিন্ন প্রতিষ্ঠিত কাঠামোর মাধ্যমে ডেটা সংগ্রহ করতে হবে, যেমন : হেলথ ম্যানেজমেন্ট ইনফর্মেশান সিস্টেম (HMIS রেজিস্টার খাতা ও রিপোর্ট সংগ্রহ, বিশেষ ধরনের জরিপ এবং বাংলাদেশ জনমিতি ও স্বাস্থ্য সমীক্ষা (BDHS)।

৪. শেষ কথা

এ নির্দেশিকাটি কীভাবে তৈরি হয়েছে তা পরিশিষ্ট ২-এ বিশদভাবে বলা হয়েছে। এছাড়াও বাংলাদেশে নতুন তথ্য প্রমাণের ভিত্তিতে বা প্রমাণ পর্যালোচনার প্রক্ষাপটে কিছু বিষয় (যেমন : MMS, 'ভিটামিন এ'এর ঘাটতি ইত্যাদি) নিয়মিত হাল নাগাদ করতে হবে।

তথ্যসূত্র

1. Ramakrishnan, U. et al. 2012. "Effect of Women's Nutrition Before and During Pregnancy on Maternal and Infant Outcomes: A Systematic Review." Paediatric and Perinatal Epidemiology. 26 (Supplement 1): 285–301.
2. UNICEF. Stop Stunting: Scaling-up the Nutritional Care of Women in South Asia: conference report May 2018. s.l. : UNICEF, 2019.
3. Ministry of Health and Family Welfare. 2017. National Nutrition Policy 2nd National Plan of Action for Nutrition 2016-2025.
4. World Health Organization. 2016. World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health.
5. World Health Organization. 2013. World Health Organization recommendations on preconception care to reduce maternal mortality. Geneva: World.
6. World Health Organization. 2013. World Health Organization recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health.
7. Organization, World Health. WHO recommendations on maternal health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee (No. WHO/MCA/17.10). World Health Organization. s.l. : World Health Organization, 2017.
8. World Health Organization, WHO. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020 WHA66. s.l. : Geneva: World Health Organization, 2013.
9. Black, R.E. et al. 2008. "Maternal and Child Undernutrition: Global and Regional Exposures and Health Outcomes." The Lancet. 371: 243–60.
10. Black, R.E. et al. 2013. "Maternal and Child Undernutrition and Overweight in Low-Income and Middle-Income Countries." The Lancet. 382: 427–451.
11. Haddad L, Cameron L, Barnett I. 2015. The double burden of malnutrition in SE Asia and the Pacific:.
12. Shrimpton R. 2012. Global policy and programme guidance on maternal nutrition: What exists, the mechanisms for providing it, and how to improve them? Paediatr Perinat Epidemiol. 26(S1):315-325.
13. Maternal and Child Survival Program. 2017. Addressing Barriers to Maternal Nutrition: Evidence and Program Considerations. Washington, DC: Maternal and Child Survival Program.
14. Hoddinott, J. et al. 2008. "Effect of a Nutrition Intervention During Early Childhood on Economic Productivity in Guatemalan Adults." The Lancet. 317: 411–416.
15. UNICEF. The State of the World's Children 2019: Children, Food and Nutrition--Growing Well in a Changing World. s.l. : UNICEF, 2020.

16. Li, C. et al. 2015. "Joint and Independent Associations of Gestational Weight Gain and Pre-Pregnancy Body Mass Index with Outcome of Pregnancy in Chinese Women: A Retrospective Cohort Study." PlosONE. 10(8).

17. Williams, C.B.; Mackenzie, K.C.; and Gahagan, S. 2014. "The Effect of Maternal Obesity on the Offspring.".

18. Siega-Riz, A.M. et al. 2009. "A Systematic Review of Outcomes of Maternal Weight Gain According to the Institute of Medicine Recommendations: Birthweight, Fetal Growth, and Postpartum Weight Retention." American Journal of Obstetrics and Gynecology. 339:e.

19. IOM and National Research Council (NRC). 2009. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Washington, DC: The National Academies Press.

20. Ramakrishnan, U. et al. 2014. "Cross-Sectional Study of Gestational Weight Gain and Perinatal Outcomes in Pregnant Women at a Tertiary Care Center in Southern India." Journal of Obstetrics and Gynaecology Research. 40(1): 25–31.

21. Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA). 2018. Guide to Anthropometry: A Practical Tool for Program Planners, Managers, and Implementers. Accessed https://www.fantaproject.org/tools/anthropometry-guide 2019.

22. Food and Nutrition Technical Assistance Project (FANTA). 2016. Nutrition Assessment, Counseling, and Support (NACS): A User's Guide—Module 2: Nutrition Assessment and Classification, Version 2. Washington, DC: FHI 360/FANTA.

23. World Health Organization. 2014. Global Nutrition Targets 2025 Anaemia Policy Brief.

24. World Health Organization 2017. Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2017. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

25. Maternal and Child Health Integrated Program, Maternal and Child Survival Program. Integrated Anemia Prevention and Control Toolkit. Access: https://www.k4health.org/toolkits/anemia-prevention.

26. Greenberg, J.A., Bell, S.J., Guan, Y. and Yu, Y.H. 2011. Folic acid supplementation and pregnancy: more than just neural tube defect prevention. Reviews in Obstetrics and Gynecology, 4(2), p.52.

27. Hetzel BS, Dunn JT. 1989. The iodine deficiency disorders: their nature and prevention. Annu Rev Nutr 1989; 9: 21-38 doi: 10.1146/annurev.nu.09.070189.000321 pmid: 2669871.

28. Almaghamsi, A., Almalki, M.H. and Buhary, B.M. 2018. Hypocalcemia in pregnancy: A clinical review update. Oman medical journal. ,33(6), p.453.

29. FAO and WHO. 2020. National Dietary Guidelines (draft).

30. World Health Organization (WHO). 1995. Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry.

31. Ververs, M. et al. 2013. "Which Anthropometric Indicators Identify a Pregnant Woman as Acutely Malnourished and Predict Adverse Outcomes in the Humanitarian Context?" PLOS Currents 5.

32. Nyirenda, M.J. and Byass, P. 2019. Pregnancy, programming, and predisposition. The Lancet Global Health, 7(4), pp.e404-e405.

33. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), and ICF. 2019. Bangladesh Demographic and Health Survey 2017-18: Key Indicators. Dhaka, Bangladesh, and Rockville, Maryland, USA: NIPORT, and ICF.

34. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), Mitra and Associates, and ICF International.2016. Bangladesh Demographic and Health Survey 2014. Dhaka, Bangladesh, and Rockville, Maryland, USA: NIPORT, Mitra and Associates, and ICF Interna.

35. National Institute of Population Research and Training (NIPORT), International Centre for Diarrhoeal. Bangladesh Maternal Mortality and Health Care Survey 2016: Preliminary Report. s.l. : Dhaka, Bangladesh, and Chapel Hill, NC, USA: NIPORT,icddr,b, and MEASURE Evaluation, 2017.

36. BBS and UNICEF Bangladesh. 2019. Progotir Pathey,Bangladesh Multiple Indicator Cluster Survey 2019, Survey Findings Report. Dhaka,. .

37. Development Initiatives. 2017. Global nutrition report 2017: Nourishing the SDGs. .

38. Helen Keller International and Institue Population Health Nutrition. 2002. Anaemia is a serious public health problem in pre-school children.

39. Helen Keller International and Institue Population Health Nutrition. 2006. The burden of anaemia in rural Bangladesh: An urgent need for action. NSP Bull. No. 16. April 2006. HKI/IPHN, Dhaka.

40. UNICEF. 2016. Child well-being survey in urban areas 2016. Bangladesh.

41. Helen Keller International (HKI) and James P. Grant School of Public Health (JPGSPH). 2016. State of food security and nutrition in Bangladesh: 2014. Dhaka, BD: HKI and JPGSPH.

42. National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. Blencowe, H., Krasevec, J., de Onis, M., Black, R.E., An, X., Stevens, G.A., Borghi, E., Hayashi, C., Estevez, D., Cegolon, L. and Shiekh, S. 2019.

43. Institute of Public Health Nutrition, Directorate General of Health Services, Ministry of Health & Family Welfare. National Low Birth Weight Survey. Bangladesh : s.n., 2015.

44. Ministry of Health and Family Welfare. 2019. Bangladesh National Strategy for Maternal Health 2019-2030.

45. Welfare, Ministry of Health and Family. National Action Plan for Maternal Health 2020-2030. 2020.

46. Ministry of Health and Family Welfare. 2016. Health, Nutrition, and Population Strategic Investment Plan (HNPSIP) 2016-2020.

47. Health, Population and Nutrition Sector Development Program, Directorate General of Health Services. 2011. Operational Plan of the National Nutrition Services.

48. Ministry of Health and Family Welfare. 2016. National Strategy for Adolescent Health 2017-2030.

49. ABM Kamrul Ahsan, 2019. Draft Operational Guideline for Implementation of Minimum Nutrition Interventions at Secondary Schools for Adolescents.

50. Institute of Public Health Nutrition, Directorate General Health Services. 2015. National Strategy on Prevention and Control of Micronutrient Deficiencies, Bangladesh 2015-2024.

51. Institute of Public Health Nutrition, Directorate General Health Services, ICMH, UNICEF. 2016. DIPSHIKHA: Competency-Based Training in Nutrition- Module 1.

52. BIRDEM. 2013. Dietary Guidelines for Bangladesh. .

53. ABM Kamrul Ahsan. 2019. Draft Operational Guideline for Implementation of Minimum Nutrition Interventions at Secondary Schools for Adolescents.

54. Ministry of Health and Family Planning, date publication unknown. Maternal Health: Standard Operating Procedures. Volume-1 .

55. Ministry of Health and Family Planning, date publication unknown. Maternal Health: Standard Operating Procedures. Volume-2.

56. Ministry of Health and Family Welfare. 2016. BANGLADESH ESSENTIAL HEALTH SERVICE PACKAGE (ESP). .

57. Maternal Neonatal Child and Adolescent Health (MNC&AH), Directorate General of Health Services (DGHS). Year of publication unkown. National Guideline on Antenatal Care (ANC).

58. Ministry of Health and Family Planning. 2019 (Final Draft). Operational Guideline for Infant and Young Child Feeding in Emergencies for Bangladesh. .

59. Institute of Public Health Nutrition, Ministry of Health and Family Welfare. 2007. National Strategy for Anaemia Prevention and Control in Bangladesh. .

60. Institute of Public Health Nutrition and Unicef. 2016. National anaemia consultation. Report.

61. Institute of Public Health and Nutrition. 2008. National guidelines for Vitamin A programme in Bangladesh.

62. National Nutrition Services, Institute of Public Health and Nutrition. (2000). Comprehensive Competency Training on Nutrition (CCTN) module 1 and 2,.

63. World Health Organization. 2018. World Health Organization recommendations on implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Geneva: World Health.

64. Obstetrical and Gynecological Society of Bangladesh. 2020. Covid 19 and Womens Health OGSB guideline: Version 2 June 2020.

65. Maternal and Child Survival Program. 2019. MCSP Nutrition Brief: Key Country Experiences in Addressing Maternal Nutrition through Nutrition-Health Integrated Programming. Washington DC. https://www.mcsprogram.org/resource/nutrition-brief-key-count.

66. Institute of Public Health Nutrition, United Nation Children's Fund (UNICEF), icddr,b and Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN) National Micronutrient Survey 2011-12, Final Report. Dhaka, Bangladesh.

67. James Grant. 2019. Taking Collective Actions to Improve Adolescent Nutrition in Bangladesh: Investing in Cost-effective Interventions.

68. Tang, A.M. et al. 2016. Determining a Global Mid-Upper Arm Circumference Cutoff to Assess Malnutrition in Pregnant Women. Washington, DC: FHI 360/FANTA.

69. Krasovec, K. and Anderson, M.A., eds. 1991. Maternal Nutrition and Pregnancy Outcomes: Anthropometric Assessment. Washington, DC: Pan American Health Organization.

70. Gain., Health Canada. 2014. Prenatal Nutrition Guidelines for Health Professionals: Gestational Weight.

71. New Zealand Ministry of Health. 2014. Guidance for Healthy Weight Gain in Pregnancy. Wellington, NZ: Ministry of Health.

72. Harper, L. et al. 2011. "Adolescent Pregnancy and Gestational Weight Gain: Do the Institute of Medicine Recommendations Apply?" American Journal of Obstetrics and Gynecology. 205(2): 140.e1–140.e8. .

73. IOM. 1992. Nutrition During Pregnancy and Lactation: An Implementation Guide. Washington, DC: The National Academies Press.

74. Bangladesh Alive & Thrive. 2015. "Integrating Maternal Nutrition into Maternal, Neonatal, and Child Health Programs in Bangladesh." Alive & Thrive.

75. Alive & Thrive. 2017. Implementation Manual: Community-based Maternal Nutrition Program, Bangladesh. Dhaka, Bangladesh: Alive & Thrive.

76. Kavle JA, Landry M. 2017. Addressing barriers to maternal nutrition in low- and middle-income.

77. Jahan, K., Roy, S.K., Mihrshahi, S., Sultana, N., Khatoon, S., Roy, H., Datta, L.R., Roy, A., Jahan, S., Khatun, W. and Nahar, N. 2014. Short-term nutrition education reduces low birthweight and improves pregnancy outcomes among urban poor women in Bangl.

78. Butte, N.F. and Hopkinson, J.M. 1998. "Body Composition Changes During Lactation are Highly.

79. Endres, L.K. et al. 2015. "Postpartum Weight Retention Risk Factors and Relationship to Obesity at One Year.".

80. Gore, S.A. et al. 2003. "The Role of Postpartum Weight Retention in Obesity Among Women: A Review of the Evidence." Annals of Behavioral Medicine. 26(2): 149–159.

81. Institute of Medicine (IOM). 1991. Nutrition During Lactation. Washington, DC: The National Academies Press.

82. World Health Organization. 2016. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.

83. GTAM, WFP UNICEF Global Nutrition Cluster. Protecting Maternal Diets and Nutrition Services and Practices in the Context of COVID-19. 2020.

84. National Nutrition Services, Institute of Public Health Nutrition, Ministry of Health and Family Welfare. Guidance Document for Continuity of Nutrition Services during COVID-19 Pandemic. 2020.

85. Kavle, J. A., & Landry, M. 2018. Community-based distribution of iron–folic acid supplementation in low-and middle-income countries: a review of evidence and programme implications. Public health nutrition, 21(2), 346-354.

86. Victora, C. et al. 2010. "Worldwide Timing of Growth Faltering: Revisiting Implications for Interventions Using the World Health Organization Growth Standards." Pediatrics. 125(3): e473-480.

87. FAO., FAO and FHI 360. 2016. Minimum Dietary Diversity for Women: A Guide for Measurement. Rome:.

88. WHO. 2011. Guideline: Vitamin A supplementation in postpartum women. World Health Organization.

89. Blencowe, H., Krasevec, J., de Onis, M., Black, R.E., An, X., Stevens, G.A., Borghi, E., Hayashi, C., Estevez, D., Cegolon, L. and Shiekh, S., 2019. National, regional, and worldwide estimates of low birthweight in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. The Lancet Global Health, 7(7), pp.e849-e860.

পরিশিষ্ট

১। টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপের (TWG) সদস্যগণ (জ্যেষ্ঠতার ভিত্তিতে নয়)

Name	Designation	Organization
Dr. SM Mustafizur Rahman	Line Dircetor	NNS, IPHN
Prof. Dr. Baizid Khoorshid Riaz	Director	National Institute of Preventive and Social (NIPSOM)
Dr. Md. Khalilur Rahman	Director General	Bangladesh National Nutrition Council (BNNC)
Dr. Prof. Khaleda Islam	Professor	Institute of Nutrition and Food Science, University of Dhaka
Dr. Md. Azizul Alim	PM, Maternal Health	MNC&AH, DGHS
Dr. Md. Maniruzzaman	Program Manager	NNS, IPHN
Dr. Fatima Akhter	Program Manager	NNS, IPHN
Dr. M. Islam Bulbul	Program Manager	NNS, IPHN
Dr. Md. Manjur Hossain	Ad (MCH) & DPM (A&RH)	MCH Services, MNC&RH, DGFP
Dr. Gita Rani Debi	Deputy Program Manager	Community-based Health Care (CBHC), DGHS
Dr. Murad Md. Shamsher Tabris Khan	Deputy Program Manager	NNS, IPHN
Dr. Monzural Murshed Chowdhury	Deputy Program Manager	NNS, IPHN
Dr. Shah Nawaz	Ex-Director General	Bangladesh National Nutrition Council
Prof. Sameena Chowdhury	Ex-President	OGSB
Dr. SM Kamrul Alam	Joint Secretary	Bangladesh Pediatric Association
Dr. Golam Mohiudddin Khan	Nutrition Specialist	UNICEF, Bangladesh
Mayang Sari	Nutrition Specialist	UNICEF, Bangladesh
Faria Shabnam	NPO-Nutrition	WHO, Bangladesh
SK Masum Billah	Senior Research Investigator	ICCDR,B
Dr. Zeba Mahmud	Advisor	FHI-360

Name	Designation	Organization
Jo Jakobsen	Head, Nutrition	World Food Programme
Dr. Md. Golam Mothabbir	Senior Advisor-Health & Nutrition	Save the Children
Saiqa Siraj	Country Director	Nutrition International
Dr. Rudada Khondker	Country Director	Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)
Dr. S.K. Roy	Chairperson	Bangladesh Breastfeeding Foundation
Dr. Tahmina Bari (co-opted)	President	Bangladesh Neonatal Foundation
Dr. Md. Abdul Alim (co-opted)	Deputy Program Manager	NNS, IPHN
Dr. Gazi Ahmed Hasan (co-opted)	Deputy Program Manager	NNS, IPHN
Sharmin Shafique	National Consultant	UNICEF
Sophie Goudet	International Consultant	UNICEF

২। নির্দেশিকা তৈরির প্রক্রিয়া

একটি কনসালটেটিভ প্রক্রিয়ার মাধ্যমে ২০১৯-২১ সালে নির্দেশিকাটি তৈরি করা হয়েছে। এই নির্দেশিকা তৈরিতে টেকনিক্যাল সহায়তা প্রদান করার জন্য জাতীয় পুষ্টি সেবা, জনস্বাস্থ্য পুষ্টি প্রতিষ্ঠান একটি 'টেকনিক্যাল ওয়ার্কিং গ্রুপ' গঠন করে। এই নির্দেশিকাটি বৃহৎ পরিসরে উপস্থাপনের জন্য স্টেকহোল্ডারদের নিয়ে বিভিন্ন সময়ে কনসালটেশান করা হয়েছে। এই কনসালটেশান প্রক্রিয়ায় মাতৃপুষ্টি কার্যক্রমের সংশ্লিষ্ট মন্ত্রণালয়, বিভাগ, একাডেমিয়া, গবেষণা প্রতিষ্ঠান, আন্তর্জাতিক ও জাতীয় সংস্থা এবং জাতিসংঘের কয়েকটি সংস্থাকে অন্তর্ভুক্ত করা হয়েছিল।

৩। ‘জাতীয় মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকা’ অনুমোদন

জাতীয় পুষ্টি সেবার আওতায় মাতৃপুষ্টি সেবা উন্নয়নের জন্য ‘জাতীয় মাতৃপুষ্টি নির্দেশিকা’ শীর্ষক বাংলা ভার্সন গাইড লাইনটি ২৬ সেপ্টেম্বর ২০২২ অনুষ্ঠিত স্বাস্থ্য অধিদপ্তরের আওতায় ‘Curriculum Approval Committee’ সভায় পর্যালোচনা ও সংশোধন করে সর্বসম্মত ভাবে ০৯ জানুয়ারি ২০২৩ সালে অনুমোদন প্রদান করেছে।

গণপ্রজাতন্ত্রী বাংলাদেশ সরকার
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর
মহাখালী, ঢাকা -১২১২ ।

স্মারক নং স্বা: অধি:/পরি:/পিএইচসি/কারিকুলাম/২০১৭/

তারিখ : ০৯/০১/২০২৩ ইং

বরাবর

লাইন ডাইরেক্টর
জাতীয় পুষ্টি সেবা, মহাখালী
ঢাকা-১২১২।

বিষয়ঃ National Guideline for Maternal Nutrition in Bangladesh এর বাংলা ভার্সন গাইড লাইনটি অনুমোদন প্রসঙ্গে।

জাতীয় পুষ্টি সেবার আওতায় মাতৃ পুষ্টি সেবা উন্নয়নের জন্য National Guideline for Maternal Nutrition in Bangladesh শীর্ষক বাংলা ভার্সন গাইড লাইনটি পর্যবেক্ষণ করে অনুমোদনের জন্য ২৬/০৯/২০২২ইং তারিখে অত্র দপ্তরের Curriculum Approval Committee সভায় উপস্থাপন করা হয়। উক্ত সভায় গাইড লাইনটি পর্যালোচনা ও সংশোধন করে সর্বসম্মত ভাবে অনুমোদন করা হলো। মাঠ পর্যায়ে বাস্তবায়নের মাধ্যমে অভিজ্ঞতার আলোকে পরবর্তীতে উক্ত গাইড লাইনটি সংশোধন, পরিমার্জন ও পরিবর্ধন করা যেতে পারে।

9/1/2023

(ডাঃ তাহমিনা সুলতানা)
পরিচালক
প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা
ও
সভাপতি, কারিকুলাম অনুমোদন কমিটি
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা ।

স্মারক নং- স্বাঃঅধিঃ/পরিঃ/পিএইচসি/ কারিকুলাম/২০১৭/ ৬২৮

তারিখ ঃ০৯/০১/২০২৩ইং।

অনুলিপি সদয় অবগতি জন্য ঃ

১. মহাপরিচালক, স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা। দৃষ্টি আকর্ষনঃ সহকারী পরিচালক (সমন্বয়)।
২. অতিরিক্ত মহাপরিচালক (প্রশাসন/পরিকল্পনা ও উন্নয়ন), স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা। পরিচালক (প্রশাসন), স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা ।
৩. পরিচালক (প্লানিং ও গবেষণা), স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা ।
৪. পরিচালক (অর্থ) স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।
৫. পরিচালক (হাসপাতাল ও ক্লিনিক সমূহ) স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।
৬. পরিচালক (সিডিসি), স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী,ঢাকা।
৭. পরিচালক (চীফ মনিটরিং এন্ড কো-অর্ডিনেশন সেল), স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।
৮. উপ-পরিচালক (পিএইচসি), স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।
৯. সহকারী পরিচালক (পিএইচসি),স্বাস্থ্য অধিদপ্তর,মহাখালী, ঢাকা।
১০. প্রধান, স্বাস্থ্য শিক্ষা ব্যুরো, স্বাস্থ্য শিক্ষা অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা ।
১১. মেডিকেল অফিসার (মনিটরিং এন্ড কো-অডিনেশন সেল), স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা।

(ডাঃ তাহমিনা সুলতানা)
পরিচালক
প্রাথমিক স্বাস্থ্য পরিচর্যা
ও
সভাপতি, কারিকুলাম অনুমোদন কমিটি
স্বাস্থ্য অধিদপ্তর, মহাখালী, ঢাকা ।

৪। প্রসব-পূর্ব এবং প্রসব-পরবর্তী স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT)

সারণি ১৫ : বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার সুপারিশ অনুযায়ী প্রসব-পূর্ব এবং প্রসব-পরবর্তী স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT)-র অন্তর্গত মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম

	যোগাযাগ	মাতৃপুষ্টি কার্যক্রম
গর্ভাবস্থা, ১ম তিনমাস	১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ১২ সপ্তাহ পর্যন্ত	• মূল্যায়ন : সকল শরীরবৃত্তীয় পরিমাপ, বয়স, গর্ভাবস্থার ইতিহাস, ক্লিনিক্যাল পরীক্ষা • সম্পূরক : আয়রন ফলেট পুষ্টি সংশ্লিষ্ট বিষয়ে কাউন্সেলিং
গর্ভাবস্থা, ২য় তিনমাস	২য় স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ২০ সপ্তাহ ৩য় স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ২৬ সপ্তাহ	• মূল্যায়ন : গর্ভকালীন ওজন বৃদ্ধি; রক্তচাপ; রক্তস্বল্পতার জন্য হিমোগ্লোবিন লেভেল পরীক্ষা, ডায়াবেটিস, সংক্রমণ (যক্ষা, ম্যালেরিয়া, HIV, ইত্যাদি) পরীক্ষা। • আয়রন ফলেট, ক্যালসিয়াম বড়ি পুষ্টি সংশ্লিষ্ট বিষয়ে কাউন্সেলিং করা।
গর্ভাবস্থা, ৩য় তিনমাস	৪র্থ স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ৩০ সপ্তাহ ৫ম স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ৩৪ সপ্তাহ ৬ষ্ঠ স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ৩৬ সপ্তাহ ৭ম স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ৩৮ সপ্তাহ ৮ম স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ৪০ সপ্তাহ	• মূল্যায়ন : গর্ভকালীন ওজন বৃদ্ধি; রক্তচাপ; রক্তস্বল্পতা, ডায়াবেটিস ও সংক্রমণ পরীক্ষা • সম্পূরক : আয়রন ফলেট, ক্যালসিয়াম বড়ি • মায়ের দুধ খাওয়ানোসহ অন্যান্য পুষ্টি সংশ্লিষ্ট বিষয়ে কাউন্সেলিং করা।
প্রসব-পরবর্তী	১ম স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ১ম দিন (২৪ ঘণ্টা) ২য় স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : তৃতীয় দিন (৪৮-৭২ ঘণ্টা) ৩য় স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ৭ থেকে ১৪ দিনের মধ্যে ৪র্থ স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT) : ৬ সপ্তাহ ৫ম বা তার বেশি স্বাস্থ্য পরীক্ষা (CONTACT)*: মাসিক, দ্বিমাসিক বা ত্রৈমাসিক	• মূল্যায়ন : সকল শরীরবৃত্তীয় পরিমাপ; ক্লিনিক্যাল পরীক্ষা, • সম্পূরক : আয়রন ফলেট, ক্যালসিয়াম বড়ি • পুষ্টি সংশ্লিষ্ট বিষয়, মায়ের দুধ খাওয়ানো ও পরিপূরক খাবারের বিষয়ে কাউন্সেলিং করা।

**বিশ্ব স্বাস্থ্য সংস্থার সর্বশেষ সুপারিশ অনুযায়ী প্রসব-পরবর্তী স্বাস্থ্য পরীক্ষার সময়কাল ৬ সপ্তাহ থেকে ২ বছর পর্যন্ত বেড়ে যাওয়ায় দুগ্ধদানকারী মায়েদের জন্য মাতৃপুষ্টি সেবা প্রাপ্তির সুযোগ আরো বৃদ্ধি পেয়েছে।*

সহযোগিতায়
ইউনিসেফ বাংলাদেশ

unicef

সকল শিশুর জন্য

ইউনিসেফ বাংলাদেশ
ইউনিসেফ হাউজ, প্লট # ই-৩০
সৈয়দ মাহবুব মোরশেদ এভিনিউ, শের-ই-বাংলা নগর
আগারগাঁও, ঢাকা ১২০৭, বাংলাদেশ

ফোন : +8802 5566-8088
ফ্যাক্স : +8802 9335641-42
ইমেইল : infobangladesh@unicef.org