International Journal for Innovative Engineering and Management Research
PEER REVIEWED OPEN ACCESS INTERNATIONAL JOURNAL
www.ijiemr.org

भारत में महिलाओं की स्थिति और स्वास्थ्य–पोषण का अध्ययन

Anuradha Kumari
Research Scholar Sunrise University Alwar
Dr. Poornima Shrivastav
Professor Sunrise University Alwar

सारांश

एक राष्ट्र की प्रगति और समृद्धि की ओर बढ़ना एक सपना बना रहेगा, उसकी आकांक्षा अधूरी और अधूरी रहेगी जब तक कि महिलाएं इसकी विकास प्रक्रिया में सक्रिय रूप से भाग नहीं लेती हैं। महिलाएं, जो भारत की आबादी का लगभग 48.2 प्रतिशत हैं, समाज के विकास में अपना पूरा योगदान नहीं दे पाई हैं, आर्थिक या राजनीतिक, जो उन्हें तेजी से सामाजिक परिवर्तन की प्रक्रिया में बाधा डालने वाला सबसे बड़ा एकल समूह बनाती है। (सचदेव, 1998)। विकास में महिलाओं के मुद्दे पर बहुत बहस हुई है और उत्पादन के विभिन्न क्षेत्रों में उनकी भूमिका साबित हुई, सराहना की गई और स्वीकार की गई। इक्कीसवीं सदी की दहलीज पर खड़े होकर, अब उद्देश्य महिलाओं की क्षमताओं और क्षमता के संबंध में दोष, गलत अभिविन्यास और गलत धारणाओं को ठीक करना है ताकि उन्हें विकास की मुख्य धारा में लाया जा सके। महिलाओं के विकास की मुख्य धारा में शामिल नहीं होने के कारणों में महिलाओं की भूमिका और निर्वाह अर्थव्यवस्था में उनके सामने आने वाली बाधाओं के बारे में जानकारी की कमी, जाति संरचना, शिक्षा, प्रशिक्षण, प्रौद्योगिकी, संचार और संसाधनों तक पहुंच के लिए महिलाओं की विशेष जरूरतों की मान्यता की कमी शामिल है। और मुख्य धारा के प्रोग्रामर्स में महिलाओं को एकीकृत करने में अपर्याप्त प्रतिबद्धता। अंतर्राष्ट्रीय खाद्य नीति अनुसंधान संस्थान (आईएफपीआरआई) और अन्य द्वारा किए गए अनुभवजन्य शोध से पता चलता है कि दक्षिण एशियाई देशों में महिलाओं की निम्न स्थिति, अन्य देशों और समान आर्थिक विकास के क्षेत्रों की तुलना में, जन्म के समय कम वजन और अत्यधिक उच्च स्तर के लिए जिम्मेदार है।

मुख्यशब्द स्वास्थ्य, पोषण प्रबंधन कौशल, महिला सशक्तिकरण, प्रगति और समृद्धि, समाज के विकास

प्रस्तावना

एक राष्ट्र की प्रगति और समृद्धि की ओर बढ़ना एक सपना बना रहेगा, उसकी आकांक्षा अधूरी और अधूरी रहेगी जब तक कि महिलाएं इसकी विकास प्रक्रिया में सक्रिय रूप से भाग नहीं लेती हैं। महिलाएं, जो भारत की आबादी का लगभग 48.2 प्रतिशत हैं, समाज के विकास में अपना पूरा योगदान नहीं दे पाई हैं, आर्थिक या राजनीतिक, जो उन्हें तेजी से सामाजिक परिवर्तन की प्रक्रिया में बाधा डालने वाला सबसे बड़ा एकल समूह बनाती है। (सचदेव, 1998)। विकास में महिलाओं के मुद्दे पर बहुत बहस हुई है और उत्पादन के विभिन्न क्षेत्रों में उनकी भूमिका साबित हुई, सराहना की गई और स्वीकार की गई। इक्कीसवीं सदी की दहलीज पर खड़े होकर, अब उद्देश्य महिलाओं की क्षमताओं और क्षमता के संबंध में दोष, गलत अभिविन्यास और गलत धारणाओं को ठीक करना है ताकि उन्हें विकास की मुख्य धारा में लाया जा सके। महिलाओं के विकास की मुख्य धारा में शामिल नहीं होने के कारणों में महिलाओं की भूमिका और निर्वाह अर्थव्यवस्था में उनके सामने आने वाली बाधाओं के बारे में जानकारी की कमी, जाति संरचना, शिक्षा, प्रशिक्षण, प्रौद्योगिकी, संचार और संसाधनों तक पहुंच के लिए महिलाओं की विशेष जरूरतों की मान्यता की कमी शामिल

है। और मुख्य धारा के प्रोग्रामर्स में महिलाओं को एकीकृत करने में अपर्याप्त प्रतिबद्धता।

महिलाओं की उन्नति और महिलाओं और पुरुषों के बीच समानता की उपलब्धि एक सामाजिक न्याय है और इसे एक महिला के मुद्दे के रूप में अलग करके नहीं देखा जाना चाहिए। पूरी दुनिया में, महिलाओं की स्थिति में सुधार के लिए आंदोलन ने हमेशा सामाजिक परिवर्तन के लिए सबसे महत्वपूर्ण साधन के रूप में शिक्षा पर जोर दिया है। शिक्षा के अभाव में महिलाओं में अज्ञानता पैदा होती है। महिलाओं की शिक्षा परिवार में स्वास्थ्य, पोषण और शिक्षा को बेहतर बनाने और महिलाओं को समाज में निर्णय लेने में भाग लेने के लिए सशक्त बनाने के लिए एक महत्वपूर्ण कुंजी है। संयुक्त राष्ट्र द्वारा वर्ष 1975 को अंतर्राष्ट्रीय महिला वर्ष और दशक 75–85 को महिला दशक के रूप में घोषित करना, महिलाओं से संबंधित मुद्दों पर विशेष रूप से महिलाओं पर लगातार चार विश्व सम्मेलनों के माध्यम से वैश्विक ध्यान केंद्रित करके एक महत्वपूर्ण मोड़ बन गया है। अंतर्राष्ट्रीय महिला दशक की शुरुआत के बाद से, विभिन्न अंतरराष्ट्रीय सम्मेलनों में महिलाओं के मुद्दों पर विचार–विमर्श किया गया है। नीतियों को विकास में एकीकृत करने के लिए उन्हें कल्याणकारी लाभार्थियों से उठाकर और उन्हें कुल भागीदारी में शामिल करने की दृष्टि से तैयार किया गया है। ग्रामीण क्षेत्रों में महिलाओं द्वारा अनुभव की जाने वाली हानियाँ और विकास में समान भागीदार होने में बाधाएँ दुनिया के सभी देशों में एक महत्वपूर्ण मुद्दे के रूप में उभरी हैं। विकास में महिलाओं के लिए सबसे हालिया दृष्टिकोण आत्मनिर्भरता (एफएओ, 1990) पर जोर देते हुए जमीनी स्तर पर महिलाओं के अधिक सशक्तिकरण का विकास करना रहा है। महिला सशक्तिकरण पर वैश्विक सम्मेलन ने सशक्तिकरण को विकास में महिला भागीदार बनाने का सबसे पक्का तरीका बताया। महिलाओं के लिए राष्ट्रीय परिप्रेक्ष्य योजना 1988–2000 ई. में भी विकास के संदर्भ में महिलाओं के सशक्तिकरण की आवश्यकता को मान्यता दी गई थी।

सशक्तिकरण की अवधारणा स्वतंत्रता की अवधारणा से संबंधित है। सशक्तिकरण एक व्यक्ति को उसके रहने की स्थिति में सुधार करने के लिए तैयार कर रहा है। (देवदास एट अल। 1989)। यह दूसरों पर प्रभुत्व के संदर्भ में महिलाओं की शक्ति की पहचान नहीं करता है, बल्कि महत्वपूर्ण सामग्रियों और गैर–भौतिक संसाधनों पर नियंत्रण हासिल करने की महिलाओं की क्षमता को बढ़ाने और इस प्रकार उनके जोखिम को कम करने की क्षमता के संदर्भ में है। एक सशक्त महिला की एक सकारात्मक आत्म छवि होती है और वह अपने और अपने परिवार से संबंधित निर्णय लेने में सक्रिय भाग लेती है। सशक्तिकरण महिलाओं में उनके अधिकारों के प्रति जागरूकता के रूप में उभरता है और पितृसत्तात्मक समाज में उनके उत्पीड़न और शोषण की स्थिति के बारे में उनकी बढ़ती धारणा के साथ बढ़ता है। सशक्तिकरण का अर्थ है श्नारी शक्तिश का उपयोग महिलाओं को उनकी जबरदस्त क्षमता के प्रति जागरूक करना, उन्हें अपनी बौद्धिक जड़ता को त्यागने के लिए प्रोत्साहित करना और उन्हें उनके लिए और उनके समुदायों के लिए आत्मविश्वास और क्षमता के साथ बेहतर, अधिक सम्मानजनक और अधिक संतोषजनक जीवन की दिशा में काम करने के लिए प्रोत्साहित करना। (मॉरिस, 1993)।

राष्ट्रीय प्रगति की कुंजी सामान्य रूप से मानव संसाधनों और विशेष रूप से महिला संसाधनों के विकास और उपयोग में निहित है। इस लक्ष्य को प्राप्त करने के लिए महिलाओं को खेत और घरेलू गतिविधियों में कठिन परिश्रम से मुक्त किया जाना चाहिए। इस कार्य में विज्ञान और प्रौद्योगिकी महत्वपूर्ण भूमिका निभाते हैं। विज्ञान के सामने चुनौती यह है कि गरीबों की समस्याओं को हल करने के लिए रास्ते खोलें और उत्पादन बढ़ाने, कठिन परिश्रम और पीड़ा को दूर करने, रोजगार के नए क्षेत्रों का

निर्माण करने और जनता के स्वास्थ्य, पोषण और स्वच्छता में सुधार के उद्देश्य से मौजूदा प्रथाओं में सुधार करें, ताकि कार्य कुशलता बढ़ाने के लिए। भारतीय समाज जिस हाल के सामाजिक परिवर्तन का अनुभव कर रहा है, उसका श्रेय शिक्षा को बढ़ावा देने और महिलाओं की आर्थिक स्वतंत्रता को दिया जा सकता है।

महिला स्वास्थ्य

भारत में महिलाओं के स्वास्थ्य ने हाल ही में महत्व ग्रहण किया है, विशेष रूप से सितंबर 1994 में काहिरा, मिस्र में आयोजित जनसंख्या और विकास पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन और सितंबर 1995 में बीजिंग में आयोजित महिलाओं पर चौथा विश्व सम्मेलन के बाद। महिला स्वास्थ्य, सशक्तिकरण और प्रजनन अधिकार। पुरुषों की स्वास्थ्य आवश्यकताओं और स्वास्थ्य की स्थिति के महत्व को नकारते हुए, तथ्य यह है कि जीवन भर महिलाओं का स्वास्थ्य आमतौर पर पुरुषों की तुलना में खराब होता है। इसके अलावा, कुछ स्वास्थ्य समस्याएं पुरुषों की तुलना में महिलाओं में अधिक प्रचलित हैं और कुछ स्वास्थ्य समस्याएं महिलाओं के लिए अद्वितीय हैं / पुरुषों की तुलना में महिलाओं को अलग तरह से प्रभावित करती हैं। जहां मां नहीं वहां संतान नहीं हो सकती। उनके कर्तव्य पारस्परिक हैं; और यदि वे एक ओर बुरी तरह से पूरी हुई हैं, तो दूसरी ओर उनकी उपेक्षा की जाएगी।

यह उद्धरण प्रत्येक महिला के लिए पर्याप्त पोषण के विषय में बहुत उपयुक्त है। यह विश्वास कि एक महिला को बेहतर भोजन और अधिक भोजन करना चाहिए, उतना ही पुराना है और चरम–आम आदमी और वैज्ञानिक दोनों द्वारा आयोजित किया गया है। लेकिन विचार और कर्म के बीच एक फासला हो गया है। दुनिया भर की अधिकांश संस्कृतियों की तरह, भारतीय समाज में भी पितृसत्तात्मक मानदंडों और मूल्यों की गहरी जड़ें हैं। पितृसत्ता देश में महिलाओं के जीवन के सार्वजनिक और निजी दोनों क्षेत्रों में खुद को प्रकट करती है, उनके श्जीवन की संभावनाओंश को निर्धारित करती है और जिसके परिणामस्वरूप विभिन्न सामाजिक–आर्थिक क्षेत्रों में उनकी गुणात्मक रूप से निम्न स्थिति होती है। इस तरह के जेंडर अस्तित्व के कारण महिलाओं के जीवन के अनुभवों में समानताएं हैं। जैसे–जैसे महिलाएं जीवन चक्र में आगे बढ़ती हैं, नई जरूरतें सामने आती हैं। महिलाओं के स्वास्थ्य के बारे में बात करना इतना जटिल है कि इस प्रकार एक चुनौती है। महिलाएं आमतौर पर अपने पूरे जीवन चक्र में सामाजिक और जैविक दोनों कारणों से कुपोषण की चपेट में आती हैं। दुनिया के कुछ हिस्सों में बच्चों के साथ स्वास्थ्य देखभाल, भोजन और शिक्षा और अन्य तरीकों से लड़कियों के साथ भेदभाव किया जाता है। किशोरों के रूप में, उन्हें प्रारंभिक गर्भावस्था का जोखिम होता है और लड़कों की तुलना में मंद विकास के अधिक जोखिम से पीड़ित होते हैं। प्रजनन आयु की महिलाएं स्वास्थ्य और भलाई को प्रभावित करने वाले कई तनावों के अधीन हैं। कई समाजों में बुजुर्ग महिलाएं भी वंचित हैं।

किशोरावस्था

किशोरावस्था शब्द लैटिन भाषा के शब्द किशोरावस्था से आया है जिसका अर्थ है बढ़ना या परिपक्व होना। किशोरावस्था बचपन से वयस्कता तक जीवन का संक्रमणकालीन चरण है। इस अवधि के दौरान, ऊंचाई और वजन में तेजी से वृद्धि के साथ विकास में तेजी आई। किशोरों में संज्ञानात्मक विकास के साथ मनोवैज्ञानिक और यौन परिपक्वता देखी जाती है (एनआईएन, 1998)। किशोरावस्था कुल आबादी का पांचवां हिस्सा है और इस आबादी का लगभग 84 प्रतिशत विकासशील देशों में रहता है (ओसोटिमिन 2011)। दुनिया में 15 से 24 साल के बीच के लगभग एक अरब किशोर मानव इतिहास में युवाओं की सबसे बड़ी पीढ़ी हैं। इनमें से लगभग 900 मिलियन युवा विकासशील देशों में शिक्षा

तक सीमित पहुंच, स्वास्थ्य के अवसर के साथ रहते हैं। यह अनुमान है कि भारत में 327 मिलियन किशोरों की आबादी है जो दुनिया की किशोर आबादी का लगभग 1/6 हिस्सा है। । स्टैंग एंड स्टोरी (2005) के अनुसार किशोरावस्था को तीन चरणों में बांटा गया है; जल्दी, मध्य और देर से। प्रारंभिक किशोरावस्था (12–14 वर्ष) में बड़े शारीरिक परिवर्तन होते हैं; मध्य किशोरावस्था (15–17 वर्ष) भावनात्मक विकास और विकास का प्रमुख समय है। इस अवधि में स्वयं छवि के मुद्दे सबसे अधिक प्रासंगिक हैं। किशोरावस्था का अंतिम चरण (18–21 वर्ष) आसानी से युवा वयस्कता में मिल जाता है।

स्वास्थ्य सभी विशेष रूप से किशोरों, बढ़ते भविष्य की पूर्वापेक्षा है। विकासशील देशों में रहने वाले किशोरावस्था के स्वास्थ्य ने पिछले एक दशक से दुनिया का ध्यान आकर्षित किया (शलाउद्दीन एट अल।, 2000)। युवा किशोरियों को जनसंख्या का सबसे महत्वपूर्ण खंड माना जाता है, जिससे वर्तमान और भविष्य की पीढ़ियों का सामाजिक–आर्थिक विकास होता है। । किशोरावस्था की उथल–पुथल के कारण इस आयु वर्ग पर विशेष ध्यान देने की आवश्यकता है, जिसका वे विकास के विभिन्न चरणों के कारण सामना करते हैं कि वे अलग–अलग परिस्थितियों से गुजरते हैं, उनकी अलग–अलग ज़रूरतें और समस्याएं (हैन्सन, 2006)। किशोरावस्था शारीरिक विकास, यौन और मनोवैज्ञानिक विकास में गतिशील परिवर्तनों की अवधि है। ये परिवर्तन आनुवंशिक और पर्यावरणीय कारकों से प्रभावित होते हैं (तातिया और तनेजा, 2003)। यह तेजी से विकास, वजन बढ़ने और रक्त की मात्रा के विस्तार की अवधि है (सिंधु एट अल, 2005)। किशोरावस्था मानव जीवन की बहुत गतिशील अवधि है जो शारीरिक और शारीरिक दोनों तरह से तेजी से विकास और विकास की विशेषता है। किशोरावस्था जीवन में एक विशेष रूप से अनूठी अवधि है क्योंकि यह गहन शारीरिक, मनोसामाजिक और संज्ञानात्मक विकास का समय है और इसलिए कैलोरी और प्रोटीन की आवश्यकता बढ़ जाती है। यह जीवन में एक अद्वितीय गतिशील अवधि है क्योंकि यह मनुष्य के जीवन में दूसरी और आखिरी वृद्धि है (महान और स्टंप, 2004)। पोषक तत्वों जैसे प्रोटीन और विटामिन और खनिजों सहित सूक्ष्म पोषक तत्वों की पोषण संबंधी आवश्यकताएं किशोरावस्था के यौवन के दौरान उच्च पोषण संबंधी जरूरतों को पूरा करने के लिए अधिक होती हैं क्योंकि किशोर अपने वयस्क वजन और कंकाल द्रव्यमान का 50 प्रतिशत तक प्राप्त करते हैं, 200 प्रतिशत से अधिक इस अवधि के दौरान उनकी वयस्क ऊंचाई (स्पीयर, 2002)।

पोषण का अवलोकन

पोषण संबंधी सहायता व्यक्तिगत आहार के पूरक और समर्थन में फायदेमंद हो सकती है पोषण संबंधी सहायता मैक्रो और सूक्ष्म पोषक तत्वों जैसे विटामिन और खनिजों के संदर्भ में संतुलित और पूर्ण पोषण देने पर निर्भर करती है।

ए। कार्बोहाइड्रेट

शरीर के तत्काल उपयोग के लिए ऊर्जा (ग्लूकोज) की आपूर्ति करें। एक ग्राम कार्बोहाइड्रेट लगभग 4 किलो कैलोरी प्रदान करता है। अधिकांश व्यक्ति कार्बोहाइड्रेट को कुशलतापूर्वक पचा और अवशोषित कर सकते हैं। यह अल्पपोषित व्यक्तियों के लिए एक महत्वपूर्ण ईंधन है।

मोटा

वसा का सबसे महत्वपूर्ण कार्य ऊर्जा आरक्षित प्रदान करना है जिसे आवश्यक होने पर प्रति ग्राम 9 किलो कैलोरी ऊर्जा प्रदान की जा सकती है। वसा में घुलनशील विटामिन (ए, डी, ई, और के) के अवशोषण के लिए वसा एक वाहन के रूप में भी काम करता है। वसा आवश्यक फैटी एसिड की आपूर्ति करते हैं जो विकास और कार्य के लिए आवश्यक हैं।

International Journal for Innovative Engineering and Management Research
PEER REVIEWED OPEN ACCESS INTERNATIONAL JOURNAL
www.ijiemr.org

सी। प्रोटीन

यह शरीर की सभी कोशिकाओं का कार्यात्मक और संरचनात्मक घटक है और यह जीवन भर सर्वव्यापी है। सभी एंजाइम, झिल्ली वाहक, इंट्रासेल्युलर मैट्रिक्स, रक्त परिवहन अणु, आदि प्रोटीन हैं। प्रोटीन मैक्रोमोलेक्यूल्स होते हैं जिनमें लंबी–श्रृंखला वाले अमीनो एसिड सबयूनिट होते हैं। अमीनो एसिड को आवश्यक और गैर–आवश्यक अमीनो एसिड के रूप में वर्गीकृत किया जाता है। आवश्यक अमीनो एसिड शरीर में संश्लेषित नहीं होते हैं और इसलिए उन्हें आहार के माध्यम से आपूर्ति की जानी चाहिए; वे विकास और भलाई के लिए अपरिहार्य हैं, अन्य अमीनो एसिड को गैर–आवश्यक कहा जाता है क्योंकि उन्हें यकृत एंजाइम एमिनोट्रांस्फरेज़ द्वारा संश्लेषित किया जा सकता है। पहचाने गए 23 अमीनो एसिड में से 8 आवश्यक हैं।

डी। सूक्ष्म पोषक

सूक्ष्म पोषक तत्वों में विटामिन, खनिज होते हैं। शरीर के सामान्य कामकाज के लिए कम मात्रा में इनकी आवश्यकता होती है विटामिन कार्बनिक यौगिक होते हैं जिनकी आवश्यकता कम (ढ100उह / दिन) मात्रा में होती है। आयनिक संतुलन, जल संतुलन और सामान्य कार्य के लिए खनिज महत्वपूर्ण हैं। अनुशंसित आहार भत्तों के अनुसार सूक्ष्म पोषक तत्वों का सेवन करना आवश्यक है।

भारत में महिलाओं की स्थिति

भारत ने सहस्राब्दी में प्ब्च्क (जनसंख्या और विकास पर अंतर्राष्ट्रीय सम्मेलन, 1994, काहिरा) के बाद महिलाओं की स्वास्थ्य समस्याओं को कम करने के लक्ष्य निर्धारित किए। जहां तक महिलाओं के स्वास्थ्य का सवाल है, मुख्य रूप से भारत सहित विकासशील देशों में स्थिति बहुत निराशाजनक है (कलिता एट अल।, 2006)। सांस्कृतिक रूप से, भारत में, महिलाओं से यह अपेक्षा की जाती है कि वे घर के पुरुष सदस्यों के अधीन हों और बाद की खुशी और संतुष्टि के लिए काम करें। इसके अलावा, समाज उनसे अनौपचारिक स्वास्थ्य देखभाल, उनकी स्वास्थ्य आदतों, परिवार के भोजन को तैयार करने और चुनने, और युवा, बीमार, वृद्ध और विकलांगों की देखभाल करने में बहुत महत्वपूर्ण भूमिका निभाने की अपेक्षा करता है। आम तौर पर, महिला शब्द का प्रयोग कम से कम पंद्रह वर्ष की आयु की महिला को संदर्भित करने के लिए किया जाता है। लेकिन, एक महिला का स्वास्थ्य, इस प्रकार परिभाषित किया गया है, जीवन के प्रारंभिक वर्षों में उसके स्वास्थ्य संबंधी अनुभवों से जुड़ा हुआ है। राष्ट्रीय जनसंख्या नीति, (2000) के अनुसार, महिलाओं के स्वास्थ्य और पोषण के जटिल सामाजिक–सांस्कृतिक निर्धारकों का जीवन भर संचयी प्रभाव पड़ता है। भेदभावपूर्ण चाइल्डकैअर से बालिकाओं का कुपोषण और बिगड़ा हुआ शारीरिक विकास होता है। यह भी कहा जाता है कि प्रारंभिक किशोरावस्था में पोषण महिला की भलाई के लिए और उसके माध्यम से बच्चों की भलाई के लिए महत्वपूर्ण है। साथ ही भारत में, सामाजिक, सांस्कृतिक और आर्थिक कारक महिलाओं को मौजूदा सार्वजनिक स्वास्थ्य सुविधाओं तक पर्याप्त पहुंच प्राप्त करने से रोकते हैं। (चटर्जी और मीरा, 1990)। यह बाधा न केवल महिलाओं को एक व्यक्ति के रूप में प्रभावित करती है; इसका स्वास्थ्य, सामान्य कल्याण और पूरे परिवार, विशेषकर बच्चों के विकास पर प्रतिकूल प्रभाव पड़ता है। यह कथन समाज की अंतर्निहित प्रकृति को दर्शाता है जो महिलाओं को पर्याप्त स्वास्थ्य देखभाल, उपलब्ध स्वास्थ्य देखभाल सुविधाओं की अपर्याप्तता और परिवार के अन्य सदस्यों, विशेष रूप से बच्चों के स्वास्थ्य को तय करने में महिलाओं के स्वास्थ्य के महत्व के रास्ते में खड़ा है।

भारतीय परिवारों में स्वास्थ्य का प्रावधान आम तौर पर लिंग, आयु, स्थिति और परिवार में भूमिका के आधार पर

होता है, और महिलाएं आमतौर पर पंक्ति के अंत में आती हैं। लेकिन भारत एक बड़ा देश है जो धर्म, जाति, भाषा, जीने के तरीके, आर्थिक स्थिति या शिक्षा के स्तर के मामले में लोगों के एक पूरी तरह से विषम समूह को आश्रय देता है। इन सभी अलग–अलग समूहों और उनके उप–समूहों के अपने सांस्कृतिक मूल्य और मानदंड हैं जो सामान्य रूप से जीवन और विशेष रूप से स्वास्थ्य देखभाल के प्रति उनके दृष्टिकोण पर प्रभाव डालेंगे। फिर भी, यह महसूस किया जाता है कि महिलाओं की स्थिति कमोबेश समान है और केवल अंतर है (मुखोपाध्याय, 1997)।

पिछले कुछ दशकों के दौरान औद्योगीकरण, शहरीकरण, शिक्षा के बढ़ते स्तर, अधिकार के प्रति जागरूकता, मीडिया के व्यापक प्रभाव और पश्चिमीकरण ने महिलाओं की स्थिति और स्थिति को बदल दिया है। वर्तमान आसमान छूती कीमतों के परिणामस्वरूप आर्थिक तनाव पैदा हो गया है, जिससे वह अपने जीवन की वित्तीय और आर्थिक बाधाओं को कम करने के लिए अपनी शक्ति को जमा करने की इच्छा पैदा कर रही है। इसके लिए उसे घर और करियर के बीच संतुलन और संतुलन बनाए रखना होगा। महिलाओं की यह बदलती स्थिति न केवल समाज में उनकी भूमिका को प्रभावित करती है बल्कि आज उनके बच्चों के साथ उनकी बातचीत को भी प्रभावित करती है; भारतीय महिलाओं की स्थिति पूरी तरह बदल गई है। कामकाजी महिलाओं सहित शिक्षित महिलाओं की संख्या बढ़ रही है। वर्तमान में, महिलाएं जीवन के सभी क्षेत्रों में पुरुषों के साथ प्रतिस्पर्धा करने की स्थिति में हैं (बामजी, 2005)।

स्वास्थ्य और पोषण में लिंग भेदभाव

अंतर्राष्ट्रीय खाद्य नीति अनुसंधान संस्थान (आईएफपीआरआई) और अन्य द्वारा किए गए अनुभवजन्य शोध से पता चलता है कि दक्षिण एशियाई देशों में महिलाओं की निम्न स्थिति, अन्य देशों और समान आर्थिक विकास के क्षेत्रों की तुलना में, जन्म के समय कम वजन और अत्यधिक उच्च स्तर के लिए जिम्मेदार है। क्षेत्र में पोषण के तहत बचपन (पी। स्वेडबर्ग। 2007)। महिलाओं की निम्न सामाजिक स्थिति उन्हें अपने बच्चों के स्वास्थ्य, पोषण और शिक्षा के संबंध में निर्णय लेने के लिए आवश्यक क्षमता और संसाधनों से वंचित करती है, और उन्हें अपने स्वयं के स्वास्थ्य, पोषण और अस्तित्व की रक्षा के लिए आवश्यक सेवाओं तक पहुंचने से रोकती है।

गरीबी और खराब पोषण के अंतर–पीढ़ीगत संचरण को संबोधित करने के लिए, जनसंख्या के सबसे कमजोर वर्गों, शिशुओं, बच्चों, प्रजनन आयु की महिलाओं और किशोर लड़कियों के बीच कुपोषण दर को तेजी से कम करना आवश्यक है। विकासशील देशों में लैंगिक असमानता एक प्रसिद्ध और अभी भी व्यापक वास्तविकता है। इसकी सबसे उल्लेखनीय अभिव्यक्तियों में से एक इन क्षेत्रों में अस्वाभाविक रूप से कम किशोर महिला पुरुष अनुपात (श्थ्डत्) है (अनीश कुमार, 2008)। एफएओ के अनुसार, ज्यादातर महिलाएं और बच्चे अपने जीवन की एक परिभाषित विशेषता के रूप में भूख का अनुभव करते हैं। उप–सहारा अफ्रीका (एसएसए) और दक्षिण एशिया (एसए) सबसे कठिन हिट (एफएओ, डब्ल्यूएफपी, 2000) के साथ भूख से पीड़ित लगभग 96 प्रतिशत विकासशील देशों में रहते हैं। अब यह व्यापक रूप से स्वीकार किया जाता है कि श्लैंगिक असमानता न केवल घर के बाहर बल्कि उसके भीतर केंद्रीय रूप से रहती हैश (अग्रवाल, 2003)। कोई आश्चर्य नहीं कि लड़कियों में गंभीर कुपोषण की घटनाएं अधिक हैं। यद्यपि महिलाएं दिन के अंत में घरेलू खाद्य सुरक्षा से संबंधित श्रमसाध्य कार्य करने में अनगिनत घंटे लगा देती हैं जो अक्सर अपरिचित हो जाता है। महिलाओं के सशक्तिकरण का भूख में सुधार और शिक्षा, स्वास्थ्य और आय में बुनियादी जरूरतों के प्रावधान पर सीधा प्रभाव पड़ता है, और कई केस स्टडी इन मुद्दों पर

विस्तार से बताती हैं। इससे आगे बढ़ते हुए, जनसंख्या के सबसे कमजोर वर्ग के बच्चों (यूएनडीपी, 2003) के जीवन के लिए महिला सशक्तिकरण विशेष रूप से महत्वपूर्ण है।

लिंग भेदभाव जन्म से पहले शुरू होता है और महिलाओं के पूरे जीवन को क्लासिक गर्भ से डंब परिदृश्य तक फैलाता है। इस तरह की कार्रवाई अपने सबसे चरम रूप में लैंगिक असमानता है और निश्चित रूप से दुनिया में हर जगह ऐसा नहीं है (क्लासेन एंड विंक, 2003)। स्कैनलन (2004), रामचंद्रन (2005) और मेहरोत्रा (2006) के शोधपत्रों के अनुसार, जन्म के समय कम वजन के शिशु का प्रतिशत अनिवार्य रूप से माताओं की पोषण स्थिति का एक संकेतक है। छोटी माताएँ छोटे बच्चों को जन्म देती हैं। इसके अलावा, यदि गर्भावस्था के दौरान माताओं को जो वजन उठाना चाहिए, वह बच्चे के स्वस्थ विकास के लिए आवश्यक वजन से कम है, तो नवजात शिशु के कम वजन के शिशु होने की संभावना अधिक हो जाती है।

बच्चे की पोषण स्थिति माँ की पोषण स्थिति का प्रत्यक्ष परिणाम है। दक्षिण एशिया में अन्य सभी क्षेत्रों की तुलना में पुरुषों की तुलना में सबसे खराब शैक्षिक संकेतक हैं और यह देखा गया है कि दुनिया के आधे कुपोषित बच्चे भारत, पाकिस्तान और बांग्लादेश में रहते हैं (मेहरोत्रा, 2006)। हाल के साहित्य (मेरिनो एट अल।, 2011) ने इस बात पर प्रकाश डाला है कि पोषण पुरुष और महिला व्यक्तियों के स्वास्थ्य को अलग तरह से प्रभावित कर सकता है। यह व्यापक रूप से स्वीकार किया जाता है कि पोषण न केवल एक ईंधन है बल्कि पर्यावरण का सबसे महत्वपूर्ण हिस्सा है जिसे हम वास्तव में अपने शरीर में पेश करते हैं और खाने के पैटर्न सांस्कृतिक संदर्भ मॉडल का एक प्रासंगिक घटक हैं। भोजन और पोषण संबंधी असुरक्षा के दुष्परिणामों को व्यक्ति के जीवन चक्र से जोड़ा जा सकता है। जब एक बच्चे को मां के दूध से अन्य खाद्य पदार्थों से वंचित किया जाता है, तो आमतौर पर प्रोटीन और ऊर्जा की आवश्यकताएं पूरी नहीं होती हैं।

अनुपयुक्त पूरक या पूरक आहार प्रथाओं के कारण, ऊर्जा की खाई चौड़ी हो जाती है। ऐसा इसलिए है क्योंकि 6 महीने की उम्र के बाद उचित विकास के लिए अतिरिक्त ऊर्जा की आवश्यकता केवल मां के दूध से पूरी नहीं हो सकती है। इसे प्रोटीन ऊर्जा कुपोषण (पीईएम) के रूप में प्रदर्शित किया जाता है, जो कुपोषण का बहुत ही सामान्य रूप है। कुपोषण की शुरुआत 7–8 महीने की उम्र से होती है और अगर इसे कम नहीं किया गया तो इसका प्रभाव जीवन भर बना रहता है। मौजूदा परिदृश्य में जहां हम परिवारों में मौजूद लैंगिक असमानता को देखते हैं, पुरुष बच्चे इन पोषण संबंधी नुकसान की भरपाई कर सकते हैं, जबकि बालिकाओं के साथ ऐसा हमेशा नहीं हो सकता है। ग्रामीण क्षेत्रों में ज्यादातर लड़कियों की शादी कानून द्वारा निर्धारित उम्र से कम उम्र में कर दी जाती है और इसलिए वे कम उम्र में मां भी बन जाती हैं। माँ की पोषण स्थिति स्वयं अपर्याप्त होने के कारण, बच्चे का जन्म केवल उसके लिए पोषण की कम उपलब्धता को जोड़ता है। यह एक दुष्चक्र है और पीढ़ी दर पीढ़ी महिला की पोषण स्थिति को और खराब करता है (बालगीर, 2007)।

निष्कर्ष

नारीत्व मानव जीवन की सबसे महत्वपूर्ण अवधि है। यह बचपन से वयस्कता तक का संक्रमण काल है। इस दौरान किशोरियों के शरीर में कई तरह के बदलाव होते हैं। संपूर्ण नारीत्व में किसी व्यक्ति के स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति को ज्यादातर विकास मूल्यांकन द्वारा परिभाषित किया जाता है। किशोरों की वृद्धि को किसी समुदाय के स्वास्थ्य और पोषण की स्थिति का एक अच्छा संकेतक माना जाता है। अत्यधिक गरीबी से प्रेरित असमानताएं विकासशील देशों में पुरुष और महिला दोनों को प्रभावित

करती हैं। फिर भी सांस्कृतिक परंपराएं, कम आर्थिक संसाधन और सीमित अवसर महिलाओं को हाशिए पर रखते हैं। पुरुषों की स्वास्थ्य देखभाल, पोषण और शिक्षा तक बेहतर पहुंच है। जैसे–जैसे पुरुष आर्थिक और राजनीतिक शक्ति बनाए रखते हैं, लैंगिक पूर्वाग्रह को प्रबल किया जाता है। महिलाओं के स्वास्थ्य के मुद्दों को परंपरागत रूप से हमारे जैसे पितृसत्तात्मक प्रणालियों में नजरअंदाज कर दिया गया है।

यह सर्वविदित है कि अधिकांश सामाजिक–आर्थिक संकेतकों पर सभी देशों में पुरुष महिलाओं की तुलना में बेहतर प्रदर्शन करते हैं, हालांकि असमानता की डिग्री भिन्न हो सकती है। भारत की स्थिति भी इससे भिन्न नहीं है। कुछ उत्तरी राज्यों में लैंगिक पूर्वाग्रह विशेष रूप से स्पष्ट है। भारत में लिंग पूर्वाग्रह का सबसे स्पष्ट प्रमाण निम्न लिंगानुपात है, 2001 की जनगणना के अनुसार प्रति 1000 पुरुषों पर 927 महिलाएं। प्राकृतिक जैविक लाभ को देखते हुए, समान पोषण और स्वास्थ्य देखभाल के परिणामस्वरूप पुरुषों की तुलना में महिलाओं का अनुपात अधिक होना चाहिए। भारत का प्रतिकूल लिंगानुपात महिलाओं के स्वास्थ्य और उनकी सामाजिक अधीनता की सापेक्ष उपेक्षा को दर्शाता है। कई भारतीय महिलाएं पोषण संबंधी तनाव की स्थिति में जीवन बिताती हैं, उनका अपनी प्रजनन क्षमता और प्रजनन स्वास्थ्य पर बहुत कम नियंत्रण होता है, और परिवार के अंदर और बाहर हिंसा का सामना करना पड़ता है।

देश भर में कई घरों में, लड़कों को पोषण, शिक्षा, स्वास्थ्य देखभाल आदि के मामले में आमतौर पर महिलाओं की तुलना में वरीयता मिलती है। यह स्थिति उत्तरी राज्यों में अधिक प्रचलित है और इसके परिणामस्वरूप, महिलाओं में मृत्यु दर और रुग्णता दर अधिक और नैदानिक है। प्रोटीन कैलोरी कुपोषण के रूप लड़कों की तुलना में महिलाओं में अधिक प्रचलित हैं। आमतौर पर यह माना जाता है कि स्वास्थ्य देखभाल और पोषण संबंधी आदानों के संबंध में, कम से कम गरीब घरों की महिलाओं को सापेक्ष उपेक्षा का सामना करना पड़ता है और सामान्य तौर पर महिलाओं को परिवार को उपलब्ध भोजन का एक असमान हिस्सा मिलता है। यह एक सर्वविदित तथ्य है कि एक बच्चे की पोषण संबंधी स्थिति का मातृ पोषण की स्थिति से गहरा संबंध होता है अर्थात जो लड़की अपनी किशोरावस्था में कुपोषित होती है, उसके कुपोषित बच्चे को जन्म देने की संभावना होती है और इससे वयस्क गैर –वयस्क रोग की भ्रूण उत्पत्ति के सिद्धांत के अनुसार मधुमेह, उच्च रक्तचाप और कोरोनरी हृदय रोग जैसे संचारी रोग।

सन्दर्भ ग्रंथ सूची

[1] अदयेमी, ए.एस. और एडकनले, डी.ए. (2007)। मेडिकल छात्रों में कष्टार्तव का प्रबंधन। स्त्री रोग और प्रसूति के अंतर्राष्ट्रीय जर्नल। 7रू1528–39।

[2] अग्रवाल अनुजा। लैंगिक असमानता का। हितवाद (महिलाओं की दुनिया)। अक्टूबर 2008,15, जबलपुर। पगेल।

[3] अग्रवाल के.एन., गोम्बर। एस., बिष्ट, एच., सोम, एम. (2003)। किशोर स्कूली लड़कियों में एनीमिया प्रोफिलैक्सिस साप्ताहिक या दैनिक आयरन फोलेट सप्लीमेंट द्वारा। भारतीय बाल रोग। 40 (4)रू 296–301।

[4] अग्रवाल, बी. 1994.ए फील्ड ऑफ ओन ओनरू जेंडर एंड लैंड राइट्स इन साउथ एशिया। न्यूयॉर्करू कैम्ब्रिज यूनिवर्सिटी प्रेस।

[5] अहमद एफ. ज़रीन एम और खान एमआर (1999), ष्आहार पैटर्न, पोषक तत्वों का सेवन और किशोर लड़कियों की वृद्धिष्, सार्वजनिक स्वास्थ्य पोषण 1रू83–92।

[6] अलाओफ़, ज़ी, एच., डोसा, जे., ओश्ब्रायन, आर., टर्गॉन, एच. (2009)। दक्षिणी बेनिन में किशोर लड़कियों में हल्के लोहे की कमी वाले एनीमिया के इलाज के लिए शिक्षा और बेहतर आयरन का सेवन। खाद्य एवं पोषण बुलेटिन, 30(1), पीपी। 24–36 (13)।

[7] एल्डरमैन, एच।, और एम। गार्सिया। 1993. पाकिस्तान में गरीबी, घरेलू खाद्य सुरक्षा और पोषण। अनुसंधान रिपोर्ट 96. वाशिंगटन, डी.सी. रू अंतर्राष्ट्रीय खाद्य नीति अनुसंधान संस्थान।

[8] अलीमो, के. (1994)। विटामिन का आहार सेवन। संयुक्त स्थिति में दो महीने और उससे अधिक उम्र के व्यक्तियों के खनिज और फाइबररू तीसरा राष्ट्रीय स्वास्थ्य और पोषण परीक्षा सर्वेक्षण, चरण ९.1988 – 91। महत्वपूर्ण और स्वास्थ्य आंकड़ों से उन्नत डेटा। नंबर 258, हयातालस विले। स्वास्थ्य सांख्यिकी का राष्ट्रीय केंद्र।

[9] एलन, एलएच (2002)। लोहे की कमी से निपटने के लिए प्रभावी रणनीति बनाना। आयरन सप्लीमेंट्सरू जर्नल ऑफ न्यूट्रिशन। 132. 813–819।

[10] अमीन, एस. 1990। ष्दक्षिण एशिया में शिशु और बाल मृत्यु दर में सेक्स डिफरेंट पर महिलाओं की स्थिति का प्रभाव।ष जीनस 46(3–4)रू55–69।

[11] अनीश कुमार मुखोपाध्याय 2005, इंडियन काउंसिल ऑफ सोशल साइंस रिसर्च, सेंटर फॉर स्टडीज इन सोशल साइंसेज, कलकत्ता।

[12] अनीता मल्होत्रा और संतोष जैन पासी (2006)। उत्तर भारत में आईसीडीएस के लाभार्थियों की आहार गुणवत्ता और पोषण संबंधी स्थिति। एशिया पैसिफिक जर्नल ऑफ क्लिनिकल न्यूट्रिशन। 16 (सप्ल 1)रू 8–16।