



# INTERNATIONAL JOURNAL OF TRENDS IN EMERGING RESEARCH AND DEVELOPMENT

INTERNATIONAL JOURNAL OF TRENDS IN EMERGING RESEARCH AND DEVELOPMENT

Volume 3; Issue 4; 2025; Page No. 301-307

Received: 17-04-2025  
Accepted: 28-05-2025  
Published: 13-07-2025

## बस्ती ज़िले में ग्रामीण और शहरी गर्भवती महिलाओं के आहार सेवन और पोषण की स्थिति का तुलनात्मक अध्ययन

<sup>1</sup>KM Aneesha Maurya and <sup>2</sup>Dr. Jayanti Tripathi

<sup>1</sup>Research Scholar, Mahakaushal University, Jabalpur, Madhya Pradesh, India

<sup>2</sup>Professor, Mahakaushal University, Jabalpur, Madhya Pradesh, India

DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.20104754>

Corresponding Author: KM Aneesha Maurya

### सारांश

गर्भावस्था के दौरान पोषक तत्वों से भरपूर आहार भ्रूण के बेहतर स्वास्थ्य, जन्म के समय उचित वजन और माँ व शिशु के जीवित रहने की उच्च दर से जुड़ा होता है। गर्भावस्था के दौरान अच्छी खान-पान की आदतें माँ और भ्रूण, दोनों की दीर्घकालिक पोषण स्थिति को निर्धारित करने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाती हैं। पोषण की कमी की संभावना का पता लगाने और शहरी व ग्रामीण, दोनों क्षेत्रों की गर्भवती महिलाओं को उचित आहार संबंधी सलाह देने के उद्देश्य से, यह देखा गया है कि गर्भावस्था के दौरान अपर्याप्त आहार सेवन से पोषण की स्थिति खराब हो सकती है, जिसका माँ और गर्भस्थ शिशु के स्वास्थ्य पर अतिरिक्त प्रभाव पड़ सकता है। वर्तमान अध्ययन में, गर्भावस्था के 24 सप्ताह तक के 246 नमूने चुने गए। यह चयन 'उद्देश्यपूर्ण नमूना तकनीक' का उपयोग करके, शामिल करने और बाहर रखने के निर्धारित मानदंडों के अनुसार किया गया; यह तकनीक 'गैर-संभाव्यता नमूना' का एक प्रकार है। चुने गए सभी नमूनों का (महिलाओं का) शुरु में साक्षात्कार लिया गया, फिर उन्हें परामर्श दिया गया और साथ ही शैक्षिक सामग्री भी उपलब्ध कराई गई। आधारभूत अध्ययन में, उत्तरदाताओं की सामाजिक-आर्थिक स्थिति, खान-पान की आदतों और पोषक तत्वों के सेवन का विश्लेषण किया गया। शहरी क्षेत्रों की गर्भवती महिलाओं की खान-पान की आदतें, ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाओं की तुलना में अधिक पोषक तत्वों का सेवन दर्शाती हैं। शहरी क्षेत्रों की गर्भवती महिलाओं का आहार-पैटर्न ग्रामीण क्षेत्रों की महिलाओं की तुलना में बेहतर है, जिसका मुख्य कारण उनके द्वारा किए जाने वाले स्वस्थ भोजन के चुनाव हैं।

मूलशब्द: आहार सेवन, पोषण स्थिति, गर्भवती महिलाएँ, ग्रामीण आबादी, शहरी आबादी, पोषक तत्वों की पर्याप्तता।

### 1. प्रस्तावना

भारत में, प्रजनन आयु की लगभग एक-तिहाई महिलाएँ कुपोषित हैं और 60% से अधिक एनीमिया (खून की कमी) से पीड़ित हैं। माँ का पोषण कई जैविक और सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों से जुड़ा होता है, जो उस समुदाय में प्रचलित होते हैं जहाँ वे रहती हैं; ये कारक महिलाओं के

खान-पान के तरीके, आदतों और व्यवहार को प्रभावित करते हैं। बार-बार गर्भधारण करने और स्तनपान कराने से माँ की मृत्यु दर बढ़ जाती है। इस अध्ययन का मुख्य उद्देश्य गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं के खान-पान के सेवन और तरीके का विस्तृत मूल्यांकन करना था। साथ ही, गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं की

सामाजिक-जनसांख्यिकीय प्रोफाइल (सामाजिक और जनसंख्या संबंधी जानकारी) को जानना भी इसका एक उद्देश्य था। इसके अलावा, गर्भवती महिलाओं के खान-पान के तरीके पर विभिन्न सामाजिक-सांस्कृतिक कारकों के प्रभाव का पता लगाना भी इस अध्ययन का हिस्सा था। पोषण की स्थिति (Nutritional status) लोगों के स्वास्थ्य की वह अवस्था है, जो उनके द्वारा नियमित रूप से खाए जाने वाले भोजन पर निर्भर करती है। यह आहार, पर्यावरण, सामाजिक, सांस्कृतिक, आनुवंशिक और अन्य कई प्रत्यक्ष और अप्रत्यक्ष कारकों के प्रभाव का परिणाम होती है। किसी भी समुदाय के भोजन के सेवन का तरीका कई कारकों—जैसे कि भौगोलिक वातावरण आदि—के कारण अलग-अलग होता है। ये सभी कारक, चाहे वे अकेले हों या सामूहिक रूप से, खाए जाने वाले भोजन को प्रभावित करते हैं; और बदले में, यह भोजन उनके खान-पान के व्यवहार और पोषण की स्थिति को प्रभावित करता है।

महिलाओं के लिए पर्याप्त पोषण और स्वास्थ्य, उनकी कार्यक्षमता, उत्पादकता और नवजात शिशु के स्वास्थ्य के लिए अत्यंत महत्वपूर्ण हैं। महिलाओं पर किए गए पोषण सर्वेक्षणों से पता चला है कि उनका आहार मुख्य रूप से अनाज पर आधारित था और उसमें सुरक्षात्मक खाद्य पदार्थों की कमी थी। सुरक्षात्मक खाद्य पदार्थों का कम सेवन पोषण संबंधी विकारों का कारण बन सकता है। प्रजनन आयु वर्ग की महिलाओं में आयरन की कमी से होने वाला एनीमिया (रक्ताल्पता) सबसे पहली और प्रमुख समस्या है। साहित्य रिपोर्ट से संकेत मिलता है कि 70 प्रतिशत या उससे अधिक भारतीय महिलाएं आयरन की कमी के कारण पोषण संबंधी एनीमिया से पीड़ित हैं (ICMR, 1990)। गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाएं पोषण की दृष्टि से सबसे अधिक संवेदनशील समूह हैं। कुछ संस्कृतियों में पोषण संबंधी आवश्यकताएं अधिक होती हैं, क्योंकि वे बहुत अधिक शारीरिक श्रम वाले कार्यों के लिए जिम्मेदार होती हैं; ये कार्य अक्सर कम कुशल और भारी औजारों की मदद से किए जाते हैं, और गर्भावस्था के दौरान भी जारी रहते हैं। खेती करना, बाजार तक भोजन ले जाना, पानी और लकड़ी इकट्ठा करना, तथा भोजन को कूटना या हाथ से पीसना—इसके साथ-साथ परिवार के लिए खाना पकाना और छोटे बच्चों को संभालना—आमतौर पर महिलाओं के ही कार्य होते हैं।

## 2. साहित्य की समीक्षा

अजय के. जावरकर (2016) <sup>[1]</sup> ने "महिलाओं के खिलाफ

घरेलू हिंसा: भारत के महाराष्ट्र राज्य के अमरावती जिले के ग्रामीण क्षेत्र में एक क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन" किया। इस अध्ययन में पाया गया कि जिन 400 प्रतिभागियों का इंटरव्यू लिया गया, उनमें से 161 (40.25%) ने किसी न किसी प्रकार की हिंसा की जानकारी दी - चाहे वह उनके पूरे जीवनकाल में हुई हो या हाल के दिनों में। यह हिंसा शारीरिक, भावनात्मक या यौन किसी भी रूप में हो सकती थी। सबसे आम प्रकार की हिंसा शारीरिक हिंसा थी। हमारे अध्ययन में घरेलू हिंसा का सबसे आम कारण आर्थिक समस्याएँ पाया गया, जिसके बाद शराब का नशा दूसरा सबसे बड़ा कारण था।

सिटोटॉ केरी (2018) <sup>[3]</sup> ने "प्रसवोत्तर अवसाद की व्यापकता और उससे जुड़े कारक: दक्षिण-पश्चिम इथियोपिया, 2017 में एक क्रॉस-सेक्शनल अध्ययन" किया। इस अध्ययन से पता चला कि 138 (33.82%) माताओं को प्रसवोत्तर अवसाद था। अनियोजित गर्भधारण (adjusted odds ratio), 15 से 24 वर्ष की आयु, कोई पुरानी शारीरिक बीमारी, शिशु की मृत्यु का अनुभव, और अस्थिर वैवाहिक स्थिति - ये सभी कारक प्रसवोत्तर अवसाद से काफी हद तक जुड़े हुए पाए गए। प्रसवोत्तर अवसाद की व्यापकता काफी अधिक पाई गई। इसलिए, इस समस्या पर तत्काल ध्यान दिया जाना चाहिए - विशेष रूप से इसकी शुरुआती पहचान पर - ताकि महिलाओं के इस समूह में बीमारी की दर को कम किया जा सके।

सिटोटॉ केरी (2017) <sup>[2]</sup> ने "गर्भधारण के दौरान सामाजिक पूंजी और स्वास्थ्य: ग्रामीण श्रीलंका से एक गहन पड़ताल" विषय पर शोध किया। निष्कर्षों से यह साबित हुआ कि घरेलू और पड़ोस का आपसी तालमेल (cohesion) सबसे अधिक व्यक्त किए जाने वाले कारक थे। सामाजिक सहयोग केवल करीबी परिवार, दोस्तों और सार्वजनिक स्वास्थ्य दाइयों (midwives) तक ही सीमित था। छोटे-छोटे समुदायों (micro-communities) में संरचनात्मक सामाजिक पूंजी की सघनता काफी अधिक देखी गई। स्थानीय सामुदायिक समूहों की सदस्यता लेना आम बात नहीं थी। ऐसे चार अलग-अलग तरीके (pathways) पहचाने गए जिनके द्वारा सामाजिक पूंजी गर्भधारण के दौरान स्वास्थ्य को प्रभावित कर सकती है। इनमें शामिल हैं: मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देकर सूक्ष्म-स्तरीय संज्ञानात्मक सामाजिक पूंजी; गर्भधारण के दौरान छोटी-मोटी बीमारियों को कम करके सूक्ष्म-स्तरीय संरचनात्मक सामाजिक पूंजी; मनो-सामाजिक संसाधनों के माध्यम से शारीरिक और मानसिक स्वास्थ्य को बढ़ावा देने वाले सूक्ष्म-स्तरीय सामाजिक सहयोग तंत्र;

और प्रत्येक स्तर पर स्वास्थ्य प्रणालियों द्वारा माताओं की देखभाल पर विशेष ध्यान देना।

बर्गर (2015) [4] ने तनावपूर्ण भावनाओं के लिए मातृत्व हस्तक्षेप (Promises) के बाद गर्भावस्था के परिणामों पर एक अध्ययन किया: एक रैंडमाइज्ड कंट्रोल ट्रायल। हस्तक्षेप समूह की महिलाओं को 10-14 व्यक्तिगत कॉग्निटिव बिहेवियरल थेरेपी सत्र दिए गए—6-10 सत्र गर्भावस्था के दौरान और 4-8 सत्र प्रसव के बाद (सप्ताह में एक बार)। नियंत्रण समूह की महिलाओं को सामान्य देखभाल मिली। प्राथमिक परिणाम 1.5 वर्ष की आयु में व्यवहारिक/भावनात्मक समस्याएं थीं, जिनका मूल्यांकन 'चाइल्ड बिहेवियर चेकलिस्ट 1.5-5 वर्ष' के कुल समस्या पैमाने द्वारा किया गया। माध्यमिक परिणाम 18 महीने की आयु में बच्चे का मानसिक, साइकोमोटर और व्यवहारिक विकास थे (बेबी पैमानों के अनुसार); गर्भावस्था और प्रसवोत्तर के दौरान मां की चिंता और अवसाद; और नवजात शिशु के परिणाम जैसे जन्म का वजन, गर्भकालीन आयु और अपगार स्कोर, स्वास्थ्य-देखभाल का उपयोग और सामान्य स्वास्थ्य स्थिति (आर्थिक मूल्यांकन)।

एलिजाबेथ ओ'कॉनर (2019) [5] ने प्रसवपूर्व अवसाद को रोकने के लिए हस्तक्षेपों पर एक अध्ययन की रिपोर्ट दी—US प्रिवेंटिव सर्विसेज टास्क फ़ोर्स के लिए एक साक्ष्य रिपोर्ट और व्यवस्थित समीक्षा। नियंत्रण समूह की तुलना में, परामर्श हस्तक्षेपों का संबंध प्रसवपूर्व अवसाद शुरू होने की कम संभावना से था। प्रसवपूर्व अवसाद के जोखिम में पूर्ण अंतर 1.3% (नियंत्रण समूह में अधिक कमी) से लेकर 31.8% (हस्तक्षेप समूह में अधिक कमी) तक था। स्वास्थ्य प्रणाली हस्तक्षेपों ने 3 अध्ययनों (n = 5321) में लाभ दिखाया और उनका संयुक्त प्रभाव आकार परामर्श हस्तक्षेपों के समान था, लेकिन कम संख्या में अध्ययनों को संयोजित करने के लिए उपयुक्त विधि का उपयोग करने पर यह संयुक्त प्रभाव सांख्यिकीय रूप से महत्वपूर्ण नहीं था। व्यवहार-आधारित हस्तक्षेपों में से किसी ने भी सीधे तौर पर किसी नुकसान की रिपोर्ट नहीं की।

### 3. अनुसंधान पद्धति

अध्ययन क्षेत्र: बस्ती ज़िला उत्तर प्रदेश के मध्य गंगा मैदान का एक हिस्सा है, और यह घाघरा और राप्ती नदियों के दोआब में स्थित है। इसका क्षेत्रफल 2688 वर्ग किमी है। यह ज़िला 26° 23' और 27° 30' उत्तरी अक्षांश और 82° 17' और 83° 20' पूर्वी देशांतर के बीच स्थित है। उत्तर से दक्षिण तक इसकी अधिकतम लंबाई लगभग 75 किमी और

पूर्व से पश्चिम तक चौड़ाई लगभग 70 किमी है। यह ज़िला पूर्व में नए बने ज़िले संत कबीर नगर और पश्चिम में गोंडा के बीच स्थित है। दक्षिण में, घाघरा नदी इसे फैजाबाद और नए बने ज़िले अंबेडकर नगर से अलग करती है। अध्ययन के नमूने: अध्ययन के उद्देश्य से, 24 सप्ताह तक की गर्भावस्था वाली गर्भवती माताओं को नमूनों के रूप में लिया गया। नमूने का आकार N=246। नमूना चयन तकनीक: शोधकर्ता ने इस अध्ययन में उद्देश्यपूर्ण नमूना चयन तकनीक (purposive sampling technique) अपनाई, जो एक प्रकार की गैर-संभाव्यता नमूना चयन विधि है, जिसमें शोधकर्ता ने अपनी सुविधा के अनुसार प्रतिभागियों का चयन किया। वे सभी उपलब्ध नमूने चुने गए जो चयन मानदंडों (inclusion criteria) को पूरा करते थे। डेटा का विश्लेषण: एकत्र किए गए सभी डेटा की विसंगतियों और अशुद्धियों के लिए जांच की गई। इसके बाद उनका विश्लेषण और व्याख्या की गई। कुछ वर्णनात्मक आँकड़ों की गणना के लिए SPSS संस्करण 16.0 का उपयोग किया गया। डेटा विश्लेषण के लिए मानक सांख्यिकीय तकनीकों का प्रयोग किया गया।

### 4. डेटा विश्लेषण

एकत्रित डेटा की सावधानीपूर्वक जांच की गई, उसे वर्गीकृत किया गया और विश्लेषण के लिए व्यवस्थित किया गया। निष्कर्षों की व्याख्या करने और ग्रामीण तथा शहरी गर्भवती महिलाओं के आहार सेवन एवं पोषण की स्थिति के संबंध में सार्थक निष्कर्ष निकालने के लिए उपयुक्त सांख्यिकीय तकनीकों का प्रयोग किया गया।

#### 4.1 बेसलाइन अध्ययन के दौरान गर्भवती महिलाओं की सामान्य जानकारी और सामाजिक-आर्थिक स्थिति

तालिका 1: वितरण का उत्तरदाताओं अनुसार को उनका प्रजनन आयु

एस. नं.	वर्ष में उम्र)	अध्ययन विषयों की संख्या	प्रतिशत
1.	19-24	97	39.4
2.	25-34	149	60.6
3.	35-44	-	-
	कुल	246	100.0
	औसत उम्र	25.09 वर्ष ± 3.404	
	मंज़िला	25.0 वर्ष	
	न्यूनतम आयु	19.0 वर्ष	
	अधिकतम आयु	33.0 वर्ष	

तालिका 1 से पता चलता है कि सबसे ज़्यादा उत्तरदाता (60.6%) (25-34 वर्ष) आयु वर्ग के थे, जिसके बाद 19-24 वर्ष आयु वर्ग के उत्तरदाता (39.4%) थे। (35-44 वर्ष) आयु वर्ग में कोई भी उत्तरदाता नहीं था। उत्तरदाताओं की औसत आयु 25.09 वर्ष थी। इस अध्ययन में, उत्तरदाताओं की न्यूनतम आयु 19 वर्ष और अधिकतम आयु 33 वर्ष थी। 2013 में सुरेंद्र नगर ज़िले में Parmar, A. और अन्य द्वारा किए गए एक अध्ययन ने उत्तरदाताओं की आयु के मामले में इस अध्ययन का समर्थन किया, और यह निष्कर्ष

निकाला कि अधिकांश महिलाएँ, यानी 32.9%, 25-34 वर्ष आयु वर्ग की थीं। Eszter, Volgyi और अन्य द्वारा 2013 में किए गए एक अन्य अध्ययन में औसत आयु  $26.5 \pm 5.4$  वर्ष बताई गई।

#### 4.2 गर्भवती महिलाओं के लिए पोषण की पर्याप्तता

आधारभूत अध्ययन के दौरान गर्भवती महिलाओं का औसत पोषक-तत्व पर्याप्तता अनुपात

तालिका 2: वितरण का उत्तरदाताओं का अलग आयु समूह अनुसार को औसत पोषक तत्व पर्याप्तता अनुपात

पोषक तत्व	औसत पोषक तत्व पर्याप्तता अनुपात	आयु समूह (साल)						सांख्यिकीय महत्व
		19-24		25-34		कुल		
		नहीं।	%	नहीं।	%	नहीं।	%	
कैलोरी	<50%	2	2.1	2	1.3	4	1.6	$\chi^2 = .794, df = 2, p > 0.05$
	50-75%	43	43.3	60	40.3	102	41.5	
	75-100%	53	54.6	87	58.4	140	56.9	
प्रोटीन	<50%	25	25.8	39	26.2	64	26.0	$\chi^2 = .054, df = 2, p > 0.05$
	50-75%	71	73.2	108	72.5	179	72.8	
	75-100%	1	1.0	2	1.3	3	1.2	
मोटा	75-100%	-	-	2	1.3	2	0.8	$\chi^2 = 1.313, df = 1, p > 0.05$
	>100%	97	100.0	147	98.7	244	99.2	
लोहा	<50%	67	69.1	86	57.7	153	62.2	$\chi^2 = 3.221, df = 1, p > 0.05$
	50-75%	30	30.9	63	42.3	93	37.8	
कैल्शियम	<50%	83	85.6	108	72.5	191	77.6	$\chi^2 = 5.794, df = 1, p < 0.05$
	50-75%	14	14.4	41	27.5	55	22.4	
फोलिक अम्ल	<50%	94	96.9	145	97.3	239	97.2	$\chi^2 = 1.630, df = 2, p > 0.05$
	50-75%	2	2.1	4	2.7	6	2.4	
	75-100%	1	1.0	-	-	1	0.4	
कुल		97	100.0	149	100.0	246	100.0	

तालिका 2 बेसलाइन अध्ययन के दौरान आयु वर्ग और औसत पोषक तत्व पर्याप्तता अनुपात के बीच संबंध दर्शाती है। यह देखा गया कि, दोनों आयु वर्गों में, अधिकांश उत्तरदाताओं (25-34 वर्ष आयु वर्ग में 58.4% और 19-24 वर्ष आयु वर्ग में 54.6%) का कैलोरी पर्याप्तता अनुपात 75-100% के बीच था। दोनों आयु वर्गों के अधिकांश उत्तरदाताओं (19-24 वर्ष आयु वर्ग में 73.2% और 25-34 वर्ष आयु वर्ग में 72.5%) का प्रोटीन पर्याप्तता अनुपात 50-75% की सीमा में था। वसा पर्याप्तता अनुपात दोनों आयु वर्गों के लगभग सभी उत्तरदाताओं (19-24 वर्ष आयु वर्ग में 100.0% और 25-34 वर्ष आयु वर्ग में 98.7%) में 100.0% से अधिक पाया गया। अधिकांश उत्तरदाता अपने आहार में वसायुक्त भोजन लेते हुए पाए गए, सिवाय उन

लोगों के जिन्हें वसायुक्त भोजन पसंद नहीं था। दोनों आयु वर्गों के अधिकांश उत्तरदाताओं में आयरन, कैल्शियम और फोलिक एसिड पर्याप्तता अनुपात 50% से कम पाया गया। आयरन पर्याप्तता अनुपात (क्रमशः 19-24 वर्ष और 25-34 वर्ष आयु वर्ग में 69.1% और 57.7%), कैल्शियम पर्याप्तता अनुपात (क्रमशः 19-24 वर्ष और 25-34 वर्ष आयु वर्ग में 85.6% और 72.5%) और फोलिक एसिड पर्याप्तता अनुपात (क्रमशः 19-24 वर्ष और 25-34 वर्ष आयु वर्ग में 96.9% और 97.3%) था। कैल्शियम पर्याप्तता अनुपात ( $p < 0.05$ ) को छोड़कर, दोनों आयु वर्गों के उत्तरदाताओं के पोषक तत्व पर्याप्तता अनुपात में कोई महत्वपूर्ण अंतर नहीं पाया गया।

### 4.3 फॉलो-अप के दौरान गर्भवती महिलाओं के औसत पोषक तत्व सेवन पर परामर्श का प्रभाव

तालिका 3: प्रभाव का काउंसलिंग पर औसत पोषक तत्व प्रवेश का गर्भवती औरत

अर्थ पुष्टिकर प्रवेश	आरडीए***	प्रारंभिक	अर्थ नर	प्रथम अनुसरण करना ऊपर	अर्थ नर	द्वितीय अनुसरण करना ऊपर	अर्थ नर
कैलोरी (किलो कैलोरी)	2250 किलो कैलोरी	1726.93 ± 243.70	76.7	1804.97 ± 239.29	80.22	1942.58 ± 202.50	86.33
प्रोटीन (ग्राम)	82.2 ग्राम	44.55 ± 6.40	54.19	48.57 ± 7.72	59.08	52.94 ± 9.06	64.40
मोटा (ग्राम)	30 ग्राम	35.91 ± 3.10	119.7	36.07 ± 3.27	120.23	35.98 ± 19.19	119.93
आयरन (मिलीग्राम)	35 मिलीग्राम	16.86 ± 2.04	48.17	20.88 ± 3.35	59.65	25.09 ± 3.40	71.68
कैल्शियम (मिलीग्राम)	1200 मिलीग्राम	519.90 ± 116.88	43.32	604.18 ± 147.65	50.34	801.19 ± 148.04	66.76
फोलिक अम्ल (माइक्रोग्राम)	500 माइक्रोग्राम	194.03 ± 21.50	38.80	213.63 ± 30.11	42.72	320.04 ± 34.42	64.00
t- मान	प्रारंभिक और प्रथम अनुसरण करना ऊपर		प्रथम अनुसरण करना ऊपर और द्वितीय अनुसरण करना ऊपर			प्रारंभिक और द्वितीय अनुसरण करना ऊपर	
कैलोरी (किलो कैलोरी)	- 25.716**		- 18.588**			- 26.565**	
प्रोटीन (ग्राम)	- 23.192**		- 12.402**			- 21.853**	
मोटा (ग्राम)	- 1.944*		.071			- 0.57	
आयरन (मिलीग्राम)	- 28.848**		- 13.536**			- 32.824**	
कैल्शियम (मिलीग्राम)	- 26.046**		- 184.761**			- 81.415**	
फोलिक अम्ल (माइक्रोग्राम)	- 19.067**		- 90.237**			- 82.783**	

स्रोत: \*\*\*ICMR (2010) से कम शारीरिक गतिविधि वाली गर्भवती महिलाओं के लिए RDA।

\*\*  $p < 0.01$  पर महत्वपूर्ण \*  $p < 0.05$  पर महत्वपूर्ण

ऊपर दी गई तालिका में, अलग-अलग फॉलो-अप में पोषक तत्वों के माध्यम ± SD मान की गणना की गई है, और साथ ही सभी पोषक तत्वों के लिए औसत पोषक तत्व पर्याप्तता अनुपात भी प्राप्त किया गया है। इस अध्ययन में, यह देखा गया कि अपने पेशे के आधार पर, सभी उत्तरदाता कम शारीरिक गतिविधि वाले (sedentary) काम करने वाले थे। वसा को छोड़कर, लगभग सभी पोषक तत्वों का औसत दैनिक सेवन, कम शारीरिक गतिविधि करने वाली गर्भवती महिलाओं के लिए की गई सिफारिशों से कम था। परामर्श के बाद पोषक तत्वों का औसत सेवन, पहले फॉलो-अप की तुलना में दूसरे फॉलो-अप में RDA के अधिक करीब पहुँच गया, हालाँकि दोनों फॉलो-अप में पोषक तत्वों का औसत सेवन अनुशंसित सेवन से कम ही रहा। गर्भवती महिलाओं में कैल्शियम, आयरन और फोलिक एसिड का कम सेवन, शायद हरी पत्तेदार सब्जियों और डेयरी उत्पादों के अपर्याप्त सेवन के कारण रहा होगा। सर्वेक्षण के दौरान, यह देखा गया कि कई मामलों में, विषय के पति और सास ने उन्हें प्रेरित करने और उन पर ज़ोर दिए गए व्यवहारों पर नज़र रखने में महत्वपूर्ण भूमिका निभाई। शुरू में, कैलोरी, प्रोटीन,

वसा, आयरन, कैल्शियम और फोलिक एसिड का सेवन क्रमशः 1804.97 ± 239.29 kcal, 44.55 ± 6.40 gm, 35.91 ± 3.10 gm, 16.86 ± 2.04 mg, 519.90 ± 116.88 mg और 194.03 ± 21.50 µg था। जब NAR की गणना की गई, तो यह पाया गया कि कैलोरी, प्रोटीन, वसा, कैल्शियम और फोलिक एसिड पर्याप्तता के स्तर तक पहुँच गए, जो क्रमशः 76.7%, 54.19%, 119.7%, 48.17%, 43.32% और 38.80% थे। वसा का सेवन पर्याप्तता के स्तर से अधिक (119.7%) था। पहले फॉलो-अप में, कैलोरी, प्रोटीन, फ़ैट, आयरन, कैल्शियम और फ़ोलिक एसिड का सेवन क्रमशः 1726.93 ± 243.70 kcal, 48.57 ± 7.72 gm, 36.07 ± 3.27 gm, 20.88 ± 3.35 mg, 604.18 ± 147.65 mg और 213.63 ± 30.11 µg था। जब NAR की गणना की गई, तो पाया गया कि कैलोरी, प्रोटीन, फ़ैट, कैल्शियम और फ़ोलिक एसिड पर्याप्तता के स्तर तक पहुँच गए थे, जो क्रमशः 80.22%, 59.08%, 120.23%, 59.65%, 50.34% और 42.72% था। दूसरे फॉलो-अप में, कैलोरी, प्रोटीन, फ़ैट, आयरन, कैल्शियम और फ़ोलिक एसिड का सेवन क्रमशः 1942.58 ± 202.50 kcal, 52.94 ± 9.06 gm,

35.98±19.19 gm, 25.09±3.40 mg, 801.19±148.04 mg और 320.04±34.42 µg था। जब NAR की गणना की गई, तो पाया गया कि कैलोरी, प्रोटीन, फैट, कैल्शियम और फ़ोलिक एसिड पर्याप्तता के स्तर तक पहुँच गए थे, जो क्रमशः 86.33%, 64.40%, 119.93%, 71.68%, 66.76% और 64.00% था।

## 5. निष्कर्ष

गर्भवती महिलाओं में मैक्रो- और माइक्रोन्यूट्रिएंट्स की खपत बढ़ाने के लिए आहार में विविधता को एक प्राथमिक उपाय के रूप में बढ़ावा दिया जाना चाहिए। महिलाओं को सलाह दी जाती है कि वे खाना पकाने के तेल—जो कि आहार में वसा का एक मुख्य स्रोत है—की खपत कम करें, और साथ ही पोषक तत्वों से भरपूर खाद्य पदार्थों का सेवन बढ़ाएँ। सांस्कृतिक रूप से स्वीकार्य खाद्य विकल्पों की विस्तृत श्रृंखला उपलब्ध होने से, एक ऐसा आहार तैयार करने में काफी मदद मिलती है जो गर्भवती महिलाओं की पोषण संबंधी ज़रूरतों को सबसे अच्छे तरीके से पूरा कर सके। आदर्श रूप से, गर्भधारण से पहले ही पोषण में सुधार करने पर ध्यान केंद्रित किया जाना चाहिए। सुझाए गए कुछ आहार संबंधी बदलावों को अपनाकर पोषक तत्वों की कमी को काफी हद तक पूरा किया जा सकता है; इसमें पोषण शिक्षा पर विशेष जोर दिया जाना चाहिए, खासकर ग्रामीण क्षेत्रों में रहने वाली गर्भवती महिलाओं के लिए। माइक्रोन्यूट्रिएंट्स और मैक्रोन्यूट्रिएंट्स दोनों की बढ़ी हुई ज़रूरतों को पूरा करने और माँ व बच्चे दोनों के समग्र स्वास्थ्य को बढ़ावा देने के लिए, गर्भावस्था और स्तनपान के दौरान स्वस्थ खान-पान की आदतों को बनाए रखना अत्यंत आवश्यक है।

## 6. संदर्भ

1. अजय के. जावरकर, हिमानी शेमर, विनोद आर. वासनिक, मनीषा एस. चव्हाण. महिलाओं के खिलाफ घरेलू हिंसा: भारत के महाराष्ट्र के अमरावती जिले के ग्रामीण इलाके में एक क्रॉस-सेक्शनल स्टडी। इंटरनेशनल जर्नल ऑफ रिसर्च इन मेडिकल साइंसेज। *Int J Res Med Sci.* 2016;4(7):2713-2718.
2. सिटोटॉ केरी, मेलक मेनबेरू, और वॉडवोसेन निगुसे. साउथवेस्ट, इथियोपिया, में पोस्टपार्टम डिप्रेशन का फैलाव और उससे जुड़े कारण: एक क्रॉससेक्शनल स्टडी। *BMC Res Notes.* 2017-2018;11:623.

3. थिलिनी चंचला अगम्पोडी, थिल्डे राइनलैंडर, सुनेथ बुद्धिका अगम्पोडी, निकोलस ग्लोजियर और सिसिरा सिरिबदाना. प्रेग्नेंसी के दौरान सोशल कैपिटल और हेल्थ; ग्रामीण श्रीलंका से एक गहरी खोज। *रिप्रोडक्टिव हेल्थ* 2017;14:89 DOI 10.1186/s12978-017-0349-7.
4. बर्गर H1, बॉकटिंग CL, बेइजर्स C, वर्बीक T, स्टैंट AD, ऑरमेल J, *et al.* स्ट्रेसफुल इमोशंस के लिए मैटरनिटी इंटरवेंशन के बाद प्रेग्नेंसी के नतीजे (PROMISES): एक रैंडमाइज्ड नियंत्रित परीक्षण. *एडव न्यूरोबायोल.* 2015;10:443-59. doi: 10.1007/978-1-4939-1372-5\_21.
5. एलिजाबेथ ओ'कॉनर, कैटलिन ए. सेंगर, मिशेल एल. हेनिंगर, एट अल. एरिन कोपोला और ब्रैडली एन. गेनेस. पेरिनेटल डिप्रेशन को रोकने के लिए इंटरवेंशंस एविडेंस रिपोर्ट और US प्रिवेंटिव सर्विसेज टास्क फोर्स के लिए सिस्टमैटिक रिव्यू। *JAMA.* 2019;321(6):588-601. doi:10.1001/jama.2018.20865.
6. यवटे एच. बेउलेन, एट अल, स्वस्थ गर्भवती महिला आहार हस्तक्षेप: स्वस्थ प्रसवपूर्व आहार सेवन को बढ़ावा देने के लिए उपकरण, 2016
7. निहान सेनोल एरेन, एट अल, गर्भावस्था के दौरान आहार की आदतों का मूल्यांकन। 2015.
8. सोनी कुमारी बिहार के मुजफ्फरपुर जिले के ग्रामीण क्षेत्र में गर्भवती महिलाओं की पोषण स्थिति। 2015.
9. होथुर, आर., और पटरुनी, एम. तेलंगाना, भारत के सिद्दीपेट जिले के एक शहरी झुग्गी बस्ती में गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं का पोषण मूल्यांकन। *इंटरनेशनल जर्नल ऑफ कम्प्युनिटी मेडिसिन एंड पब्लिक हेल्थ,* 2020;7(3):1043-1046. <https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20200963>
10. डॉ. चंदा कुमारी "मुजफ्फरपुर जिले, बिहार, भारत के शहरी स्लम में गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं का पोषण मूल्यांकन" विज्ञान और प्रौद्योगिकी में वैज्ञानिक अनुसंधान के अंतर्राष्ट्रीय जर्नल (आईजेएसआरएसटी), ऑनलाइन आईएसएसएन: 2395-602X, प्रिंट आईएसएसएन: 2395-6011, खंड 4, अंक 8, पृ.865-868, मई-जून-2018।
11. होथुरआर, पटरुनीएम. तेलंगाना, भारत के सिद्दीपेट

- जिले के एक शहरी झुग्गी बस्ती में गर्भवती और स्तनपान कराने वाली महिलाओं का पोषण मूल्यांकन। इंटरनेशनल जर्नल ऑफ कम्प्युनिटी मेडिसेन एंड पब्लिक हेल्थ 2020;7:1043-1046.
12. मर्दाना एम, अब्बासनेजाद ए, इब्राहिमजादेह एफ, रुस्ता एस, रेजापुर एम, चोगखोरी आर. दक्षिण-पश्चिमी ईरान के शहरी और ग्रामीण इलाकों में स्तनपान कराने वाली महिलाओं के न्यूट्रिशनल स्टेटस और उससे जुड़े फैक्टर्स का असेसमेंट: एक पॉपुलेशन-बेस्ड क्रॉस-सेक्शनल स्टडी। Int J कम्प्युनिटी बेस्ड नर्स मिडवाइफरी। 2020;8(1):73-83. doi: 10.30476/IJCBNM.2019.73924.0. PMID: 32039281; PMCID: PMC6969947.
13. हाशमी FA और लेगारे CH. सलाह से लेकर खपत तक: ग्रामीण भारत में प्रसवकालीन पोषण पर सामाजिक-सांस्कृतिक प्रभावों की जांच। फ्रंट. न्यूट्र. 2025;12:1645528. doi: 10.3389/fnut.2025.1645528
14. होथुर, रेखा और पटरुनी, मनोज. तेलंगाना, भारत के सिद्दीपेट जिले के एक शहरी झुग्गी बस्ती में गर्भवती और दूध पिलाने वाली महिलाओं का न्यूट्रिशनल असेसमेंट. इंटरनेशनल जर्नल ऑफ कम्प्युनिटी मेडिसिन एंड पब्लिक हेल्थ. 2020;7:1043. 10.18203/2394-6040.ijcmph20200963.
15. मंजुला आर, उदगिरी आर, मल्लापुर ए, पाटिल एस. प्रेग्नेंट महिलाओं में न्यूट्रिशनल स्टेटस पर डाइटरी डायवर्सिटी का असर और बदले में बच्चे के जन्म के वजन पर इसका असर। जे मेड साइ हेल्थ 2023;9(1):50-56

#### Creative Commons (CC) License

This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0) license. This license permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.