

Original Article

ग्रामीण महिलाओं और बच्चों में कुपोषण की समस्या और उसके समाधान

डॉ. दीपा भारती

(गृह विज्ञान विभाग), पूर्णिया यूनिवर्सिटी, पूर्णिया बिहार

Manuscript ID:

सारांश:

JRD -2025-170143

ISSN: 2230-9578

Volume 17

Issue 11

Pp. 245-251

January 2025

Submitted: 02 Dec. 2024

Revised: 25 Dec. 2024

Accepted: 25 Jan. 2025

Published: 31 Jan. 2025

ग्रामीण महिलाओं और बच्चों के बीच कुपोषण एक व्यापक चुनौती बनी हुई है, जो उनके स्वास्थ्य, विकास और समग्र कल्याण को महत्वपूर्ण रूप से प्रभावित कर रही है। सामाजिक-आर्थिक असमानताओं, जागरूकता की कमी, स्वास्थ्य सेवा तक सीमित पहुँच और अपर्याप्त पोषण में निहित, कुपोषण बौनापन, कमजोरी, एनीमिया और सूक्ष्म पोषक तत्वों की कमी जैसे रूपों में प्रकट होता है। प्राथमिक देखभाल करने वाली ग्रामीण महिलाओं को लैंगिक असमानता और सीमित निर्णय लेने की शक्ति के कारण जटिल चुनौतियों का सामना करना पड़ता है, जिससे कुपोषण का चक्र और भी बढ़ जाता है। ग्रामीण क्षेत्रों में कुपोषण के बहुआयामी कारण, सामाजिक-आर्थिक बाधाओं, सांस्कृतिक प्रथाओं और प्रणालीगत अपर्याप्तताओं पर जोर देते हैं। यह समुदाय-संचालित हस्तक्षेप, बेहतर मातृ और बाल स्वास्थ्य सेवाओं, विविध आहारों को बढ़ावा देने और पोषण जागरूकता को लक्षित करने वाले शैक्षिक कार्यक्रमों सहित टिकाऊ और साध्य-आधारित समाधानों पर प्रकाश डालता है। एकीकृत बाल विकास सेवा (ICDS) और पोषण अभियान जैसी सरकारी नीतियों का कुपोषण को दूर करने में उनकी प्रभावशीलता के लिए विश्लेषण किया गया है। पोषण संबंधी परिणामों को बढ़ाने में प्रौद्योगिकी, सार्वजनिक-निजी भागीदारी और महिला सशक्तिकरण की भूमिका पर चर्चा की गई है। अध्ययन ग्रामीण महिलाओं और बच्चों में कुपोषण को मिटाने के लिए जमीनी स्तर पर भागीदारी, मजबूत नीति कार्यान्वयन और निरंतर वित्त पोषण को एकीकृत करने, एक समग्र दृष्टिकोण की वकालत करके समाप्त होता है।

मुख्यशब्द: कुपोषण, महिला सशक्तिकरण, बाल पोषण विकार, भारत, कुपोषण

परिचय:

संयुक्त राष्ट्र का कहना है कि भारत में हर साल कुपोषण के कारण मरने वाले पांच साल से कम उम्र वाले बच्चों की संख्या दस लाख से भी ज्यादा है। दक्षिण एशिया में भारत कुपोषण के मामले में सबसे बुरी हालत में है। राजस्थान और मध्य प्रदेश में किए गए सर्वेक्षणों में पाया गया कि देश के सबसे गरीब इलाकों में आज भी बच्चे भुखमरी के कारण अपनी जान गंवा रहे हैं। रिपोर्ट में कहा गया है कि अगर इस ओर ध्यान दिया जाए तो इन मौतों को रोका जा सकता है। संयुक्त राष्ट्र ने भारत में जो आंकड़े पाए हैं, वे अंतरराष्ट्रीय स्तर से कई गुना ज्यादा हैं। संयुक्त राष्ट्र ने स्थिति को "चिंताजनक" बताया है। भारत में फाइट हंगर फाउंडेशन और एसीएफ इंडिया ने मिल कर "जनरेशनल न्यूट्रिशन प्रोग्राम" की शुरुआत की है। भारत में एसीएफ के उपाध्यक्ष राजीव टंडन ने इस प्रोग्राम के बारे में बताते हुए कहा कि कुपोषण को "चिकित्सीय आपात स्थिति" के रूप में देखने की जरूरत है। साथ ही उन्होंने इस दिशा में बेहतर नीतियों के बनाए जाने और इसके लिए बजट दिए जाने की भी पैरवी की। नई दिल्ली में हुई कॉन्फ्रेंस में सरकार से जरूरी कदम उठाने पर जोर दिया गया। राजीव टंडन ने सरकार से कुपोषण मिटाने को एक "मिशन" की तरह लेने की अपील की है। उन्होंने कहा कि प्रधानमंत्री मोदी अगर चाहें, तो इसे एक नई दिशा दे सकते हैं।



Quick Response Code:



Website:

<https://jrdrvb.org/>

DOI: [10.5281/zenodo.14965093](https://doi.org/10.5281/zenodo.14965093)



Access this article online

This is an open access journal, and articles are distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), The Creative Commons Attribution license allows re-distribution and re-use of a licensed work on the condition that the creator is appropriately credited

Address for correspondence:

डॉ. दीपा भारती, (गृह विज्ञान विभाग), पूर्णिया यूनिवर्सिटी, पूर्णिया बिहार

How to cite this article:

भारती, दीपा. (2025). ग्रामीण महिलाओं और बच्चों में कुपोषण की समस्या और उसके समाधान. *Journal of Research & Development*, 17(1), 245–251. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14965093>

एसीएफ की रिपोर्ट बताती है कि भारत में कुपोषण जितनी बड़ी समस्या है, वैसा पूरे दक्षिण एशिया में और कहीं देखने को नहीं मिला है. रिपोर्ट में लिखा गया है, "भारत में अनुसूचित जनजाति (28%), अनुसूचित जाति (21%), पिछड़ी जाति (20%) और ग्रामीण समुदाय (21%) पर अत्यधिक कुपोषण का बहुत बड़ा बोझ है." वहीं महाराष्ट्र में राजमाता जिजाऊ मिशन चलाने वाली वंदना कृष्णा का कहना है कि राज्य सरकार कुपोषण कम करने के लिए कई कदम उठा रही है, पर साथ ही उन्होंने इस ओर भी ध्यान दिलाया कि दलित और आदिवासी इलाकों में अभी भी सफलता नहीं मिल पाई है. संयुक्त राष्ट्र की रिपोर्ट में बच्चों को खाना ना मिलने के साथ साथ, देश में खाने की बर्बादी का ब्योरा भी दिया गया है. आज के समय में कुपोषण अंतर्राष्ट्रीय समुदाय के लिये चिंता का विषय बन गया है। यहां तक की विश्व बैंक ने इसकी तुलना ब्लेक डेथ नामक महामारी से की है। जिसने 18 वीं सदी में यूरोप की जनसंख्या के एक बड़े हिस्से को निगल लिया था। कुपोषण को क्यों इतना महत्वपूर्ण माना जा रहा है? विश्व बैंक जैसी संस्थायें क्यों इसके प्रति इतनी चिंतित है? सामान्य रूप में कुपोषण को चिकित्सीय मामला माना जाता है और हममें से अधिकतर सोचते हैं कि यह चिकित्सा का विषय है। वास्तव में कुपोषण बहुत सारे सामाजिक-राजनैतिक कारणों का परिणाम है। जब भूख और गरीबी राजनैतिक एजेडा की प्राथमिकता नहीं होती तो बड़ी तादाद में कुपोषण सतह पर उभरता है। भारत का उदाहरण ले जहां कुपोषण उसके पड़ोसी अधिक गरीब और कम विकसित पड़ोसीयों जैसे बांग्लादेश और नेपाल से भी अधिक है। बांग्लादेश में शिशु मृत्युदर 48 प्रति हजार है जबकि इसकी तुलना में भारत में यह 67 प्रति हजार है। यहां तक की यह उप सहारा अफ्रीकी देशों से भी अधिक है। भारत में कुपोषण का दर लगभग 55 प्रतिशत है जबकि उप सहारीय अफ्रीका में यह 27 प्रतिशत के आसपास है।

ग्रामीण महिलाओं और बच्चों में कुपोषण के कारण

ग्रामीण महिलाओं और बच्चों में कुपोषण के उच्च प्रसार में कई परस्पर संबंधित कारक योगदान करते हैं। ये कारक अक्सर गरीबी, स्वास्थ्य सेवा तक सीमित पहुँच और पोषण पर अपर्याप्त शिक्षा में निहित होते हैं। कुपोषण के प्राथमिक कारणों में से एक गरीबी है, जो पौष्टिक भोजन, स्वास्थ्य सेवा और अन्य बुनियादी सेवाओं तक पहुँच को सीमित करती है। ग्रामीण क्षेत्रों में अक्सर कम आय वाले परिवार होते हैं, जो एक विविध और संतुलित आहार का खर्च उठाने के लिए संघर्ष करते हैं। गरीब परिवार अक्सर सस्ते, कैलोरी-घने लेकिन पोषक तत्वों से कम खाद्य पदार्थों पर निर्भर होते हैं, जैसे कि प्रसंस्कृत अनाज, स्टार्च वाली सब्जियाँ और कम प्रोटीन वाले विकल्प। ये खाद्य पदार्थ उचित वृद्धि और विकास के लिए आवश्यक पोषण संबंधी आवश्यकताओं को पूरा करने में विफल रहते हैं, खासकर बच्चों और गर्भवती या स्तनपान कराने वाली महिलाओं के लिए।

कुपोषण में योगदान देने वाला एक अन्य महत्वपूर्ण कारक ग्रामीण क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा तक सीमित पहुँच है। इन क्षेत्रों में स्वास्थ्य सेवा सुविधाएँ अक्सर कम वित्तपोषित, कम कर्मचारी वाली होती हैं और लोगों के रहने के स्थान से बहुत दूर स्थित होती हैं, जिससे ग्रामीण महिलाओं और बच्चों के लिए आवश्यक स्वास्थ्य सेवाओं तक पहुँचना मुश्किल हो जाता है। प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल, टीकाकरण और आम बीमारियों के लिए चिकित्सा हस्तक्षेप तक पहुँच की कमी कुपोषण को बढ़ाती है और महिलाओं और बच्चों दोनों को संक्रमणों के प्रति संवेदनशील बनाती है जो प्रतिरक्षा प्रणाली को और कमजोर कर देती है। ग्रामीण क्षेत्रों में प्रशिक्षित स्वास्थ्य सेवा प्रदाताओं की अनुपस्थिति का मतलब है कि माताएँ अक्सर गर्भावस्था और स्तनपान के दौरान उचित पोषण के महत्व से अनजान होती हैं, जिसके कारण कुपोषित बच्चे पैदा हो सकते हैं, जिनके विकास में रुकावट और विकास में देरी का जोखिम होता है।

शोध पद्धतियाँ

भारतीय राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण का उपयोग किया, जो 92,447 घरों (37) का राष्ट्रीय स्तर पर प्रतिनिधित्व करने वाला क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन था। प्रशिक्षित डेटा संग्रहकर्ताओं ने प्रत्येक चयनित घर में एक वयस्क सदस्य का साक्षात्कार लिया ताकि घर और उसके परिवार के सदस्यों के बारे में जनसांख्यिकीय जानकारी प्राप्त की जा सके, जिससे 98 प्रतिशत की घरेलू प्रतिक्रिया दर प्राप्त हुई। इन घरों से, डेटा संग्रहकर्ताओं ने 15-49 वर्ष की आयु की 90,303 विवाहित महिलाओं के साथ आमने-सामने साक्षात्कार किए और मानवशास्त्रीय माप और रक्त के नमूने लिए। महिलाओं के सर्वेक्षण में प्रतिक्रिया दर 96 प्रतिशत थी और घरेलू हिंसा के बारे में जानकारी प्रदान की गई थी। हमने उन महिलाओं को बाहर रखा जो गर्भवती थीं, अविवाहित थीं, या जिनके पास एनीमिया, बाँडी मास इंडेक्स, घरेलू हिंसा और अन्य भविष्यवक्ता चर के बारे में जानकारी नहीं थी, जिससे 26 भारतीय राज्यों में 3,190 प्राथमिक नमूना इकाइयों में

स्थित 69,072 महिलाओं का अंतिम नमूना प्राप्त हुआ। प्राथमिक नमूना इकाइयाँ, जिन्हें आगे पड़ोस कहा जाता है, ग्रामीण क्षेत्रों में गाँव या गाँव के समूह और शहरी क्षेत्रों में जनगणना गणना जिले थे।

डेटा विश्लेषण

तालिका-1 भारतीय राष्ट्रीय परिवार स्वास्थ्य सर्वेक्षण में 15-49 वर्ष की आयु वाली विवाहित महिलाओं और 12-35 माह की आयु के बच्चों के नमूनों पर वर्णनात्मक जानकारी

परिवर्तनशील कुल	महिलाओं का नमूना		बच्चों का नमूना	
	विषयों की संख्या	%	विषयों की संख्या	%
घरेलू हिंसा	69,072	100.0	14,552	100.0
कभी नहीं	56,022	81.1	11,665	80.2
1 वर्ष से अधिक पहले	6,201	9.0	1,192	8.2
पिछले वर्ष में एक बार	1,891	2.7	485	3.3
पिछले वर्ष में एक से अधिक बार	4,958	7.2	1,210	8.3
स्थान				
बड़ा शहर	7,698	11.1	1,446	9.9
छोटा शहर	4,432	6.4	817	5.6
कस्बा	9,625	13.9	1,792	12.3
गाँव	47,317	68.5	10,497	72.1
लिंग				
स्त्री	69,072	100.0	6,920	47.6
पुरुष	0	0.0	7,632	52.5
धर्म				
हिंदू	54,140	78.4	10,826	74.4
मुस्लिम	7,677	11.1	1,912	13.1
ईसाई	3,792	5.5	1,058	7.3
सिख	1,735	2.5	350	2.4
अन्य/अनुपलब्ध	1,728	2.5	406	2.8
जाति				
अनुसूचित जाति	11,711	17.0	2,729	18.8
अनुसूचित जनजाति	8,183	11.9	2,189	15.0
अन्य पिछड़ा वर्ग	20,429	29.6	4,176	28.7
सामान्य	28,749	41.6	5,458	37.5
शिक्षा				
कोई औपचारिक स्कूली शिक्षा नहीं	33,628	48.7	6,883	47.3
1-5 वर्ष	11,689	16.9	2,406	16.5
6-8 वर्ष	8,905	12.9	2,074	14.3
9-10 वर्ष	8,353	12.1	1,839	12.6
11-12 वर्ष	3,019	4.4	647	4.5
≥13 वर्ष	3,478	5.0	703	4.8
व्यवसाय				
काम नहीं कर रहा	44,039	63.8	9,857	67.7
गैर-मैनुअल	3,403	4.9	500	3.4

कृषि	15,684	22.7	3,212	22.1
मैनुअल	5,946	8.6	983	6.8
जीवन स्तर (पंचम)				
पहला (सबसे कम)	12,391	17.9	2,911	20.0
दूसरा	13,401	19.4	3,191	21.9
तीसरा	14,200	20.6	3,213	22.1
चौथा	14,563	21.1	2,941	20.2
पांचवां (सबसे अधिक)	14,517	21.0	2,296	15.8
हाल ही में हुई बीमारी				
नहीं	65,187	94.4	7,031	48.3
हां	3,885	5.6	7,521	51.7
निर्णय लेने की स्वायत्तता (पहलुओं की संख्या)				
0	5,430	7.9	1,508	10.4
1	15,771	22.8	3,581	24.6
2	12,140	17.6	2,514	17.3
3	12,213	17.7	2,343	16.1
4	23,518	34.1	4,606	31.7

महिलाओं के नमूने और बच्चों के नमूने दोनों में ही घरेलू हिंसा का कोई अनुभव न होने की रिपोर्ट करने वाले व्यक्तियों का प्रतिशत बहुत अधिक है (महिलाओं के लिए 81.1% और बच्चों के लिए 80.2%)। हालाँकि, दोनों समूहों के एक उल्लेखनीय अनुपात ने अतीत में किसी न किसी रूप में घरेलू हिंसा का अनुभव किया है, जिसमें 7.2% महिलाओं और 8.3% बच्चों ने पिछले वर्ष में एक से अधिक बार रिपोर्ट की है। यह आबादी के एक छोटे लेकिन महत्वपूर्ण हिस्से में हिंसा के निरंतर संपर्क का सुझाव देता है।

महिलाओं के नमूने और बच्चों के नमूने दोनों में व्यक्तियों का एक महत्वपूर्ण अनुपात ग्रामीण क्षेत्रों (गाँव) में रहता है, जिसमें 68.5% महिलाएँ और 72.1% बच्चे हैं। शहरी क्षेत्रों, जैसे कि बड़े और छोटे शहरों में एक छोटा हिस्सा है, जहाँ केवल 11.1% महिलाएँ और 9.9% बच्चे बड़े शहरों में रहते हैं, जो आबादी में ग्रामीण प्रभुत्व को दर्शाता है।

महिलाओं के नमूने में 100% महिलाएँ हैं, जबकि बच्चों के नमूने में पुरुषों (52.5%) और महिलाओं (47.6%) के बीच काफी हद तक बराबर का विभाजन है। यह अलग नमूनाकरण दृष्टिकोण को दर्शाता है, जहाँ महिलाओं का नमूना केवल महिलाओं का प्रतिनिधित्व करता है, जबकि बच्चों के नमूने में दोनों लिंग शामिल हैं।

दोनों नमूनों में हिंदू उत्तरदाताओं का बहुमत दिखाई देता है, जिसमें 78.4% महिलाएँ और 74.4% बच्चे हिंदू के रूप में पहचान करते हैं। मुस्लिम और ईसाई आबादी छोटे अनुपात में हैं, जिसमें मुस्लिम बच्चों की संख्या नमूने में हिंदू बच्चों से थोड़ी अधिक है। यह पैटर्न महिलाओं की तुलना में बच्चों के बीच थोड़ी अधिक विविध धार्मिक संरचना को इंगित करता है।

दोनों समूहों में, एक बड़ा हिस्सा सामान्य जाति (महिलाओं के लिए 41.6% और बच्चों के लिए 37.5%) से संबंधित है, इसके बाद अन्य पिछड़े वर्ग के उत्तरदाताओं (महिलाओं के लिए 29.6% और बच्चों के लिए 28.7%) का स्थान है। अनुसूचित जाति और अनुसूचित जनजाति की आबादी का भी प्रतिनिधित्व किया जाता है, महिलाओं के नमूने में अनुसूचित जाति थोड़ी अधिक (17%) और बच्चों के नमूने में अनुसूचित जनजाति अधिक प्रमुख (15%) है। यह दोनों समूहों के भीतर जातिगत विविधता को दर्शाता है, लेकिन कुछ भिन्नताओं के साथ।

महिलाओं के नमूने और बच्चों के नमूने दोनों में औपचारिक स्कूली शिक्षा के बिना या न्यूनतम शिक्षा के साथ एक महत्वपूर्ण हिस्सा दिखाई देता है। महिलाओं में, 48.7% के पास कोई औपचारिक स्कूली शिक्षा नहीं है, जबकि बच्चों में, 47.3% ने यही रिपोर्ट की है। यह शिक्षा में अंतर को उजागर करता है, खासकर ग्रामीण क्षेत्रों में। दोनों समूहों के एक बड़े हिस्से ने 1 से 5 साल की शिक्षा प्राप्त की है, बच्चों के नमूने में उच्च श्रेणी (6-8 वर्ष) में थोड़ी अधिक शिक्षा है।

महिलाओं (63.8%) और बच्चों (67.7%) दोनों का एक उच्च प्रतिशत काम नहीं कर रहा है, जो जनसांख्यिकीय अंतरों को देखते हुए अपेक्षित है (महिलाओं के देखभाल करने वाली भूमिकाओं में होने की अधिक संभावना है, जबकि बच्चे आमतौर पर काम नहीं करते हैं)। महिलाओं का एक उल्लेखनीय हिस्सा (22.7%) कृषि कार्य में शामिल है, जो बच्चों के 22.1% के समान है, जो ग्रामीण और कृषि संबंधी संदर्भ को उजागर करता है जिसमें दोनों समूह रहते हैं।

जीवन स्तर पंचम में वितरित किया जाता है, जिसमें दोनों समूहों के अधिकांश व्यक्ति मध्य से निचले पंचम में आते हैं। पहला पंचम (सबसे कम) 17.9% महिलाओं और 20% बच्चों का प्रतिनिधित्व करता है, जो महिलाओं की तुलना में इस आबादी में बच्चों के लिए कुछ हद तक कम जीवन स्तर का सुझाव देता है। उच्चतम जीवन स्तर, पाँचवाँ पंचम, जिसमें 21% महिलाएँ शामिल हैं, लेकिन केवल 15.8% बच्चे हैं, जो बच्चों की तुलना में महिलाओं के लिए थोड़ा बेहतर जीवन स्तर दर्शाता है।

दोनों नमूनों के बीच एक बड़ा अंतर हाल की बीमारी की रिपोर्ट में है: केवल 5.6% महिलाओं ने हाल ही में बीमारी की सूचना दी, जबकि आधे से अधिक (51.7%) बच्चों ने बीमारी का अनुभव करने की सूचना दी। इससे पता चलता है कि बच्चों को महिलाओं की तुलना में स्वास्थ्य चुनौतियों का अधिक सामना करना पड़ सकता है, जो बच्चों के लिए विशिष्ट पर्यावरण, पहुँच या देखभाल से संबंधित मुद्दों का प्रतिबिंब हो सकता है। निर्णय लेने की स्वायत्तता: निर्णय लेने की स्वायत्तता के संदर्भ में, दोनों समूहों के अधिकांश व्यक्ति कुछ स्वायत्तता की रिपोर्ट करते हैं, जिसमें 34.1% महिलाएँ और 31.7% बच्चे 4 पहलुओं में निर्णयों में भागीदारी का संकेत देते हैं। हालाँकि, दोनों समूहों की एक महत्वपूर्ण संख्या (22.8% महिलाएँ और 24.6% बच्चे) 1 पहलू में भागीदारी की रिपोर्ट करते हैं, यह दर्शाता है कि स्वायत्तता मौजूद होने के बावजूद, इसका दायरा सीमित हो सकता है।

सांस्कृतिक और सामाजिक-आर्थिक कारक

सांस्कृतिक मान्यताएँ और प्रथाएँ भी कुपोषण में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। कई ग्रामीण क्षेत्रों में, लैंगिक असमानता महिलाओं की पौष्टिक भोजन तक पहुँच को सीमित करती है। महिलाएँ और लड़कियाँ अक्सर घरों में सबसे आखिर में खाती हैं या उन्हें सबसे कम मात्रा में भोजन मिलता है, खासकर जब भोजन की कमी होती है। यह प्रथा पारंपरिक लैंगिक भूमिकाओं में निहित है जो पुरुषों और लड़कों को प्राथमिकता देती है, जिससे महिलाओं और बच्चों को अपर्याप्त पोषण मिलता है। कुछ संस्कृतियों में, महिलाओं का आय सहित घरेलू संसाधनों पर भी सीमित नियंत्रण हो सकता है, जिससे पौष्टिक भोजन खरीदने या उगाने की उनकी क्षमता कम हो जाती है। परिवारों के भीतर भोजन के असमान वितरण के मातृ स्वास्थ्य और बाल विकास पर दीर्घकालिक परिणाम होते हैं।

लैंगिक असमानता के अलावा, ग्रामीण आबादी अक्सर पोषण और स्वस्थ खाने की आदतों के बारे में शिक्षा की कमी से पीड़ित होती है। सीमित औपचारिक शिक्षा और पोषण प्रशिक्षण तक पहुँच की कमी का मतलब है कि कई महिलाओं और देखभाल करने वालों को अपने आहार और अपने बच्चों के आहार के बारे में सूचित निर्णय लेने का ज्ञान नहीं है। कुपोषण अक्सर संतुलित आहार, विटामिन और खनिजों जैसे सूक्ष्म पोषक तत्वों के महत्व और आहार विविधता की आवश्यकता के बारे में अज्ञानता का परिणाम होता है। कई ग्रामीण क्षेत्रों में पारंपरिक खाद्य पदार्थों का सेवन उनके पोषण मूल्य पर विचार किए बिना किया जाता है, तथा पोषण संबंधी आधुनिक ज्ञान भाषाई अवरोधों, अशिक्षा या गलत सूचना के कारण आसानी से उपलब्ध नहीं हो पाता है।

महिलाओं और बच्चों पर कुपोषण का प्रभाव

ग्रामीण महिलाओं और बच्चों में कुपोषण के परिणाम बहुत गंभीर और दूरगामी हैं। बच्चों के लिए, कुपोषण रुग्णता और मृत्यु दर के प्रमुख कारणों में से एक है, खासकर निम्न और मध्यम आय वाले देशों में। कुपोषित बच्चों में विकास संबंधी देरी, विकास में रुकावट और संज्ञानात्मक हानि का जोखिम अधिक होता है, जिसका असर जीवन भर रह सकता है। शारीरिक और संज्ञानात्मक चुनौतियों के अलावा, कुपोषित बच्चे डायरिया, निमोनिया और मलेरिया जैसे संक्रमणों के प्रति अधिक संवेदनशील होते हैं, जो उनकी प्रतिरक्षा प्रणाली को और कमजोर कर देते हैं और अगर इलाज न किया जाए तो मृत्यु का कारण बन सकते हैं।

महिलाओं के लिए, गर्भावस्था के दौरान कुपोषण से माँ और बच्चे दोनों पर गंभीर परिणाम हो सकते हैं। मातृ कुपोषण से जन्म के समय कम वजन, समय से पहले जन्म और मातृ मृत्यु दर में वृद्धि जैसी जटिलताएँ होती हैं। गर्भावस्था के दौरान कुपोषित महिलाओं में प्रसव के दौरान एनीमिया और प्रसवोत्तर रक्तस्राव जैसी जटिलताएँ होने की संभावना अधिक होती है, जिससे दीर्घकालिक स्वास्थ्य

समस्याएँ या यहाँ तक कि मृत्यु भी हो सकती है। कुपोषण से मातृ अवसाद और थकान का खतरा भी बढ़ जाता है, जिससे माताओं की अपने बच्चों की देखभाल करने की क्षमता प्रभावित हो सकती है, जिससे खराब स्वास्थ्य परिणामों का एक दुष्चक्र बन सकता है।

ग्रामीण महिलाओं और बच्चों में कुपोषण का समाधान

ग्रामीण क्षेत्रों में कुपोषण को संबोधित करने के लिए एक व्यापक दृष्टिकोण की आवश्यकता होती है जो समस्या के तत्काल और अंतर्निहित दोनों कारणों को संबोधित करता है। कई रणनीतियाँ महिलाओं और बच्चों में कुपोषण की व्यापकता को कम करने में मदद कर सकती हैं, जिसमें खाद्य सुरक्षा में सुधार, मातृ और बाल स्वास्थ्य सेवा को बढ़ाना, पोषण शिक्षा को बढ़ावा देना और महिलाओं को सशक्त बनाना शामिल है।

खाद्य सुरक्षा और पौष्टिक भोजन तक पहुँच में सुधार करना सबसे महत्वपूर्ण हस्तक्षेपों में से एक ग्रामीण क्षेत्रों में खाद्य सुरक्षा में सुधार करना है। सरकारों, गैर सरकारी संगठनों और स्थानीय समुदायों को पौष्टिक, किफायती भोजन तक पहुँच बढ़ाने के लिए मिलकर काम करना चाहिए। यह कृषि कार्यक्रमों के माध्यम से प्राप्त किया जा सकता है जो पोषक तत्वों से भरपूर खाद्य पदार्थों जैसे कि फल, सब्जियाँ, फलियाँ और पशु उत्पादों की खेती को प्रोत्साहित करते हैं। इसके अतिरिक्त, घरेलू बागवानी और छोटे पैमाने पर खेती को बढ़ावा देने से महिलाओं और परिवारों को अपना पौष्टिक भोजन उगाने के लिए सशक्त बनाया जा सकता है। इसके अतिरिक्त, फोर्टिफाइड खाद्य पदार्थों (जैसे, विटामिन और खनिज युक्त चावल, आटा और तेल) की उपलब्धता और सामर्थ्य में सुधार करके ग्रामीण आबादी में पोषक तत्वों की कमी को दूर करने में मदद मिल सकती है।

मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवा को बढ़ावा देना यह सुनिश्चित करना कि महिलाओं को उचित मातृ एवं शिशु स्वास्थ्य सेवा तक पहुँच हो, कुपोषण से निपटने के लिए आवश्यक है। इसमें प्रसवपूर्व और प्रसवोत्तर देखभाल में सुधार और टीकाकरण, विकास निगरानी और बचपन की बीमारियों के उपचार तक पहुँच बढ़ाना शामिल है। इन सेवाओं को प्रदान करने के लिए ग्रामीण स्वास्थ्य केंद्रों को पर्याप्त रूप से वित्त पोषित और कर्मचारी होना चाहिए। मोबाइल स्वास्थ्य क्लिनिक और सामुदायिक स्वास्थ्य कार्यकर्ता भी दूरदराज के ग्रामीण क्षेत्रों तक पहुँचने और आवश्यक स्वास्थ्य सेवाएँ प्रदान करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभा सकते हैं।

पोषण शिक्षा को बढ़ावा देना ग्रामीण क्षेत्रों में कुपोषण को दूर करने के लिए शिक्षा महत्वपूर्ण है। पोषण शिक्षा अभियानों को संतुलित आहार, सूक्ष्म पोषक तत्वों के महत्व और स्थानीय रूप से उपलब्ध खाद्य पदार्थों का उपयोग करके पौष्टिक भोजन तैयार करने की रणनीतियों के बारे में जानकारी प्रदान करने पर ध्यान केंद्रित करना चाहिए। स्कूल और सामुदायिक केंद्र इस जानकारी को प्रसारित करने के लिए प्लेटफॉर्म के रूप में काम कर सकते हैं, और माताओं और देखभाल करने वालों को लक्षित करने वाले कार्यक्रमों को स्तनपान, उचित शिशु और छोटे बच्चे को खिलाने की प्रथाओं और पूरक खाद्य पदार्थों की शुरुआत के महत्व पर जोर देना चाहिए। सामुदायिक नेता और स्थानीय प्रभावशाली व्यक्ति भी स्वस्थ खाने की प्रथाओं को बढ़ावा देने में भूमिका निभा सकते हैं।

महिलाओं को सशक्त बनाना और लैंगिक समानता को बढ़ावा देना महिलाओं को सशक्त बनाना और यह सुनिश्चित करना कि उन्हें शिक्षा और आर्थिक संसाधनों तक पहुँच मिले, पोषण परिणामों को बेहतर बनाने में महत्वपूर्ण है। घरों में खाद्य वितरण में लैंगिक समानता को बढ़ावा दिया जाना चाहिए, यह सुनिश्चित करते हुए कि महिलाओं और बच्चों को पर्याप्त मात्रा में भोजन मिले। महिलाओं के आर्थिक सशक्तीकरण का समर्थन करने वाले कार्यक्रम - जैसे कि माइक्रोक्रेडिट योजनाएँ, व्यावसायिक प्रशिक्षण और भूमि स्वामित्व तक पहुँच - महिलाओं की पौष्टिक भोजन खरीदने और उगाने की क्षमता में सुधार कर सकते हैं। इसके अतिरिक्त, महिलाओं की शिक्षा तक पहुँच में सुधार पोषण के बारे में जागरूकता बढ़ाने में मदद कर सकता है, जिससे अंततः उनके परिवारों के लिए बेहतर स्वास्थ्य परिणाम सामने आ सकते हैं।

निष्कर्ष:

महिलाओं और बच्चों को प्रभावित करने वाले प्रमुख सामाजिक-आर्थिक और जनसांख्यिकीय कारकों को दर्शाता है, जिसमें पैटर्न में समानताएँ हैं, लेकिन बीमारी और शिक्षा जैसे क्षेत्रों में स्पष्ट अंतर भी हैं। दोनों समूह मुख्य रूप से ग्रामीण हैं, घरेलू हिंसा की चुनौतियों का सामना करते हैं, और उनकी शिक्षा का स्तर कम है, लेकिन महिलाओं का जीवन स्तर बच्चों की तुलना में थोड़ा बेहतर है। बच्चों में हाल ही में बीमारी का उच्च प्रसार और दोनों नमूनों में औपचारिक शिक्षा की कमी हस्तक्षेप के क्षेत्रों को उजागर करती है, विशेष रूप से ग्रामीण और कम सेवा वाले क्षेत्रों में संक्षेप में, आय, जातीयता, भौगोलिक स्थिति और अंतर-परिवार माता-पिता और बच्चे के स्तर के कारक जैसे सामाजिक-आर्थिक निर्धारक बच्चों की पोषण स्थिति में महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। दुनिया भर में विभिन्न सरकारें विभिन्न कार्यक्रमों को

लागू करके इस समस्या को दूर करने के लिए कड़ी मेहनत कर रही हैं। उनमें से कुछ लक्षित परियोजनाएँ हैं, जबकि अन्य दायरे में अधिक सार्वभौमिक हैं हालाँकि, बचपन के कुपोषण के हालिया रुझान संकेत देते हैं कि इस समस्या को मिटाने के लिए अभी लंबा रास्ता तय करना है।

संदर्भ:

1. दास यूएन. मोटापा: जीन, मस्तिष्क, आंत और पर्यावरण। पोषण। 2010;26(5):459-473.
2. पोषण परिदृश्य सूचना प्रणाली; देश प्रोफाइल संकेतक: प्रोफाइल गाइड; विश्व स्वास्थ्य संगठन। 3 जनवरी, 2020 को एक्सेस किया गया। https://www.who.int/nutrition/nlis_interpretation_guide.pdf
3. विश्व में खाद्य सुरक्षा की स्थिति 2004; विश्व खाद्य शिखर सम्मेलन और सहस्राब्दी विकास लक्ष्यों की दिशा में प्रगति की निगरानी। 12 फरवरी, 2020 को एक्सेस किया गया। <http://www.fao.org/docrep/pdf/007/y5650e/y5650e00.pdf>
4. मरे सीजे, लोपेज़ एडी. वैश्विक मृत्यु दर, विकलांगता और जोखिम कारकों का योगदान: वैश्विक रोग बोझ अध्ययन। लैंसेट। 1997;349(9063):1436-1442.
5. एरिक्सन एफ. यूरोपियन सेंटर फॉर इंटरनेशनल पॉलिटिकल इकोनॉमी; 2016 [प्रतिनिधि]। DOI: 2307/resrep23968।
6. टेवेजे एनबी, बाइक्स जीए, अवेवे एसएम, येसुफ एमई। विकासशील देशों में बाल कुपोषण की व्यापकता और प्रमुख योगदानकर्ता: व्यवस्थित समीक्षा और मेटा-विश्लेषण। जे चाइल्ड ओबेसा। 2017;2(4): 154-161।
7. स्मिथ एलसी, हदाद एलजे। विकासशील देशों में बाल कुपोषण पर काबू पाना: पिछली उपलब्धियाँ और भविष्य के विकल्प; खंड 30। अंतर्राष्ट्रीय खाद्य नीति अनुसंधान संस्थान; 2000।
8. मार्टोरिल आर। बाल कुपोषण की प्रकृति और इसके दीर्घकालिक प्रभाव। फूड न्यूट्र बुल। 1999;20(3):288-292।
9. झोउ एल., वरदराजन बी., हिचेन्स एम. क्लाउड स्टोरेज में एन्क्रिप्टेड डेटा पर सुरक्षित भूमिका-आधारित एक्सेस नियंत्रण प्राप्त करना। सूचना फोरेंसिक और सुरक्षा पर आईईईई लेनदेन। 2013;8(12):1947-1960।
10. सक्सेना एनसी, श्रीवास्तव एन. भारत में आईसीडीएस: नीति, डिजाइन और वितरण मुद्दे 2009;40(4):45-52।
11. मोहसेनी एम, आर्यनखेसल ए, कलंतरी एन. ईरान में पांच साल से कम उम्र के बच्चों में पोषण से जुड़े कारक: एक व्यवस्थित समीक्षा। एन ट्रॉप मेड पब्लिक हेल्थ। 2017;10(5):1147-1158।
12. लोकशिन एम, दास गुप्ता एम, ग्रैगोलती एम, इवाशेंको ओ. बाल पोषण में सुधार? भारत में एकीकृत बाल विकास सेवाएँ। देव परिवर्तन। 2005;36(4):613-640।
13. स्वामीनाथन एम. भूखों को बचाने के कार्यक्रम: भारत से सबक; खंड 70. यूएन; 2008.
14. फ्रीडमैन डी.एस., खान एल.के., सेरडुला एम.के., ओगडेन सी.एल., डाइटज़ डब्ल्यू.एच. बचपन के बीएमआई, वजन और ऊंचाई के लिए धर्मनिरपेक्ष रुझानों में नस्लीय और जातीय अंतर। मोटापा। 2006;14(2):301-308.